

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**La promozione della salute nelle scuole.
Prevenzione delle dipendenze**

A cura di Anna De Santi (a), Ranieri Guerra (b),
Francesca Filipponi (b), Adele Minutillo (b)

(a) Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Roma
(b) Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

ISSN 1123-3117

Rapporti ISTISAN

09/23

Istituto Superiore di Sanità

La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione delle dipendenze.

A cura di Anna De Santi, Ranieri Guerra, Francesca Filipponi e Adele Minutillo
2009, vi, 199 p. Rapporti ISTISAN 09/23

Destinato agli operatori della sanità e della scuola il volume, che fa seguito ai Rapporti ISTISAN 08/1, 08/21 e 09/6 presenta contenuti e metodi per la prevenzione delle dipendenze e analizza linee guida per la promozione di interventi sulla prevenzione dell'alcol, del tabagismo, delle sostanze psicotrope e stupefacenti, del doping e delle nuove dipendenze, proponendo obiettivi di apprendimento e attività pratiche per le scuole primarie e secondarie.

Parole chiave: Promozione della salute, Scuola, Prevenzione, Alcol, Tabagismo, Sostanze psicotrope e stupefacenti, Doping, Nuove dipendenze

Istituto Superiore di Sanità

Health promotion at school. Activities on addictions prevention.

Edited by Anna De Santi, Ranieri Guerra, Francesca Filipponi and Adele Minutillo
2009, vi, 199 p. Rapporti ISTISAN 09/23 (in Italian)

This manual follows Rapporti ISTISAN 08/1, 08/21 and 09/6. As the previous reports, it addresses health professionals and school educators, focusing on contents and methods to prevent addictions. Guidelines on prevention of alcoholism, smoking, drugs, doping, new addictions are reviewed and analyzed and learning objectives and related practical activities for primary and secondary schools are suggested thereof.

Key words: Health promotion, School, Prevention, Alcoholism, Smoking, Drugs, Doping, New addictions

Per informazioni su questo documento scrivere a: desanti@asplazio.it, francesca.filipponi@iss.it, adele.minutillo@iss.it.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Citare questo documento come segue:

De Santi A, Guerra R, Filipponi F e Minutillo A (Ed.). *La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione delle dipendenze.*
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/23).

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2009

Progetto Scuolasalute

Responsabili scientifici

Anna DE SANTI

Area Rapporti Esterni, Relazioni Internazionali e Processi Formativi, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio

Ranieri GUERRA

Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità

Coordinamento

Francesca FILIPPONI, Adele MINUTILLO

Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità

Comitato scientifico

Piero BORGIA

*Area Programmazione e Innovazione PSR
Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio*

Elena COFFANO

DORS - Documentazione Regionale Salute, Regione Piemonte, Grugliasco (TO)

Angela GUARINO

Facoltà di Psicologia - Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

Pierluigi MOROSINI

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Alberto PELLAI

Dipartimento di Sanità Pubblica, Microbiologia, Virologia, Università degli Studi di Milano

Augusto PIETROPOLLI CHARMET

Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Milano

Gianfranco TARSITANI

Istituto di Igiene, Università degli Studi La Sapienza Roma

Arduino VERDECCHIA

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Michele VULLO

Area Formazione e Comunicazione, Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio

Piergiorgio ZUCCARO

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità

Collaboratori al Progetto Scuolasalute e autori dei successivi volumi

Cristina AGUZZOLI	<i>Promozione/Educazione alla Salute Ass n. 2 "Isontina" Gorizia</i>
Laura AMATO	<i>Dipartimento di Epidemiologia ASL RM/E, Regione Lazio</i>
Stefania BALLESI	<i>UOC Dipendenze ASL RM E Regione Lazio</i>
Alba Rosa BIANCHI	<i>ISPESL</i>
Alessandra BRANDIMARTE	<i>ASL RME, Regione Lazio</i>
Laura CAMILLONI	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio</i>
Paula CARLÈ	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio</i>
Alessia CAROCCI	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio</i>
Giulia CAIRELLA	<i>ASL RMB, Regione Lazio</i>
Anna CALVARUSO	<i>Fondazione Labos, Roma</i>
Pietro CASELLA	<i>UOC Dipendenze ASL RM E Regione Lazio</i>
Luca CASERTANO	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio</i>
Raffaele CATALANO	<i>ASL RMH, Regione Lazio</i>
Adalgisa CECCANO	<i>UOC Dipendenze ASL RM E Regione Lazio</i>
Carmelina CERTO	<i>ASL RME, Regione Lazio</i>
Cristiano CHIAMULERA	<i>Facoltà di Scienze Motorie, Università di Verona</i>
Marino CLARA	<i>UOC Dipendenze ASL RM E Regione Lazio</i>
Francesco CLARO	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio</i>
Antonella CORBISIERO	<i>UOC Dipendenze ASL RM E Regione Lazio</i>
Bruno CORDA	<i>ASL RMA, Regione Lazio</i>
Valentina COSMI	<i>Psicologo, Istituto di Sessuologia Clinica, Roma</i>
Lucio D'ALESSANDRIS	<i>Associazione "La Promessa"</i>
Elsa D'ONOFRIO	<i>ASL RMH, Regione Lazio</i>
Marina DAVOLI	<i>Dipartimento di Epidemiologia ASL RM/E, Regione Lazio</i>
Anna DE RE	<i>ASL RMA, Regione Lazio</i>
Alfredo DEL GROSSO	<i>ASL FR, Regione Lazio</i>
Antonio DI FELICE	<i>ASL RMG, Regione Lazio</i>
Marco DI LERNIA	<i>Associazione Pedagogisti Clinici</i>
Cristina FALIVA	<i>Dipartimento Prevenzione della Salute ASL RM/C, Regione Lazio</i>
Sara FARCHI	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio</i>
Lorenzo FEOLA	<i>ASL RMF, Regione Lazio</i>
Guido FUMAGALLI	<i>Facoltà di Scienze Motorie, Università di Verona</i>
Andrea GADDINI	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio</i>
Maria Novella GIORGI	<i>ASL RMD, Regione Lazio</i>
Barbara GIUDICEANDREA	<i>ASL RMA, Regione Lazio</i>
Donatella GROSSI	<i>UOC Dipendenze ASL RM E Regione Lazio</i>
Angela GUARINO	<i>Facoltà di Psicologia, Università La Sapienza di Roma</i>
Silvia IACOVACCI	<i>ASL LT, Regione Lazio</i>
Amalia IANNONE	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio</i>
Donata LEMBO	<i>Psicologo, Istituto di Sessuologia Clinica - Roma</i>
Roberto LEONE	<i>Facoltà di Scienze Motorie, Università di Verona</i>
Sofia LISTORTO	<i>Associazione Il Caleidoscopio, Roma</i>
Maria Rosaria LOFFREDO	<i>ASL RMD, Regione Lazio</i>
Alessandro MACEDONIO	<i>APU Umberto I, Università La Sapienza di Roma</i>
Cinzia MAMELI	<i>Associazione Psicoterapia Infanzia e Adolescenza, APSIA</i>
Carmen MANTUANO	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio</i>
Angela MARCHETTI	<i>ASL RMB, Regione Lazio</i>
Alessandra MARTELLI	<i>ASL RMF, Regione Lazio</i>
Stefano MARZANI	<i>ASL RMC, Regione Lazio</i>
Lidia MERLIN	<i>Federazione Italiana Amici della Bicicletta, F</i>
Saba MINNIELLI	<i>ASL RMC, Regione Lazio</i>
Nunzio MOLINO	<i>ASL RMF, Regione Lazio</i>
Milena MORABITO	<i>ISPESL</i>

Maria MUSTO	<i>ASL RMC, Regione Lazio</i>
Maria Teresa PANCALLO	<i>ASL RMA, Regione Lazio</i>
Anna Maria PAPIRI	<i>Ministero della Salute</i>
Cristina PARPAGLIONI	<i>Coop. Soc. "Magliana '80"</i>
Marco PASSIGATO	<i>Università degli Studi di Verona, Ufficio Gestione Mobilità</i>
Anna PECORA	<i>ASL RME, Regione Lazio</i>
Alberto PELLAI	<i>Dipartimento di Sanità Pubblica, Microbiologia, Virologia, Università degli Studi di Milano</i>
Carlo Alberto PERUCCI	<i>Dipartimento di Epidemiologia ASL RM/E, Regione Lazio</i>
Paolo PEZONE	<i>ASL RMG, Regione Lazio</i>
Aldo PIERANGELINI	<i>ASL RME, Regione Lazio</i>
Luca PIERLEONI	<i>Psicologo, Istituto di Sessuologia Clinica, Roma</i>
Renato PISANTI	<i>Centro Studi Labos, Roma</i>
Enrica PIZZI	<i>Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superi</i>
Marina RICCI	<i>ASL RME, Regione Lazio</i>
Roberta ROSSI	<i>Facoltà di Psicologia, Università La Sapienza di Roma</i>
Emanuele SCAFATO	<i>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità</i>
Michela SAMMARTINO	<i>Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica</i>
Elettra SANTARELLI	<i>UOC Tutela età evolutiva ASL RM E Regione Lazio</i>
Grazia SERANTONI	<i>Facoltà di Psicologia, Università La Sapienza di Roma</i>
Cinzia SILVAGGI	<i>Istituto di Sessuologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università La Sapienza di Roma</i>
Chiara SIMONELLI	<i>Istituto di Sessuologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università La Sapienza di Roma</i>
Luciana SONNI	<i>ASL RMB, Regione Lazio</i>
Carlo SPIGONE	<i>Dipartimento Prevenzione, Azienda Sanitaria Locale Roma C</i>
Mimma TAFÀ	<i>Università La Sapienza di Roma</i>
Francesca TRIPODI	<i>Istituto di Sessuologia Clinica, Facoltà di Psicologia, Università La Sapienza di Roma</i>
Salvatore TROVATO	<i>ASL RMF, Regione Lazio</i>
Chiara TUNINI	<i>Promozione/Educazione alla Salute Ass n. 2 "Isontina", Gorizia</i>

INDICE

PRESENTAZIONE.....	1
<i>Anna De Santi</i>	
PREVENZIONE DELL'ABUSO DI ALCOL	2
<i>Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Luca Casertano</i>	
ATTIVITÀ PRATICHE PER L'ABUSO DI ALCOL	27
<i>Grazia Serantoni, Cristina Faliva, Maria Letizia Nunzi</i>	
PREVENZIONE DEL TABAGISMO	43
<i>Alberto Pellai</i>	
ATTIVITÀ PRATICHE PER LA PREVENZIONE DEL TABAGISMO.....	59
<i>Cristina Faliva, Monica Faralli, Francesca Filippini, Adele Minutillo</i>	
PREVENZIONE DELL'ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE E STUPEFACENTI.....	75
<i>Pietro Casella, Stefania Ballesi, Adalgisa Ceccano, Antonella Corbisiero, Donatella Grossi, Clara Marino, Elettra Santarelli, Cristina Parpagioni, Lucio D'Alessandris</i>	
PREVENZIONE DEL DOPING.....	119
<i>Roberto Leone, Cristiano Chiamulera, Guido Fumagalli</i>	
ATTIVITÀ PRATICHE PER LA PREVENZIONE DEL DOPING	148
<i>Sofia Listorto</i>	
PREVENZIONE DELLE NUOVE DIPENDENZE IN ETÀ EVOLUTIVA.....	156
<i>Angela Guarino, Grazia Serantoni, Mimma Tafà</i>	
ATTIVITÀ PRATICHE PER LA PREVENZIONE DELLE NUOVE DIPENDENZE.....	175
<i>Angela Guarino, Grazia Serantoni</i>	

CONTENUTI SPECIFICI E ATTIVITÀ PRATICHE DEI VOLUMI PUBBLICATI

De Santi A, Guerra R, Morosini P. (Ed.). *La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni*. Roma: Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/1).

Disponibile all'indirizzo:

<http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2156&lang=1&tipo=5&anno=2008>

De Santi A, Fabio V, Filipponi F, Minutillo A, Guerra R (Ed.). *La promozione della salute nelle scuole. Attività pratiche su: salute mentale, life skills, educazione ai media, bullismo e sessualità*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. (Rapporti ISTISAN 08/21)

Disponibile all'indirizzo:

<http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2214&lang=1&tipo=5&anno=2008>

De Santi A, Filipponi F, Minutillo A, Guerra R. (Ed.). *La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione dell'obesità e promozione dello stile di vita fisicamente attivo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/6).

Disponibile all'indirizzo:

<http://www.iss.it/publ/rapp/cont.php?id=2272&lang=1&tipo=5&anno=2009>

CONTENUTI SPECIFICI E ATTIVITÀ PRATICHE DEL PROSSIMO VOLUME

- **Prevenzione degli incidenti stradali**
Contenuti e attività pratiche
- **Promozione della mobilità sostenibile**
Contenuti e attività pratiche
- **Prevenzione degli incidenti domestici**
Contenuti e attività pratiche

PRESENTAZIONE

Anna De Santi

Area Rapporti Esterni, Servizio Formazione, Relazioni Internazionali e Processi Formativi, Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio

La scuola è il luogo dove gli studenti quotidianamente sperimentano processi di apprendimento vivendo straordinarie opportunità di crescita intellettuale, di maturazione, di acquisizione di consapevolezza critica e di responsabilità. Gli studenti sono anche esposti alle difficoltà, alle fatiche, agli errori e agli insuccessi momentanei che ne costituiscono l'inevitabile bagaglio esperienziale.

Pertanto, la qualità delle relazioni, il clima e le diverse modalità con cui si vive la scuola, oltre all'ambiente sociale di riferimento, influenzano, più o meno direttamente, la qualità della vita, la percezione del benessere e della salute, l'autostima, la visione che l'individuo ha di sé, la soddisfazione per la propria vita e le relazioni sociali, soprattutto con i coetanei. Il rischio della dipendenza, quindi, può diventare un elemento destabilizzante precoce che si inserisce in una fase di maturazione cruciale, il cui armonioso sviluppo può essere frenato o distorto, facendo fallire e il percorso educativo e di crescita personale.

A tale proposito, anche questo manuale – che fa seguito ai tre Rapporti ISTISAN “La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni” (Rapporto ISTISAN 08/1); “La promozione della salute nelle scuole. Attività pratiche su: salute mentale, life skills, educazione ai media, bullismo e sessualità” (Rapporto ISTISAN 08/21); “La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione dell'obesità e promozione di uno stile di vita fisicamente attivo” (Rapporto ISTISAN 09/6) – ha l'obiettivo di diffondere la cultura della salute e del benessere, con lo scopo di migliorare la qualità della vita all'interno del sistema scolastico proponendo un insieme di strategie finalizzate alla prevenzione dell'alcolismo, del tabagismo, della dipendenza da sostanze psicoattive, del doping e delle nuove dipendenze. Tali strategie si basano su contenuti e metodologie che, alla luce delle evidenze scientifiche disponibili, sono risultati efficaci per la realizzazione di interventi preventivi nelle scuole primarie e secondarie.

Per trasformare gli interventi in mezzi di prevenzione efficaci e rilevanti è necessario che il mondo della salute mantenga e migliori il contatto e la collaborazione attiva con il mondo della scuola, affinché le attività riguardanti la prevenzione, la promozione del benessere e l'educazione alla salute vengano integrate nel percorso curricolare e valutate nell'impatto e negli esiti prodotti, sia in termini di atteggiamenti che di comportamenti.

I materiali proposti, che costituiscono una guida informativa e formativa pratica per gli operatori sanitari e scolastici, definiscono, per ciascuna dipendenza, la dimensione del fenomeno, i fattori di rischio, i fattori di protezione, le linee guida nazionali e internazionali, i riferimenti a progetti già realizzati in diverse realtà geografiche, e, infine, gli obiettivi e gli strumenti didattici che ne garantiscono l'apprendimento per le scuole primarie e secondarie.

Come tutti gli strumenti perfezionabili e flessibili, il manuale potrà essere migliorato solo con la collaborazione degli enti e dei soggetti che ne faranno uso e che vorranno garantire integrazioni e suggerimenti che gli autori si impegnano fin d'ora a recepire.

PREVENZIONE DELL'ABUSO DI ALCOL

Emanuele Scafato (a), Silvia Ghirini (a), Luca Casertano (b)

(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute, CNESPS; Centro Organizzazione Mondiale della Sanità Ricerca sull'Alcol, Istituto Superiore di Sanità; (b) Laziosanità, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio

Introduzione

Il consumo di alcol è uno degli elementi determinanti per la salute di una popolazione ed è ormai evidente a livello scientifico la correlazione tra l'elevato consumo di alcol e l'aumento del rischio di morbilità e disabilità psicofisica nonché di mortalità per alcune cause. L'Italia è un paese in cui il consumo di bevande alcoliche, e in particolare di vino, fa parte di una radicata tradizione culturale e l'assunzione moderata di alcol è una consuetudine alimentare molto diffusa: l'alcol, tuttavia, è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e con una capacità di indurre dipendenza superiore alle sostanze o droghe illegali più conosciute.

I giovani (al di sotto dei 16 anni), le donne e gli anziani sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche a causa di una ridotta capacità del loro organismo a metabolizzare l'alcol. Al contrario di quanto si ritiene comunemente, l'alcol, pur apportando circa 7 Kcalorie per grammo, non è un nutriente (come ad esempio lo sono le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari) e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni; risulta invece fonte di danno diretto alle cellule di molti organi tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale.

Epidemiologia

Il consumo e l'abuso di alcol fra i giovani e gli adolescenti è un fenomeno preoccupante e in forte crescita sia a livello internazionale che nazionale. Questa è la situazione sottolineata dal report *Alcohol in Europe*¹ che ha costituito la base della *Community Strategy on Alcohol* approvata in seno all'Unione Europea. I dati dello *European Health for All database* (HFA), rilevati dall'ufficio regionale della WHO per l'Europa, confermano che in Italia, i litri pro capite di alcol puro consumati nella popolazione di età superiore a 15 anni sono passati da 9,14 del 2001 ai 10,45 del 2003, invertendo il trend registrato negli anni precedenti. Questo dato inoltre, risulta essere decisamente al di sopra del livello di consumo medio pro capite che la WHO raccomanda di raggiungere per il 2015 (pari a 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni), e il trend registrato, sembra quindi assumere una direzione opposta a quella dell'obiettivo stanziato.

In Italia, si comincia a bere con una certa regolarità intorno ai 12-15 anni quando, in realtà, le linee guida nazionali (INRAN, 2003) e internazionali ne sconsigliano l'assunzione. Il fenomeno avviene in compagnia di amici, fuori dai pasti, spesso di sera, secondo modalità reattive di ricerca e omologazione, per lo più in modo discontinuo: si privilegia l'elemento simbolico socializzante e l'effetto dell'alcol sul comportamento, piuttosto che le caratteristiche organolettiche. I giovani consumatori e quelli che riferiscono

¹ www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Report_Alcol_Ue_2006_it.pdf (ultima consultazione 14/8/2009).

di eccedere moderatamente (cioè “bere un pò troppo senza ubriacarsi”) sono tendenzialmente più indipendenti e attivi, più spesso fumatori e attratti dai superalcolici; essi si dichiarano meno felici e frequentano più spesso amici con problematiche alcoliche. Quelli con esperienze ripetute di ubriacature tendono a presentare anche note di marginalità sociale e di maggiore insoddisfazione esistenziale (Pietrantonio, 2001).

L'alcol è forse una delle sostanze più ammantata di false credenze e da realtà allarmanti, che andrebbero sfatate sin da piccoli (Scafato e Russo, 2006), attraverso un'educazione al bere cosciente da parte dell'adulto-genitore.

Tra i tanti fattori che contribuiscono ad una frequente distorsione dei processi che sono alla base della creazione del modello e della stessa cultura del bere se ne possono evidenziare i seguenti:

- l'evidenza che le bevande alcoliche non sono adeguatamente percepite dai giovani come possibile fonte di problemi, ma, anzi al contrario, prevalentemente come possibili fonti di benessere
- l'evidenza che l'alcol e le bevande alcoliche sono prodotti facilmente reperibili sul mercato e costantemente oggetto di modelli di promozione ricorrenti alla associazione del bere con situazione e contesti di piacere e felicità
- l'assunzione di bevande alcoliche non riceve, generalmente, una particolare stigmatizzazione sociale, come invece accade attualmente per il fumo, se non in caso di un comportamento deviante o che comporta disturbo o danno alla collettività (Scafato 2005; Pietrantonio, 2001).

Dal progetto europeo di indagini condotte nelle scuole (ESPAD) è emerso che escludendo tabacco e caffeina, l'alcol è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata dai giovani dell'Unione Europea. La percentuale degli studenti di 15-16 anni che si sono ubriacati almeno qualche volta varia dal 36% in Portogallo all'89% in Danimarca. La cultura del bere attualmente diffusa tra i giovani segue sempre più frequentemente standard orientati verso modelli di *binge-drinking*, ossia il “bere per ubriacarsi, 5 o più drink di seguito”, cioè comportamenti di abuso concentrati in singole occasioni, che non riflettono quindi le modalità di consumo tipicamente mediterranee a cui le generazioni precedenti si sono conformate e che privilegiavano il consumo del vino ai pasti quale parte integrante dell'alimentazione.

Nel rapporto della Commissione Europea pubblicato a giugno del 2006 si legge infatti che nell'UE più di 1 su 8 tra i ragazzi di 15 e 16 anni si è ubriacato più di 20 volte nel corso della vita, e che più di 1 su 6 (18%) ha avuto episodi di *binge drinking* tre volte o più nell'ultimo mese. Se ne registra negli ultimi anni un notevole aumento in quasi tutti i paesi sia per i ragazzi sia – e soprattutto – per le ragazze.

A livello comunitario molti sono stati i piani d'azione proposti dagli stati membri a tutela di questa fascia di popolazione che insieme alle donne, è considerata quella più a rischio per problematiche alcol correlate. È pertanto importante cercare di migliorare le conoscenze riguardo ad un'abitudine relativamente nuova per il nostro Paese e distante dalle abitudini mediterranee che traevano ispirazione dalla moderazione e dal consumo ai pasti.

In base ai dati dell'indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) del 2006, gli individui di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno risultano essere il 68,3% con una marcata differenza di genere considerando che tale percentuale sale all'81,1% tra gli uomini e scende a 56,4% tra le donne (Tabella 1).

Tabella 1. Prevalenza (%) consumatori di alcolici per sesso (2003-2006)

Tipo di consumo	2003			2005			2006		
	M	F	totale	M	F	totale	M	F	totale
Bevande alcoliche	82,1	56,0	68,6	82,1	58,1	69,7	81,1	56,4	68,3
Vino	68,8	40,4	54,1	69,5	43,1	55,8	68,8	41,8	54,8
Birra	61,7	30,8	45,7	60,2	32,1	45,7	60,1	30,4	44,8
Aperitivi alcolici	42,3	18,4	29,9	42,3	19,7	30,6	42,1	18,9	30,1
Amari	43,0	15,3	28,7	42,7	16,6	29,2	41,7	15,1	28,0
Super alcolici	37,6	13,1	24,9	38,4	13,4	25,5	37,5	12,7	24,7

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Multiscopo ISTAT 2003-2006

I consumatori di vino nel 2006 risultano essere il 54,8% della popolazione sopra gli 11 anni e anche in questo caso la prevalenza risulta essere maggiore tra gli uomini (68,8%) rispetto alle donne (41,8%) e quelli di birra il 44,8%. Come nel caso del vino gli uomini risultano bere birra più delle e sembra sensibilmente diminuita la percentuale degli uomini e donne che consumano vino o birra rispetto al 2005.

Anche per le altre bevande alcoliche tra il 2005 e il 2006 le prevalenze complessive dei consumatori risultano sensibilmente diminuite ad eccezione delle classi di età più giovani dove si registrano alcuni incrementi (1 punto percentuale tra gli 11-13enni e 2,5 punti percentuali tra i 14-17enni).

I liquori e i super alcolici risultano essere consumati nel 2006 dal 24,7% della popolazione di 11 anni e più con una diminuzione rispetto al 2005 di 0,8 punti percentuali. Anche per questa bevanda gli unici incrementi si registrano tra i ragazzi di 11-13 anni (0,3 punti percentuali) tra quelli di 14-17 anni (2,8 punti percentuali) e tra quelli di 18-24 anni (2,2 punti percentuali).

La prevalenza di consumatori di vino o alcolici fuori pasto è aumentata tra il 2005 e il 2006 di 0,4 punti percentuali arrivando a 26,1%. Il maggior incremento si registra sia nei maschi che nelle femmine tra i 14-17 anni ma il fenomeno continua ad essere molto diffuso fino a 45 anni (Tabella 2).

Tabella 2. Prevalenza (%) individui a rischio criterio consumo di alcolici fuori pasto

Classi di età (in anni)	Maschi		Femmine		Totale	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
11-13 preadolescenti	1,9	2,0	1,6	1,6	1,7	1,8
14-17 adolescenti	20,6	24,2	15,6	16,8	18,2	20,6
18-24 giovani	49,7	50,2	33,7	32,2	41,8	41,4
25-44 giovani adulti	45,8	47,2	20,3	21,3	33,1	34,4
45-64 adulti	38,3	37,7	13,0	12,4	25,4	24,8
65-74 giovani anziani	27,0	30,3	5,7	6,7	15,2	17,5
75+ anziani	21,0	18,7	4,2	4,1	10,6	9,6
Totale	37,3	37,9	14,9	15,0	25,7	26,1

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

Nel 2006, l'8,4% della popolazione di 11 anni e più ha dichiarato di aver consumato almeno una volta negli ultimi 12 mesi 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione.

Questo modello di consumo caratterizza principalmente le fasce di età più giovanili, il picco si registra nella classe di età 18-24 anni (T=15,5%; M=23,1%; F=7,6%). Le differenze di genere sono molto consistenti (M=13,9%; F=3,3%). La prevalenza complessiva di *binge drinker* nel 2006 è rimasta invariata rispetto al 2005 a fronte di una diminuzione di uomini (13,9% vs 14,2%) e una crescita delle donne (3,3% vs 3,0%) che hanno consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione (Tabella 3).

Tabella 3. Prevalenza (%) *binge drinkers*

Classi di età (<i>in anni</i>)	Maschi		Femmine		Totale	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
11-13 preadolescenti	1,0	0,6	0,2	0,5	0,6	0,5
14-17 adolescenti	9,4	10,7	5,5	5,5	7,5	8,1
18-24 giovani	23,9	23,1	6,8	7,6	15,4	15,5
25-44 giovani adulti	18,7	18,6	4,1	4,8	11,4	11,8
45-64 adulti	13,4	12,4	2,3	2,4	7,7	7,3
65-74 giovani anziani	7,6	8,4	1,2	1,1	4,1	4,4
75+ anziani	3,2	3,9	0,7	0,6	1,7	1,9
Totale	14,2	13,9	3,0	3,3	8,4	8,4

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

La quantificazione dei consumatori a rischio per consumo di alcol si basa sull'identificazione dei consumatori che eccedono le quantità che gli organismi di tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte della moderazione o, in casi definiti (es. guida), dell'astensione nel consumo.

Secondo le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), che fanno proprie le indicazioni della WHO, del Ministero della Salute, dell'ISS e della SIA, in generale sono da considerare consumatori a rischio tutti gli individui di sesso femminile che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno e tutti gli uomini che eccedono invece i 40 grammi di alcol al giorno (rispettivamente, 1-2 bicchieri e 2-3 bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica).

Accanto a queste linee generali gender-oriented sono ben definiti anche alcuni limiti massimi, specifici per età, da non superare per non incorrere in un maggior rischio che riguardano gli ultra65enni e i giovani. Al di sotto dei 15 anni, qualunque livello di consumo alcolico è da considerarsi a rischio, tra i 16 e i 18 anni 1 bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica è il livello massimo di consumo alcolico consentito e sono da considerarsi consumatori a rischio gli ultra65enni di entrambi i sessi che consumano più di un bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica al giorno. Ulteriore comportamento identificabile come rischioso è quello relativo all'abitudine (anche occasionale) di concentrare grandi quantità di alcol in un tempo limitato: il cosiddetto *binge drinking*.

Andando ad analizzare i dati dell'indagine Multiscopo ISTAT relativi all'anno 2006, elaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol (Figura 1), appare evidente un maggiore concentrazione dei consumatori a rischio nelle zone dell'Italia Settentrionale per entrambe i sessi.

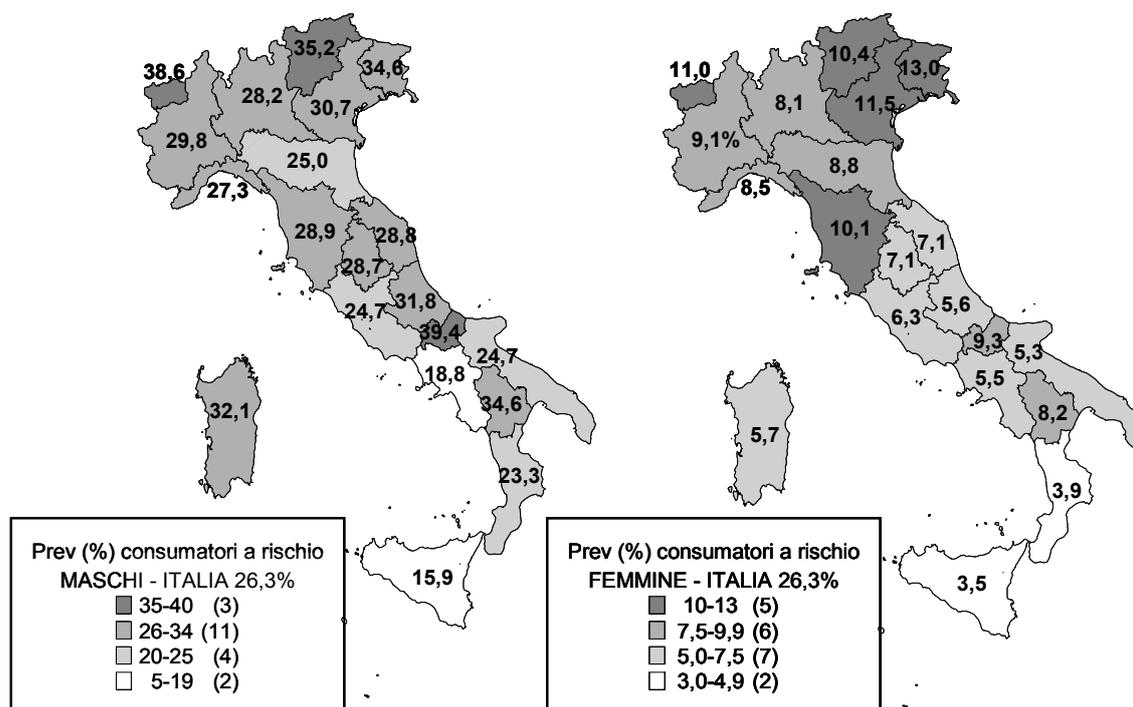


Figura 1. Prevalenza (%) dei consumatori a rischio (criterio ISS). Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

L'analisi per classi di età (Tabella 4) evidenzia un trend crescente dei consumatori a rischio per entrambe i sessi all'aumentare dell'età.

Il consumo a rischio in Italia nella fascia di età 11-18 anni risulta più elevato della media nazionale in 8 regioni con il valore di prevalenza più elevato registrato nella provincia autonoma di Bolzano (33,4%), e superiore al 20% in Veneto (25,5%), Valle d'Aosta (24,0%), Basilicata (22,6%), Friuli Venezia Giulia (21,6%) Toscana (21,3%) e Molise (10,7%). Le uniche regioni con prevalenze inferiori al 15% risultano essere Campania, Abruzzo, Sicilia e Calabria.

Nella fascia 19-64 per entrambi i sessi le realtà a maggior rischio risultano essere la provincia autonoma di Bolzano (M=38,6%; F=10,6%), la Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Molise, Piemonte e Lombardia, dove sia tra gli uomini che tra le donne, gli indicatori di rischio notevolmente superiori alla media nazionale. La provincia autonoma di Trento presenta elevate concentrazioni di *binge drinkers* maschi. Le uniche regioni con valori al di sotto della media nazionale sono Campania, Calabria, Sicilia, Lazio e Liguria.

I più elevati valori di prevalenza di anziani a rischio, sia tra i maschi che tra le femmine, si registrano in Veneto, Liguria, Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta.

Tuttavia valori superiori alla media nazionale si registrano anche nella provincia autonoma di Bolzano, Emilia Romagna, Umbria e Molise. Le regioni con i valori più bassi risultano essere Sicilia, Calabria.

Tabella 4. Prevalenza (%) dei consumatori a rischio (criterio ISS) per classi di età e regione di appartenenza

Regioni	Classe di età				
	11-18 anni	19-64 anni		>64 anni	
	Maschi+Femmine %	Maschi %	Femmine %	Maschi %	Femmine %
Piemonte	15,5	23,0	6,0	56,5	15,5
Valle d Aosta	24,0	34,0	8,3	60,9	15,8
Lombardia	16,3	23,9	6,5	50,1	10,8
Trentino Alto Adige	26,2	33,1	9,0	46,7	11,5
Bolzano - Bozen	33,4	38,6	10,6	48,1	15,1
Trento	17,9	27,8	7,4	45,5	8,6
Veneto	25,5	23,8	7,7	58,6	20,6
Friuli Venezia Giulia	21,6	31,2	10,2	50,1	17,5
Liguria	15,0	17,7	4,1	56,8	16,6
Emilia Romagna	16,6	18,8	5,8	48,3	14,1
Toscana	21,3	23,4	6,9	47,0	16,5
Umbria	17,0	22,1	5,4	49,7	11,5
Marche	16,8	22,6	5,4	53,5	8,2
Lazio	16,6	20,0	5,2	45,3	7,4
Abruzzo	14,2	28,4	3,7	48,9	10,3
Molise	21,5	33,9	7,6	61,6	13,1
Campania	14,4	14,2	3,6	42,1	8,6
Puglia	19,0	20,2	2,9	43,9	9,4
Basilicata	22,6	30,8	6,3	51,2	9,4
Calabria	12,3	20,4	3,2	38,6	4,3
Sicilia	13,7	12,3	2,6	29,4	3,5
Sardegna	16,5	31,0	5,3	44,4	4,0
ITALIA	17,0	21,4	5,3	47,7	11,5

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo 2006

Conseguenze per la salute

Metabolismo dell'alcol ed effetti sull'SNC

L'alcol viene assorbito per il 20% dallo stomaco e per il restante 80% dalla prima parte dell'intestino. Se lo stomaco è vuoto, l'assorbimento sarà più rapido. L'alcol assorbito passa nel sangue e dal sangue al fegato, che ha il compito di metabolizzarlo. Finché il fegato non ha completato la digestione enzimatica attraverso l'alcoldeidrogenasi, l'alcol continua a circolare diffondendosi nei vari organi.

Circa il 90%-98% dell'alcol ingerito viene rimosso dal fegato e torna in circolo attraverso la circolazione del sangue. Il restante 2-10% viene eliminato attraverso l'urina, le feci, il respiro, il latte materno, le lacrime, il sudore e la traspirazione.

Le quantità di alcol che vengono metabolizzate dall'organismo variano da 60 a 200 mg/kg/ora. Questo significa che un soggetto di 70 kg può metabolizzare circa 7 g di alcol ogni ora. In alcuni individui, in alcuni gruppi etnici, negli adolescenti e nei giovani in genere, negli anziani e nelle donne l'efficienza di questo sistema è molto ridotta: queste persone sono quindi più vulnerabili all'alcol.

A causa dei citati tempi fisiologici di metabolismo delle sostanze alcoliche, è raccomandabile non concentrare in breve tempo il loro consumo onde evitare di “saturare” il sistema di rimozione dell'alcol dal sangue che potrebbe determinare la sua libera diffusione negli organi e nei tessuti dell'organismo; tali conseguenze sono evitabili a fronte di un modifica delle abitudini e dello stile di consumo.

Alcol e farmaci

Estrema attenzione deve essere posta al problema delle interazioni tra alcol e farmaci. Chi segue una qualsiasi terapia farmacologia deve consigliarsi con il proprio medico curante sulla opportunità di bere alcolici. Identica attenzione deve essere rivolta anche ai comuni farmaci da banco, per molti dei quali è da suggerire l'astensione dal consumo concomitante di alcolici.

In ogni caso, è sconsigliata l'assunzione di alcol con qualsiasi farmaco in quanto è in grado di modificare la farmacocinetica di numerosi farmaci tramite vari meccanismi, tipo l'azione sull'assorbimento, l'azione sul legame proteico, la modificazione del flusso epatico, l'azione sul metabolismo cellulare.

Effetti nocivi per la salute fisica e mentale

Ogni anno sono attribuibili, direttamente o indirettamente, al consumo di alcol il 10% di tutte le malattie, il 10 % di tutti i tumori, il 63 % delle cirrosi epatiche, il 41 % degli omicidi e il 45% di tutti gli incidenti, il 9% delle invalidità e delle malattie croniche (di lunga durata). In tutta Europa 1 giovane ogni 4 muore a causa dell'alcol che rappresenta attualmente la prima causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Per quanto riguarda i ricoveri, complessivamente il 10% di questi è attribuibile all'alcol. Le stime medie annuali si riferiscono a 326.000 alcolcorrelati, di cui circa 100.000 sono stati effettuati con diagnosi totalmente attribuite all'alcol.

Ogni anno in Italia 28.000-40.000 individui muoiono a causa dell'alcol per una lunga lista di 60 patologie o condizioni totalmente o parzialmente attribuibili all'alcol tra cui principalmente cirrosi epatica, tumori, infarto emorragico, suicidi, aborti, omicidi, incidenti in ambiente lavorativo, domestico e incidenti stradali, ecc.

Nell'anno 2007, gli incidenti stradali hanno causato circa 5900 decessi, 170.000 ricoveri, 600.000 prestazioni di pronto soccorso e 20.000 invalidità permanenti.

L'alcol, oltre ad essere la causa di circa la metà dei 5900 decessi conseguenti ad incidenti stradali, che rappresentano la prima causa di morte per i giovani e per gli uomini al disotto dei 40 anni, può essere anche considerato la determinante del 50% delle conseguenze non fatali.

Infine, l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che i costi annuali sociali e sanitari, sostenuti a causa di problemi collegati all'alcol sono pari al 2-5% del Prodotto Interno Lordo (PIL). Secondo tale stima sul PIL nazionale dell'anno 2003 (1324 miliardi di euro) i costi dell'alcol risulterebbero pari a 26-66 miliardi di euro (52.000-128.000 miliardi di vecchie lire).

Alcolismo, patologie e problemi alcol-correlati (PPAC)

Si definiscono problemi e patologie alcol-correlati (PPAC) tutte le situazioni di disturbo riconducibili all'uso episodico, acuto e/o protratto di bevande alcoliche.

Si definisce ubriachezza uno stato di intossicazione acuta da alcool.

Si definisce alcolismo, invece, un disturbo a genesi multifattoriale (bio-psico-sociale) associato all'assunzione (episodica e cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo. L'alcolismo è definito dalla contemporanea presenza di:

- a) **perdita di controllo del consumo di alcolici** evidenziabile dal "fenomeno del primo bicchiere", dai tentativi inefficaci di controllo, dalla continuazione del *potus* nonostante le gravi conseguenze legate a tale consumo
- b) **modificazione del modello di consumo** con comparsa di desiderio compulsivo di assumere alcolici anche in assenza di intossicazione in atto (*craving*)
- c) **dipendenza, incapacità di rinunciare all'assunzione di alcol** e conseguente sforzo per procurarselo, dovuto all'irresistibile desiderio legato al piacere dell'assunzione (dipendenza psichica), con tendenza ad aumentare la dose per mantenere il medesimo effetto (tolleranza) e al timore dell'insorgenza della sintomatologia organica di privazione o astinenza (dipendenza fisica)
- d) **cambiamento dello stile di vita** caratterizzato dalla tendenza all'isolamento, dal deterioramento fino alla perdita delle abitudini
- e) **relazioni sociali**
- f) **problemi familiari**, o comunque della rete sociale personale, di diversa entità, che possono giungere alla disgregazione del tessuto familiare e alla comparsa di franche manifestazioni di sofferenza psichica, emozionale e relazionale nel partner e negli altri conviventi.

L'assunzione acuta di alcol comporta per l'individuo:

- *conseguenze organiche*
 - epatiti
 - esofagite
 - dispepsia
 - gastrite
 - uricemia
 - pancreatite
 - aritmie cardiache
 - traumi
 - reazioni con altre sostanze
 - danni al feto
 - reazioni con i farmaci
- *conseguenze psicologiche*
 - riduzione delle capacità cognitive
 - depressione
 - ansia
 - tentati suicidi
 - problemi psicologici dei figli
 - insonnia
- *conseguenze sociali*
 - violenze familiari
 - disgregazione familiare
 - abuso sui minori
 - incidenti domestici
 - incidenti sul lavoro
 - difficoltà sul lavoro
 - problemi di ordine pubblico
 - gravidanze indesiderate

L'assunzione cronica di alcol comporta per l'individuo:

- *conseguenze organiche*
 - steatosi epatica
 - cirrosi
 - demenza
 - epatocarcinoma
 - varici esofagee
 - gastroduodeniti
 - pancreatiti
 - carcinoma bocca, laringite, esofago, fegato, colon, seno
 - danni al sistema nervoso
 - obesità
 - diabete
 - miopatie
 - neuropatie
 - deficienze nutrizionali
 - disfunzioni sessuali
 - impotenza
 - ipogonadismo
 - alterazioni mestruali
 - alterazioni del sistema immunitario
 - patologie oculari
 - patologie dermatologiche
 - danni ai reni
 - ipertensione arteriosa
 - gotta
- *conseguenze psicologiche*
 - insonnia
 - disturbi di personalità
 - amnesie
 - tentati suicidi
 - allucinazioni
- *conseguenze sociali*
 - problemi familiari
 - senza fissa dimora
 - difficoltà sul lavoro
 - instabilità lavorativa
 - incidenti sul lavoro
 - disoccupazione
 - problemi giudiziari
 - problemi finanziari
 - gioco d'azzardo
 - assunzione di altre sostanze
 - poliassunzioni di sostanze nei figli

Sindrome feto-alcolica (FAS)

Gli studi hanno confermato che dopo 40-60 minuti di assunzione di una bevanda alcolica da parte della madre, il feto raggiunge la stessa concentrazione di alcol nel sangue. L'incidenza di sindrome feto-alcolica varia nella popolazione occidentale da 1 a 3 casi per 1000 nati vivi, mentre l'incidenza di FAE (effetti singoli dell'alcol sul feto) sale ad almeno 10 casi per 1000 nati vivi.

Il bambino con FAS presenta:

- deficit della crescita pre e/o postnatale (peso corporeo, lunghezza e circonferenza cranica < 10° centile corretto per età)
- caratteristiche e anomalie cranio-facciali, almeno 2 su 3 tra:
 - a) microcefalia
 - b) microftalmia e/o rima palpebrale breve
 - c) scarso sviluppo e assottigliamento del labbro superiore sottile
 - d) appiattimento dell'area mascellare
- disfunzioni del sistema nervoso centrale
 - a) anomalie neurologiche (irritabilità nell'infanzia, iperattività nell'adolescenza)
 - b) ritardo di sviluppo neurologico (ipotonìa)
 - c) alterazioni intellettive (ritardo mentale da lieve a moderato)

Guida e consumo di bevande alcoliche

Gli incidenti stradali costituiscono in Italia, così come in altri Paesi della Comunità Europea, la prima causa di morte tra i giovani e una delle maggiori cause di invalidità (più della metà dei traumi cranici e spinali sono attribuibili a questi eventi).

Essi rappresentano una vera e propria emergenza sanitaria e un rilevante problema di sanità pubblica cui dare priorità, come sottolinea il Piano Sanitario Nazionale.

Si stima che il 30-40% dei 224.000 incidenti avvenuti in Italia nel 2004, dei 316.000 feriti e dei quasi 6000 morti a causa di incidente stradale sia alcol correlato. Interventi mirati alla riduzione degli incidenti mortali ridurrebbero significativamente il costo economico, sanitario e sociale, costo stimato nel 2004 in oltre 33 miliardi di euro, il 2,5% del Pil (fonte: ACI, Direzione Studi e Ricerche, Area Statistica, Novembre 2006).

Gli incidenti più gravi con gli effetti più devastanti si verificano nelle notti del venerdì e del sabato e interessano troppo frequentemente la popolazione giovanile (con molta probabilità all'uscita da pub o discoteche): le cosiddette "stragi del sabato sera", che sono pari a circa il 50% del totale degli incidenti occorsi di notte; analogamente i morti e i feriti del sabato sera rappresentano rispettivamente il 61,5% e il 56,1%.

Molti di questi incidenti, dal momento che sono attribuibili ad un errato comportamento alla guida da parte dell'uomo piuttosto che alla casualità o a condizioni ambientali sfavorevoli, sono "prevenibili". Gli interventi mirati a ridurre la guida sotto l'effetto di bevande alcoliche nei giovani, infatti, sono considerate le misure più efficaci di prevenzione per diminuire il numero delle vittime di incidente stradale.

Le quantità consumate di alcol e i livelli di alcol nel sangue giocano un ruolo determinante sulle condizioni di idoneità psicofisica alla guida, e quindi sul livello del rischio a cui ci si espone mettendosi alla guida dopo aver bevuto quantità anche moderate di alcol.

Il rischio connesso alla guida in stato di ebbrezza aumenta sia con la quantità di alcol assunta sia con la frequenza delle occasioni di consumo eccessivo (Midanik, 1996). Il confronto tra i tassi alcolemici (BAC, *Blood Alcohol Content*) dei guidatori coinvolti in incidenti stradali e di quelli

non coinvolti mostra un rischio di incidente maggiore del 38% alla concentrazione di 0,5 g/Litro e quasi cinque volte maggiore alla concentrazione di 1,0 g/Litro (Blomberg, 2002).

La curva grafica del rischio si fa più ripida per le collisioni gravi e fatali, per gli incidenti in cui è coinvolto un solo veicolo, e per i più giovani.

Il consumo di alcol, a qualunque livello, aumenta sia la probabilità di essere ricoverati in ospedale per lesioni da guida in stato di ebbrezza, sia la gravità delle lesioni subite in conseguenza dell'incidente alcol correlato (Borges, 1998).

Queste evidenze scientifiche, spesso poco conosciute, forniscono la base razionale per l'attuazione di iniziative di prevenzione volte alla riduzione di comportamenti a rischio le cui conseguenze travalicano i limiti personali coinvolgendo, spesso, passivamente, chi di quel rischio non è responsabile.

Una rassegna internazionale di 112 studi ha fornito una forte evidenza scientifica del fatto che la diminuzione delle abilità di guida aumenta progressivamente e senza soluzione di continuità con l'incremento del BAC a partire da un consumo pari a zero (Moskowitz e Fiorentino, 2000). Uno studio che ha confrontato le BAC di conducenti coinvolti in incidenti con quelle di conducenti non coinvolti in incidenti ha riscontrato che i maschi e le femmine di tutte le età con BAC tra 0,2 g/L e 0,49 g/L (1-2 bicchieri di bevanda alcolica) presentano un rischio almeno tre volte maggiore di morire in un singolo incidente d'auto.

Il rischio aumenta ad almeno 6 volte con una BAC tra 0,5 g/L e 0,79 g/L (3-4 bicchieri), e a 11 volte con una BAC tra 0,8 g/L e 0,99 g/L (4-5 bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica) (Zador, 2000).

L'alcol influisce sempre negativamente sulle prestazioni psicomotorie e sul giudizio alla guida. Non esistono limiti di basso consumo da considerarsi più sicuri: le abilità alla guida risultano compromesse anche a livelli di consumo molto bassi. La ricerca mondiale ha dimostrato una forte riduzione negli incidenti stradali anche mortali quando i livelli di alcolemia consentiti sono stati abbassati. L'efficacia della legislazione sui livelli di alcolemia dipende in larga parte dall'attività di controllo e, in particolare, dai controlli randomizzati da parte delle forze dell'ordine. Tutti gli studi disponibili confermano che l'effetto positivo di una nuova legislazione per abbassare i limiti di BAC è maggiore se è accompagnato da dibattiti pubblici, da campagne dei media e dall'applicazione delle nuove leggi.

Secondo il codice della strada vigente nel nostro Paese (art. 186 e successive modifiche), il limite legale di alcolemia (concentrazione di alcol nel sangue) durante la guida non deve superare 0.5 grammi/litro. Secondo Eurobarometro, in Italia si registra uno tra i più bassi livelli di conoscenza riguardo tale limite: il 77% degli intervistati afferma esplicitamente di non conoscerlo. Solo il 18% degli intervistati conosce il limite corretto e il 4% è convinto che il limite sia superiore a più del doppio del livello consentito. Tre quarti (73%) degli intervistati si dichiara d'accordo con l'abbassamento a 0,2 grammi/litro di alcolemia alla guida per i giovani e per i neopatentati.

Secondo la normativa vigente in Italia il conducente può essere sottoposto, anche senza il suo consenso, ad un accertamento da parte delle forze dell'ordine per valutare la quantità di alcol che ha consumato, misurandone la quantità nell'aria espirata (etilometro). Lo stato di ebbrezza sarà dimostrato qualora il limite legale di 0.5 g/L venga superato in base a due esami consecutivi effettuati in un intervallo di cinque minuti. In questi casi scatta la sospensione della patente e sanzioni amministrative crescenti in funzione di livelli crescenti di alcolemia registrati. Prima di mettersi alla guida di un qualunque veicolo, è indispensabile aspettare almeno un'ora per ogni bicchiere tipo di bevanda alcolica bevuto.

Effetti sull'organismo di qualità crescenti di alcol consumato

L'alcolemia è la quantità di alcol che si ritrova nel sangue dopo l'ingestione di bevande alcoliche.

Una concentrazione di 0,2 grammi di alcol per litro si raggiunge in un maschio o in una femmina di circa 60 chili di peso con l'ingestione a stomaco pieno di circa 12 grammi di alcol puro, corrispondenti al consumo di:

- 1 bicchiere da 125 millilitri di vino (gradaz. 11,5%) oppure
- 1 lattina da 330 cc di birra (gradaz. 4,5 %) oppure
- 1 bicchierino da 40 millilitri di superalcolico (gradaz. 40 %)

In virtù delle differenze metaboliche e fisiologiche tra sesso maschile e femminile le donne sono più vulnerabili all'alcol e raggiungono livelli di alcolemia più elevati con quantità inferiori di alcol consumato e con una maggiore rapidità. Due bicchieri (24 grammi alcol) sono in questo caso sufficienti per una donna a raggiungere il limite legale da non superare alla guida; per un uomo il limite si raggiunge con 3 bicchieri (36 grammi alcol). Le rispettive quantità indicate sono peraltro quelle che l'OMS indica come quantità da non superare per non incrementare il rischio alcolcorrelato. Vengono inoltre indicate le quantità relative a consumi inferiori:

- **0,2:** iniziale tendenza a guidare in modo più rischioso, i riflessi sono disturbati leggermente ma AUMENTA la tendenza ad agire in modo imprudente in virtù di una riduzione della percezione del rischio;
- **0,4:** rallentano le capacità di vigilanza ed elaborazione mentale; le percezioni e i movimenti o le manovre vengono eseguiti bruscamente con difficoltà di coordinazione;
- **0,5 (LIMITE LEGALE):** il campo visivo si riduce prevalentemente a causa della riduzione della visione laterale (più difficile perciò controllare lo specchietto retrovisore o controllare le manovre di sorpasso); contemporaneamente si verifica la riduzione del 30-40 % della capacità di percezione degli stimoli sonori, luminosi e uditivi e della conseguente capacità di reazione;
- **0,6:** i movimenti e gli ostacoli vengono percepiti con notevole ritardo e la facoltà visiva laterale è fortemente deficitaria;
- **0,7:** i tempi di reazione sono fortemente rallentati; l'esecuzione dei normali movimenti attuati alla guida è priva di coordinamento, confusa e conduce sempre a gravi conseguenze;
- **0,9:** sono compromessi: l'adattamento all'oscurità, la capacità di valutazione delle distanze, degli ingombri, delle traiettorie dei veicoli e delle percezioni visive simultanee (per esempio di due autoveicoli se ne percepisce solo uno);
- **EBBREZZA** franca e manifesta: caratterizzata da euforia e disturbi motori che rendono precario l'equilibrio. È evidente e visibile l'alterazione della capacità di attenzione, con livelli di capacità visiva minima e tempi di reazione assolutamente inadeguati, c'è maggior tendenza alla distrazione. Il comportamento alla guida si caratterizza attraverso sbandate volontarie dell'autoveicolo o della moto, guida al centro della strada o in senso contrario, incapacità di valutazione della posizione del veicolo rispetto alla carreggiata. Le luci degli abbaglianti, le percezioni luminose intense, possono essere la causa determinante della perdita completa di un controllo già precario, provocando un accecamento transitorio a cui segue un recupero molto lento della visione. Le percezioni sonore, quali quelle del clacson, vengono avvertite con un ritardo accentuato e comunque in maniera inefficace a determinare un riflesso utile alla salvaguardia della propria e altrui incolumità;
- **>1:** lo stato di euforia viene sostituito da uno stato di confusione mentale e di totale perdita della lucidità con conseguente sopore e sonnolenza molto intensa.

Fattori di rischio e fattori di protezione

Prima di descrivere i fattori di rischio per l'abuso di bevande alcoliche, risulta essenziale, anche per evidenti implicazioni sociali, individuare i consumatori di bevande alcoliche a rischio, ovvero gli individui per i quali maggiori sono le probabilità di sperimentare danni per la salute e per i quali, o a causa dei quali, possono verificarsi significative riduzioni nei livelli di sicurezza individuale e collettiva.

Definizione del consumo a rischio

La quantificazione dei consumatori a rischio di alcol si basa sull'identificazione dei consumatori che eccedono le quantità che gli Organismi di tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte della moderazione o, in casi definiti (ad es. guida) dell'astensione nel consumo.

Le definizioni sottese all'identificazione del bere si basano su quelle dell'OMS che, in maniera puntuale identifica le modalità e i livelli di consumo di bevande alcoliche da considerare a rischio per i quali sono identificati una serie di interventi specifici. Le definizioni attualmente indicate sono le seguenti:

CONSUMO A RISCHIO (*hazardous*): un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.

CONSUMO DANNOSO (*harmful*): una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale. A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto.

ALCOLDIPENDENZA: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

Per le nostre finalità ci concentreremo sul consumo rischioso (*hazardous consumption*) che mette in risalto la condizione di persistenza di abitudini e livelli di consumo considerati a rischio per la salute. Le variabili che influenzano principalmente il bere a rischio sono:

- la frequenza del consumo di alcol;
- le quantità di alcol assunte;
- la concentrazione di consumi di sostanze alcoliche considerate a maggior rischio;

Le modalità che vengono generalmente considerate per identificare il rischio possono essere:

- le quantità assunte con frequenza regolare/persistente in "eccedenza";
- le quantità consumate in eccedenza rispetto alle linee guida specifiche per sesso ed età;
- la frequenza degli episodi di concentrazione di consumi eccessivi;

Secondo le Linee Guida Nazionali per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN, 2003), che fanno proprie le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcolologia, in generale sono da considerare consumatori a rischio tutti gli individui di sesso femminile che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno e tutti gli uomini che eccedono invece i 40 grammi di alcol al giorno (1-2 bicchieri e 2-3 bicchieri rispettivamente di una qualsiasi bevanda alcolica).

Ma accanto a queste linee generali gender oriented sono ben definiti anche alcuni limiti massimi, specifici per età, da non superare per non incorrere in un maggior rischio; tali limiti riguardano i consumi degli ultra65enni e dei giovani. Al di sotto dei 15 anni qualunque livello di consumo a base di alcol è da considerarsi a rischio, tra i 16 e i 18 (-20) anni 1 bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica è il livello massimo di consumo consentito e sono da considerarsi consumatori a rischio gli ultra65enni di entrambi i sessi che consumano più di un bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica al giorno.

Influenza dei comportamenti familiari sul consumo di alcol

In un lavoro dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (2003) sono state analizzate le relazioni tra il consumo di bevande alcoliche del capofamiglia e gli altri membri del nucleo familiare. I risultati mostrano che esiste una correlazione tra i comportamenti del capofamiglia (CF) e quelli del coniuge o i figli, e che la forza della relazione aumenta al crescere della quantità di alcol assunto (Tabella 5).

Tabella 5. Prevalenza (%) dei consumatori di alcol a rischio tra i diversi membri della famiglia (Italia 2003)

	Maschi			Femmine			Totale		
	<i>Astemi</i>	<i>Bevitori moderati</i>	<i>Bevitori a maggior rischio</i>	<i>Astemi</i>	<i>Bevitori moderati</i>	<i>Bevitori a maggior rischio</i>	<i>Astemi</i>	<i>Bevitori moderati</i>	<i>Bevitori a maggior rischio</i>
Capo famiglia	9,6	79,3	11,1	35,4	46,5	18,1	13,5	74,4	12,1
Coniuge o convivente	9,4	80,9	9,7	36,5	43,0	20,5	35,0	45,1	19,9
Figlio	20,5	76,7	2,8	42,1	53,7	4,2	30,1	66,5	3,4

Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

Le prevalenze più elevate dei consumatori a maggior rischio si riscontrano tra i coniugi o i conviventi (19,9%) verosimilmente a causa del fatto che appartengono a questa classe un elevato numero di donne per le quali, in base al tipo di indicatore utilizzato, sono sufficienti quantità di alcol più basse rispetto a quelle degli uomini per essere considerate a maggior rischio. È comunque da rilevare che mediamente il 12,1% dei capifamiglia può essere considerato come consumatore a maggior rischio a fronte di un 13,5 % di capifamiglia astemi, con notevoli differenze di genere; nelle famiglie risultano astemi il 35% dei coniugi o conviventi e il 30,1 % dei figli.

Il modello di consumo alcolico dei coniugi/conviventi (come si può osservare nella Figura 2) si modifica in funzione delle scelte di consumo del CF. Nel caso di capofamiglia astemio (13,5% del totale dei CF) la percentuale di coniugi/conviventi bevitori a maggior rischio risulta pari al 5,2%, proporzione che si incrementa al 19,8 % nel caso di CF consumatore moderato e al 33,8 % nel caso di capofamiglia bevitore a maggior rischio. Parallelamente, il numero di coniugi/conviventi astemi diminuisce da 67,1%, al 31,5% e al 28,9 % passando da nuclei con capofamiglia astemio a quelli con CF bevitori moderati e, infine, quelli a maggior rischio.

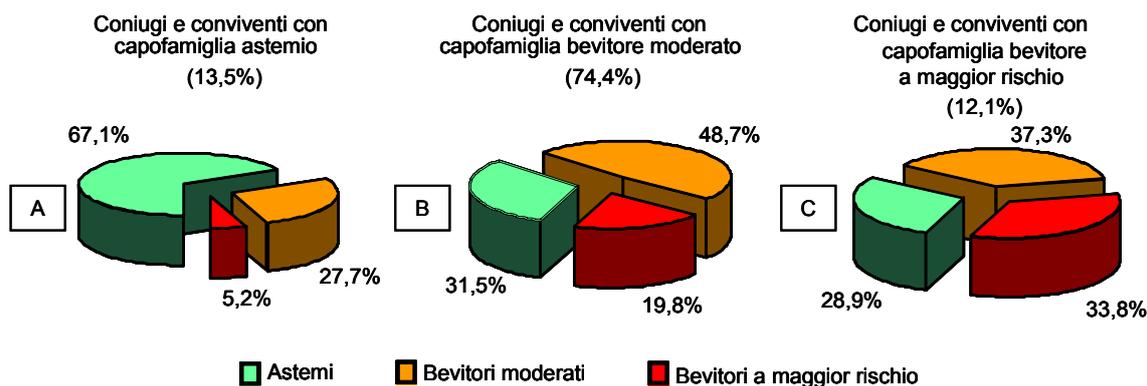


Figura 2. Distribuzione dei coniugi e conviventi consumatori di bevande alcoliche con capofamiglia astemio (A), bevitore moderato (B), bevitore a maggior rischio (C) (anno 2003). Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS-OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

In genere l'appartenere ad un nucleo familiare con CF bevitore anziché ad un nucleo familiare con CF astemio determina per i coniugi/conviventi, un Rischio Relativo (RR) di essere essi stessi bevitori pari a 2,05 (con un intervallo [1,90;2,21]); il rischio risulta quindi due volte superiore a quello dei coniugi e conviventi il cui nucleo familiare presenti un CF astemio. L'appartenere ad un nucleo familiare con CF bevitore a maggior rischio invece che ad un nucleo familiare con CF bevitore moderato determina, per i coniugi/conviventi un rischio relativo di essere essi stessi consumatori a maggior rischio di 1,67 (con un intervallo [1,56;1,79]); lo status del CF di bevitore a maggior rischio comporta dunque un rischio del 67% superiore a quello di coniugi/conviventi di una famiglia con CF bevitore moderato. L'appartenere, infine, ad un nucleo familiare con CF bevitore a maggior rischio invece che ad un nucleo familiare con CF astemio espone i coniugi/conviventi ad un rischio più elevato e pari a 7,48 (con un intervallo [5,93;9,42]) di diventare essi stessi bevitori che risulta quindi circa sette volte superiore a quello dei coniugi e conviventi di un nucleo familiare con CF astemio.

Una seconda analisi è stata condotta prendendo in considerazione la relazione esistente tra le modalità di consumo riscontrate tra le persone di riferimento all'interno delle famiglie (CF) e i figli. Anche in questo caso sono stati analizzati separatamente i figli appartenenti a famiglie in cui il capofamiglia risulta essere astemio, bevitore moderato o bevitore a maggior rischio. Le prevalenze dei figli consumatori a maggior rischio facenti parte di un nucleo familiare in cui il CF è consumatore a maggior rischio sono più elevate rispetto a quelle in cui il CF è astemio o bevitore moderato (Figura 3). Da un lato la proporzione di figli astemi decresce rispetto alla categoria di consumo del CF. In particolare passando dai figli che vivono in un nucleo familiare con capofamiglia astemio a quelli con capofamiglia bevitore si riduce la proporzione di figli astemi (dal 43,9% nelle famiglie con CF astemio, al 28,6% in quelle con CF bevitore moderato e al 23,2% nei nuclei familiari con CF bevitore a maggior rischio).

Dall'altro lato, nel caso di nuclei con capofamiglia comunque bevitore, moderato o a maggior rischio, (Figura 3B, 3C), aumenta notevolmente la proporzione di figli che consumano alcol in quantità eccedenti i limiti raccomandati (dal 2,9% al 7,3%).

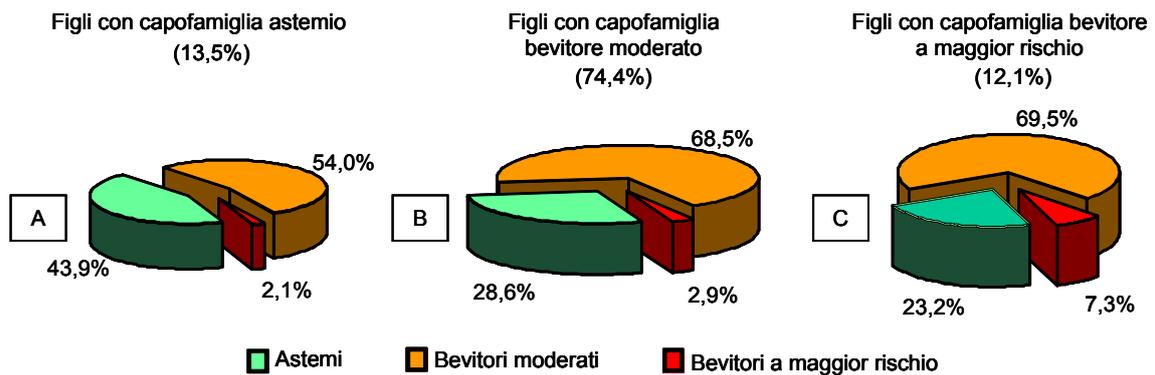


Figura 3. Distribuzione dei figli consumatori di bevande alcoliche con capofamiglia astemio (A), bevitore moderato (B), bevitore a maggior rischio (C) (anno 2003). Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS- OssFAD e WHO CC Research on Alcohol su dati ISTAT Multiscopo Anni 1998-2003

In generale, l'appartenere ad un nucleo familiare in cui il genitore è un bevitore anziché ad un nucleo familiare con genitore astemio espone i figli ad un RR di essere essi stessi bevitori pari a 1,26, con un intervallo di confidenza molto stretto [1,21;1,32], un rischio quindi del 26% superiore a quello dei figli i cui CF sono astemi.

L'appartenere ad un nucleo familiare in cui il genitore è un bevitore a maggior rischio anziché ad un nucleo familiare in cui il genitore è un bevitore moderato espone i figli ad un RR di essere essi stessi bevitori a maggior rischio pari a 2,55, con un intervallo [2,06;3,15], rischio quindi di 2 volte e mezzo superiore rispetto a quello dei figli di consumatori moderati. L'appartenere, infine, ad un nucleo familiare in cui il genitore è un bevitore a maggior rischio invece che ad un nucleo familiare in cui il genitore è astemio espone i figli ad un RR di diventare essi stessi bevitori a maggior rischio pari a 4,23 con un intervallo [3,03;5,91], che risulta quindi 4 volte superiore a quello dei figli che vivono in famiglie in cui il genitore non beve.

Alcol e media

Uno dei principali ostacoli alla diffusione di una corretta informazione e comunicazione sui rischi e danni causati dall'alcol è rappresentato dalle pressioni sociali al bere e dall'azione dei mass media e delle pubblicità che privilegiano l'uso dell'associazione di immagini di successo (ricchezza, sesso, salute, amicizia) al consumo di alcol proposto anche attraverso il ricorso a testimonial o personaggi famosi del mondo dello sport, della moda e del cinema. Naturalmente anche la normalizzazione del bere spesso proposta attraverso le trame delle fiction contribuisce a sottovalutare l'impatto dell'alcol sui livelli di salute e sicurezza individuali e collettivi.

Di fronte alle difficili azioni preventive che quotidianamente vengono messe in atto dagli operatori della salute per convincere gli adolescenti a non abusare di alcol, tabacco e altre sostanze psicoattive occorre evidenziare che il rapporto tra i messaggi preventivi e gli spot pubblicitari su alcol e bevande è di uno su venticinque.

Una ricerca effettuata dall'Osservatorio Nazionale Alcol e condotta nel 2000-2001, in collaborazione con l'OssFAD, ha evidenziato che in tremila ore di programmazione televisiva dei palinsesti televisivi di Rai, Mediaset e TeleMontecarlo, la presenza di scene o situazioni inerenti il consumo di alcol si registra in media ogni 13 minuti. I risultati di questo lavoro non dimostrano sicuramente una relazione diretta tra esposizione ai media e abuso di alcol, ma invitano a riflettere sull'influenza esercitata da alcuni modelli di promozione commerciale o pubblicitaria circa l'adozione, scarsamente informata, di stili di consumo e modelli del bere sui giovani.

Esistono quantità “sicure” di alcol?

In base alle conoscenze attuali non è possibile identificare delle quantità di consumo alcolico raccomandabili o “sicure” per la salute. Ai fini della tutela della salute è più adeguato parlare di quantità “a basso rischio”, evidenziando che il rischio esiste a qualunque livello di consumo e aumenta progressivamente con l'incremento delle quantità di bevande alcoliche consumate. È da considerare a basso rischio una quantità di alcol giornaliera da assumersi durante i pasti principali (non fuori pasto) che non deve superare i 20-40 grammi per gli uomini e i 10-20 grammi per le donne. Queste quantità devono essere ulteriormente ridotte negli anziani e nei giovani a non più di 10 grammi al giorno. Bisogna ricordare, infine, che al di sotto dei 16 anni qualunque quantità pur minima di alcol è da considerarsi a rischio e che la legge vieta, coerentemente, la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche. La regola dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a tale proposito è: Alcol? Meno è meglio!

Sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che il *National Institute of Health* (NIH) ribadiscono che nessun individuo può essere sollecitato al consumo anche moderato di bevande alcoliche, considerando il rischio che l'uso di alcol comporta per l'organismo. Inoltre gli individui che non bevono non possono e non devono essere sollecitati a modificare il proprio atteggiamento.

Come calcolare quanto si beve

Spesso non ci soffermiamo a pensare quanto beviamo abitualmente. Il modo più semplice per calcolarlo è contare il numero di bicchieri di alcolici che giornalmente o abitualmente si bevono. Ricorda che un bicchiere di vino (da 125 mL), una birra (da 330 mL) oppure un bicchiere di superalcolico (da 40 mL) contiene la stessa quantità di alcol pari a circa 12 g. (Figura 4).

Confrontare i propri consumi misurandoli attraverso le quantità indicate nel riquadro può aiutare ad essere più consapevoli riguardo alle proprie abitudini.

Se il numero di unità o bicchieri è zero non si corre alcun rischio, se il numero di unità o bicchieri è superiore a 2-3 unità o bicchieri al giorno per gli uomini e 1-2 unità o bicchieri al giorno per le donne salute e benessere sono esposti ad un maggior rischio.

Anche se il consumo fosse inferiore a tali valori si possono comunque correre dei rischi, pertanto se proprio si sceglie di bere, bisogna ricordarsi che meno è meglio. Inoltre, può essere utile ricordare che sulle etichette di qualsiasi bevanda alcolica è riportato il contenuto di alcol, ma è espresso in gradi, cioè in volume su 100 mL. Per ottenere i grammi di alcol in 100 mL bisogna moltiplicare tale valore per 0,8.

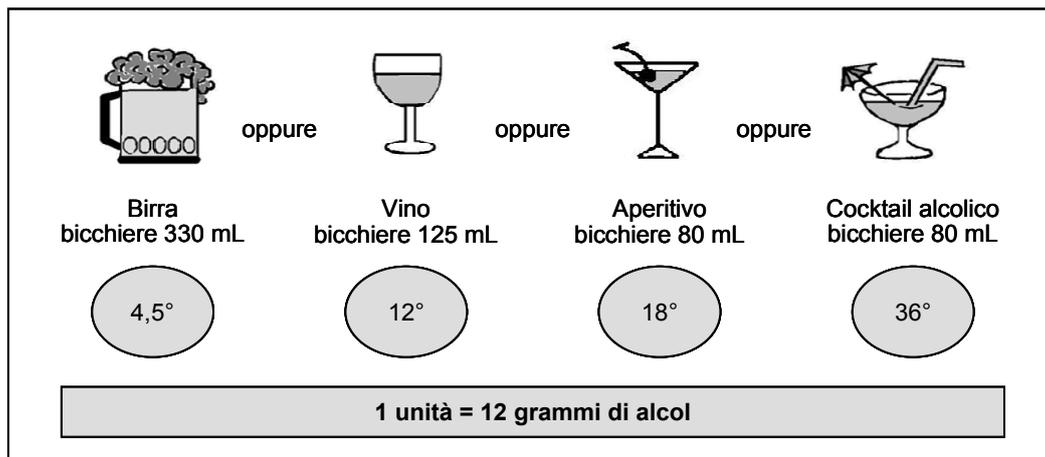


Figura 4. Confronto tra bevande

In quali condizioni è raccomandabile non bere

Ci sono situazioni in cui è raccomandata l'astensione completa dal consumo di bevande alcoliche, tra queste: (a) se si ha meno di 16 anni di età; (b) se è stata programmata una gravidanza; (c) se si è in gravidanza o si sta allattando; (d) se si assumono farmaci; (e) se si soffre di una patologia acuta o cronica; (f) se si è alcolisti; (g) se si hanno o si sono avuti altri tipi di dipendenza; (h) se si è a digiuno o lontano dai pasti; (i) se ci si deve recare al lavoro o durante l'attività lavorativa; (l) se si deve guidare un veicolo o usare un macchinario.

È fondamentale sapere che stesse quantità di alcol possono avere effetti differenti da individuo a individuo. Chi abitualmente beve al di sopra delle quantità indicate come a "basso rischio" può riscontrare alcuni segni o sintomi ricorrenti: sensazione di stanchezza o appesantimento, postumi di uno stato anche occasionale di ubriachezza, perdita temporanea della memoria e, con tutta probabilità, una condizione fisica non ottimale.

Potrebbe capitare di sentirsi a disagio, di aver perso il controllo o di sentirsi irritati, violenti o, al contrario, depressi o di esser stati causa di situazioni spiacevoli come ad esempio aver guastato, a causa del bere, l'atmosfera serena di una serata con gli amici o in famiglia.

Chi beve in maniera inadeguata si rivolge frequentemente al proprio medico per problemi più o meno manifesti, quali un aumento della pressione arteriosa, difficoltà a ricordare le cose fatte o da fare, scarsa capacità di concentrazione, diminuito rendimento lavorativo o scolastico, problemi dell'apparato digerente o del fegato, senza pensare che queste manifestazioni potrebbero essere causate dal bere.

Anche in assenza di queste manifestazioni è comunque molto probabile che l'organismo abbia già iniziato a subire le conseguenze dell'abitudine a consumare quotidianamente quantità di bevande alcoliche superiori a quelle considerate a basso rischio.

Inoltre gli effetti negativi dell'alcol possono essere aggravati dal consumo di molte categorie di farmaci, come ad esempio gli ansiolitici, gli anticoagulanti o la semplice aspirina.

Oltre al sesso, anche il peso influisce in maniera determinante e, in genere, chi pesa meno ha una maggiore vulnerabilità agli effetti dell'alcol a causa della ridotta quantità di liquidi e di grassi nell'organismo.

Pertanto, quando si beve è sempre opportuno riflettere sugli effetti che un gesto abituale può avere su di noi e sugli altri.

Aspetti psicologici

Fare un'analisi esatta dei tratti di personalità e degli aspetti psicologici *tout court* legati al consumo di alcol è cosa complessa e bisogna considerare diversi aspetti, anche perché i fattori di rischio che possono incidervi, come per il tabagismo, sono vari e legati fortemente ad una dinamica biopsicosociale della realtà studiata. Possiamo così raggruppare le quattro aree fondamentali da prendere in considerazione nell'analisi dei fattori di rischio e protezione psicologici legati all'alcol (Pietrantonio, 2001; Guarino, 2005; Guarino, 2006a; Guarino, 2006b; Guarino, 2007):

- *Fattori socioculturali*
 - leggi che incoraggiano il fumo
 - valori e norme sociali che promuovono il fumo
 - disponibilità della sostanza
 - situazione economica difficile (Alesci, 2003; Taylor, 2004; Turner, 2004).
- *Fattori interpersonali*
 - uso da parte di genitori e familiari
 - atteggiamento favorevole all'uso da parte della famiglia
 - diverbi familiari e divorzi
 - desiderio di integrazione nel gruppo dei pari
 - frequentare amici che bevono (Baker, 2003; Blitstein, 2003; McGee, 2003; Napoli, 2003; Perrine & Aloise-Young, 2004; Liu, 2004; Baker, 2004)
- *Fattori psicosociali*
 - comportamenti problematici precoci e persistenti
 - fallimenti scolastici
 - cattivi rapporti con la scuola
 - ansia e alti livelli di stress
 - ribellione
 - atteggiamento favorevole al fumo
 - cominciare ad una giovane età (Becoña & Míguez, 2004; Hancox, 2004; Duhig, 2005; Hoffman, 2006; Foshee, 2007)
- *Fattori biogenetici*
 - presenza di alcuni fattori genetici che determinano la vulnerabilità
 - vulnerabilità psicofisiologica per gli effetti delle sostanze psicotrope.

Come per la dipendenza da droghe, la letteratura scientifica evidenzia anche per l'alcol tratti psicologici caratterizzanti (Gil, 2004; Botvin & Griffin, 2004; Boyd, 2006; Friedman, 2006; Best, 2006):

- bassa autoefficacia
- *locus of control* esterno
- fatalismo
- ansia e tendenza alla depressione.

Quello che emerge, ancora, nell'analisi della letteratura inerente all'uso e abuso di alcol in età giovanile è che questa dipendenza ha carattere transgenerazionale: figli di genitori con dipendenza da alcol (ma anche da droghe e tabacco) tendono ad essere dipendenti loro stessi (Getz & Bray, 2005; Kuperman, 2005; Wills, 2006; Taylor & Kliewer, 2006; Bailey, 2006; Hampson, 2006).

Questo dato collima con un altro che vede la tendenza ad abusare di alcol in presenza di un'esposizione prolungata o precoce alla violenza e al disagio (elementi caratterizzanti non

solo degli ambienti sociali, ma anche di quelli familiari problematici) (Henry, 2003; Hingson, 2004; Korn & Maggs, 2004; Kuntsche, 2006).

Non a caso un fattore di protezione è la capacità di progettare il futuro, l'interesse per lo studio, la possibilità di convogliare l'energia creativa in attività sane. Queste caratteristiche devono essere implementate nell'individuo sin da giovanissimo, così come evidenze scientifiche hanno rilevato che attività educative nell'ambito della prevenzione dell'abuso da alcol nei giovani devono essere iniziate sin dalle classi elementari per essere veramente efficaci (Masterman & Kelly, 2003; Nolen-Hoeksema, 2004; Mayzer, 2005; Nishimura, 2005).

Progetti di prevenzione

Sono stati individuati alcuni elementi di efficacia scientifica per i progetti di prevenzione dei comportamenti legati all'uso e abuso di alcol in età evolutiva (Masterman & Kelly, 2003; Nolen-Hoeksema, 2004; Mayzer, 2005; Nishimura, 2005):

- precocità di inizio
- ripetizione e continuità negli anni
- priorità della parte formativa ed educativa rispetto a quella informativa
- interattività
- multidisciplinarietà
- globalità di approccio all'educazione alla salute
- inserimento curriculare e collaborazione degli insegnanti
- coinvolgimento della famiglia e delle istituzioni scolastiche
- lotta al consumo non consapevole di alcol con attività per la popolazione in generale
- influenza del gruppo dei pari e di *opinion-leaders*.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute

I riferimenti normativi e il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 confermano tra gli strumenti fondamentali di prevenzione l'adozione di stili di vita sani, configurando la prevenzione dell'abuso di alcol, quale tematica specifica da inserire nei programmi di salute. In particolare, il Piano Sanitario Nazionale fa riferimento all'attuazione nel nostro Paese dei due più recenti provvedimenti sanitari dell'Unione Europea in materia alcolica: le Raccomandazioni del Consiglio "Consumo di bevande alcoliche da parte di bambini e adolescenti" (Consiglio EU del giugno 2001) e le Conclusioni del Consiglio su una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati (Consiglio EU del giugno 2001).

Nel Piano Nazionale Alcol e Salute vengono proposte strategie di ampio respiro, utilizzando come punti di riferimento il Piano d'Azione europeo per l'alcol promosso dall'O.M.S. per gli anni 2000-2005, il documento OMS *Framework from Alcohol Policy in the European Region* la Dichiarazione di Stoccolma sui giovani e l'alcol e la Risoluzione WHA 58.26 dell'OMS *Public health problem caused by harmful use of alcohol*. Il documento integrale è disponibile all'indirizzo:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf (ultima consultazione 28/07/2008).

Il programma “Guadagnare salute” del Ministero della Salute

Il Ministero della Salute ha collaborato con la Regione Europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità per la definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche valida per l’Europa, dall’Atlantico agli Urali – denominata Guadagnare Salute – e approvata a Copenaghen il 12 settembre 2006 dal Comitato Regionale per l’Europa.

Il programma Guadagnare Salute nasce dall’esigenza di rendere più facili le scelte salutari e di promuovere campagne informative che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l’insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica al fine di ridurre i fattori di rischio – in gran parte modificabili – quali il fumo, l’alcol, la scorretta alimentazione e l’inattività fisica.

Articolazione del programma

– *Che cos’è*

È un intervento *multicomponenti*, con attività di comunicazione e azioni per ridurre l’iniziazione al fumo, per aumentare il consumo di frutta e verdura, per ridurre l’abuso di alcol, ridurre il consumo di bevande e alimenti troppo calorici, facilitare lo svolgimento dell’attività fisica. È un potente investimento per ridurre, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve periodo, per consentire ai cittadini di scegliere se essere, o tornare ad essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio che li affliggerebbero per lunghi anni.

– *Cosa privilegia*

Privilegia la comunicazione per la salute. La comunicazione rappresenta una componente integrata degli interventi di prevenzione di Guadagnare Salute ed è uno strumento importante di informazione e conoscenza per le persone. Questo programma può essere, inoltre, la giusta risposta per creare, attraverso la prevenzione, condizioni più favorevoli alle scelte per la salute, facendo leva sull’informazione, sulla comunicazione e, in particolare, su specifiche iniziative che inducano a scelte di vita salutari. La sinergia tra più Ministeri può dare maggiore credibilità ai messaggi da veicolare, consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, assicurare un’informazione univoca e completa e favorire la conoscenza e la sinergia dei progetti di diversi Ministeri ed Enti interessati, realizzando al contempo una sorta di “piattaforma nazionale della salute”. Attraverso la comunicazione concetti e messaggi semplici (come il messaggio “5 al giorno”: almeno cinque frutti o porzioni di vegetali ogni giorno) possono informare correttamente. La comunicazione può avvenire anche attraverso la tabella nutrizionale degli alimenti: occorrerà agire sia sulle aziende, perché rendano più leggibili e comprensibili le etichette, sia sui consumatori, perché siano sensibilizzati a utilizzare questa informazione.

– *Come si sviluppa.*

Sviluppa tre tipi di comunicazione istituzionale:

- i piani di comunicazione specifici per ogni intervento
- una campagna informativa che mette il cittadino al centro delle scelte per la propria salute e impegna i governi a rendere possibili le scelte di salute
- un programma specifico in collaborazione con il mondo della scuola.

– *Come si articola.*

Si articola in un programma trasversale governativo e in 4 programmi specifici basilari, relativi a comportamenti alimentari salutari, lotta al tabagismo, lotta all’abuso di alcol, promozione dell’attività fisica.

– *Strategie e ipotesi di intervento*

I progetti specifici che sviluppano il programma governativo, finalizzato a indurre alcuni cambiamenti di opinioni e di comportamenti, attraverso una idonea campagna informativa, sono quattro:

- guadagnare salute rendendo più facile una dieta più salubre (alimentazione)
- guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (attività fisica)
- guadagnare salute rendendo più facile essere liberi dal fumo (lotta al fumo)
- guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (lotta all'abuso d'alcol).

Ogni programma è intersettoriale poiché vede coinvolto in modo attivo il Ministero della Salute, il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali, INRAN, il Ministero della Famiglia, il Ministero della Pubblica Istruzione, il Ministero dell'Economia e Finanze, il Ministero dell'Interno, il Ministero dei Trasporti, il Ministero dello Sviluppo Economico, il Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive, il Ministero dell'Università e della Ricerca, il Governo, i Produttori e i Gestori dei pubblici servizi, le Regioni, le ASL, gli Enti locali.

Ogni programma si articola nel seguente modo:

- *Premessa*: definisce attentamente le linee generali dopo una accurata disamina della situazione problematica
- *Obiettivi*: la definizione degli obiettivi salute va formulata in senso ampio e non solo sanitario utilizzando un linguaggio positivo, non basato sulle negatività o sulla divietologia.
- *Campagna Informativa Specifica*: indica le varie azioni da intraprendere (a carattere regolatorio o di altro tipo) accompagnate dalla diffusione di messaggi appositi rivolti alla popolazione bersaglio dell'intervento.
- *Progetto Scuola*: ogni specifico programma, come sopra indicato, deve prevedere un programma di coinvolgimento della scuola e di comunicazione specifica attraverso iniziative studiate per il target giovanile, con l'obiettivo non solo di fornire informazioni scientificamente corrette, ma soprattutto di identificare strategie per resistere alle varie pressioni sociali.
- *Altri Progetti di settore*: i progetti riguardano le varie istituzioni e i vari enti che costruiscono alleanze con il Ministero della Salute affinché si realizzino efficacemente le finalità con una visione globale e sistemica, non solo sanitaria ma economica, sociale, agricola, ambientale, culturale, per citarne alcune.
- *Coinvolgimenti Intersettoriali della Salute*

Di seguito si illustrano gli obiettivi del progetto specifico relativo all'alcol.

Strategie e ipotesi di intervento

- Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali.
 - Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125.
 - Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente alcol free (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).
- Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche.

- Incoraggiare e incentivare i produttori di bevande alcoliche a incrementare la ricerca finalizzata alla produzione di bevande a minore gradazione alcolica, nel rispetto della qualità, assicurando su questi prodotti una corretta informazione.
- Informare correttamente i consumatori.
 - Adeguare l'etichettatura delle bevande alcoliche alle esigenze di protezione del consumatore studiando e proponendo misure per inserire nella etichettatura delle bevande almeno una avvertenza semplice, in particolare per alcune categorie a rischio quali donne in gravidanza, persone alla guida, assuntori di particolari farmaci e giovani.
 - Monitorare e controllare il rispetto della legge 125/2001 art. 13 in materia di pubblicità delle bevande alcoliche, con particolare riferimento al disposto in materia di protezione dei minori; studiare, al riguardo, divieti di pubblicità diretta e indiretta in occasione di eventi sportivi.
 - Combattere l'abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul "saper bere" diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza tra consumo responsabile del vino e la salute. Il vino, infatti, non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea.
- Evitare gli incidenti stradali alcol correlati.
 - Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.
 - Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).
 - Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.
 - Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione ad hoc a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.
 - Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.
 - Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).
 - Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.
 - Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica e i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.

- Rafforzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nella medicina di base.
 - Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo. A tale fine dovrebbero essere sostenute nuove e adeguate strategie contrattuali e stanziare risorse finanziarie che consentano la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività degli operatori e dei servizi di base in merito ai suddetti interventi.
- Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.
 - Trovare alleanze con il mondo del lavoro.
 - Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità socio demografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.
 - Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le Amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.
 - Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcol-correlati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.
- Proteggere i minori dal danno alcol correlato.
 - Realizzare interventi finalizzati a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche, ridurre il livello dei consumi giovanili, contenere i comportamenti a rischio quali il *binge drinking* e le ubriacature.
 - Realizzare campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta (genitori ed educatori) focalizzate sulla necessità di informare sugli specifici danni che l'alcol causa ai minori e trasmettere ad essi un corretto orientamento nei confronti delle bevande alcoliche.
 - Promuovere interventi educativi nelle scuole, secondo programmi validati sul piano dell'efficacia, per lo sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e resistere alle pressioni al bere.
 - Sensibilizzare e formare *ad hoc* le categorie di lavoratori addetti alla distribuzione e vendita delle bevande alcoliche, per accrescere l'impegno al rispetto della vigente normativa sul divieto di somministrazione ai minori di 16 anni e il senso di responsabilità nei confronti del bere giovanile.
 - Adottare il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori.
- Formare gli operatori.
 - Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo alla

prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche ai problemi alcol-correlati.

- Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo alcologico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.

Riferimenti per la realizzazione di interventi di prevenzione

Il sito di Epicentro, curato dal CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità, mette a disposizione numerosi materiali di consultazione e sussidi per la prevenzione dell'abuso di alcol, di cui l'elenco che segue è una selezione²:

- Alcol: sai cosa bevi? Più sai meno rischi.
Disponibile all'indirizzo www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/Alcol_SaiCosaBevi.pdf
- I giovani e l'alcol: istruzioni per l'uso. Decalogo per i genitori.
Disponibile all'indirizzo www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/decalogo.pdf
- Il Pilota: Se guidi non bere.
Disponibile all'indirizzo www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/ilpilota_alcol.pdf
- Alcol: qualche dritta per i più giovani. Quello che devi sapere per non rischiare.
Disponibile all'indirizzo www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/Apd07-dritte.pdf
- Alcol: sei sicura? Le ragazze e l'alcol.
Disponibile all'indirizzo www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pdf/Apd07-ragazze.pdf.

² Ultima consultazione per tutti i siti: 20/08/2009.

ATTIVITÀ PRATICHE PER L'ABUSO DI ALCOL

Grazia Serantoni (a) Cristina Faliva (b), Maria Letizia Nunzi (b)
 (a) Università degli Studi di Roma La Sapienza; (b) ASL RMC, Regione Lazio

Attività pratiche per le scuole primarie

Le attività di seguito presentate sono tutte finalizzate all'accrescimento della consapevolezza dei danni provocati dall'abuso di sostanze alcoliche. Alla fine di ogni prova sarà cura dell'educatore richiedere agli alunni dei *feedback* e una valutazione della prova stessa, stimolando un dialogo di gruppo e fornendo tutti i chiarimenti necessari.

ATTIVITÀ 1: I DIVERSI EFFETTI DELL'ALCOL

Obiettivo: rendere gli alunni consapevoli dei diversi rischi legati all'abuso di alcol.

Descrizione: l'insegnante dovrà consegnare agli alunni la seguente scheda (Figura 1) dove viene loro richiesto di collegare le varie categorie di persone agli effetti che l'uso di alcolici può comportare per la loro attività.

L'alcol e i suoi effetti	
<p>Come sicuramente già saprai, l'abuso di alcolici può comportare notevoli rischi per la persona che li assume. Logicamente per alcune categorie di persone i rischi, oltre che essere maggiori, possono anche essere molto diversi tra loro. Per meglio comprenderli nell'esercizio sotto riportato compaiono nelle caselle di sinistra alcune categorie di persone, mentre in quelle di destra sono elencati tutti gli effetti che l'abuso di alcol può comportare per ognuno di loro. Con le frecce, prova a collegare le caselle in base agli abbinamenti che più ti sembrano adeguati e ricorda che ad ogni tipologia di persona corrisponde un solo tipo di effetto. Al termine dell'esercizio, con l'aiuto della tua insegnante, prova a confrontare il tuo lavoro con quello dei tuoi compagni.</p>	
CATEGORIE DI PERSONE	EFFETTI DELL'ALCOL
STUDENTE	VUOTI DI MEMORIA
SPORTIVO	DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE
DONNA INCINTA	INCIDENTI STRADALI
LAVORATORE	DANNI E RISCHI PER IL FETO
ANZIANO	DIFFICOLTÀ ATLETICHE
AUTISTA	INFORTUNI SUL LAVORO

Figura 1. Scheda per l'attività 1

ATTIVITÀ 2: PAROLE ESPLOSE

Obiettivo: far acquisire agli alunni alcune informazioni inerenti l'abuso di alcol.

Descrizione: l'insegnante deve distribuire le schede sotto riportate (Figure 2 e 3) dove viene richiesto ai ragazzi di ricomporre le parole tramite il riordinamento delle lettere contenute all'interno dei fumetti.

La guida sotto l'effetto dell'alcol
In ogni fumetto sono scritte delle lettere che riordinate formano una parola; ricomponi le parole e scrivile nelle righe tratteggiate, leggendole imparerai una informazione importante!

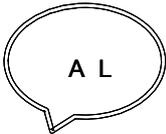
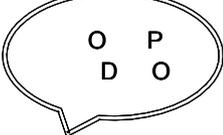
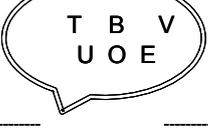
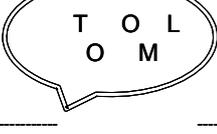
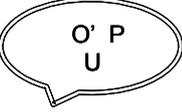
 _____	 _____	
 _____	 _____	 _____
 _____	 _____	 _____
	 _____	 _____
 _____		 _____

Figura 2. Scheda per l'attività 2

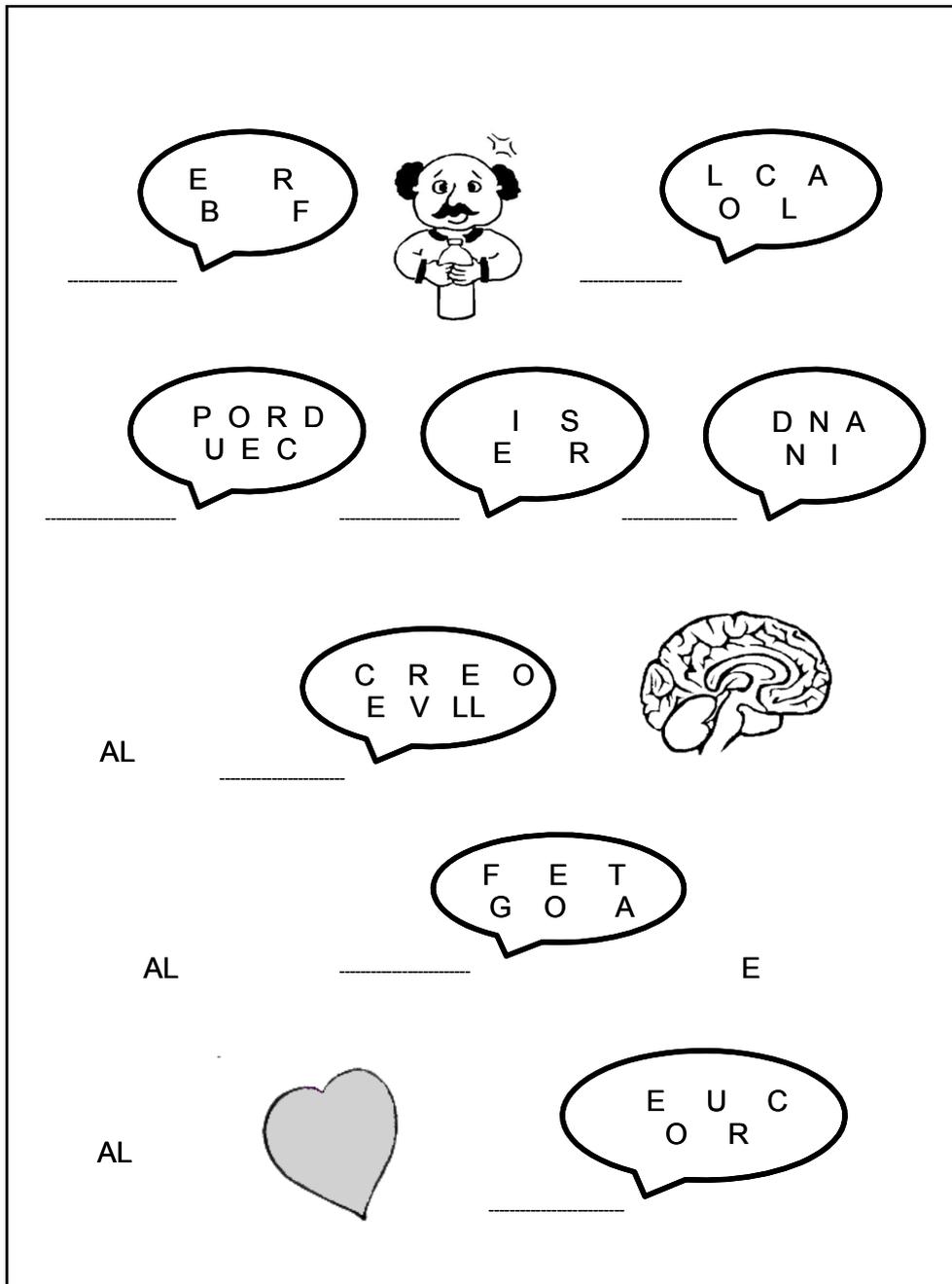


Figura 3. Scheda per l'attività 2

ATTIVITÀ 3: CRUCI-DISEGNI

Obiettivo: far in modo che i ragazzi, attraverso il divertimento, possano acquisire un'informazione fondamentale relativa all'abuso di alcolici.

Descrizione: l'educatore inviterà i ragazzi a compilare il cruciverba con l'ausilio delle immagini riportate accanto ad esso (Figura 4).

ALCOLE E SALUTE

Dopo aver dato il nome ad ogni immagine, sistema nello schema i relativi nomi. A soluzione ultimata le lettere che avrai scritto nelle caselle colorate se lette di seguito dall'alto verso il basso daranno qualcosa da sapere:

L' _____

1			P			I			
2	M			T					
3			E						
4		V							
5	A			I				R	
6			D						
7	E								
8	A			U					
9	O								
10		N							
11	I			S					
12		L			S				
13	E		F						
14		N			A				
15	O			L					
16	C								
17	E								
18	E	D							
19		M							
20	A		O						

Figura 4. Il cruci-disegni, strumento per lo svolgimento dell'attività 3

Attività pratiche per le scuole secondarie

Attività cognitivo-attitudinali

ATTIVITÀ 1: IL DIBATTITO

Obiettivo: considerare le false credenze sull'alcol.

Descrizione: l'educatore utilizza il seguente elenco di credenze-false credenze sull'alcol (Figura 5) e assegna a ciascun alunno un'affermazione, chiedendogli di preparare un discorso di massimo due minuti in cui dovrà – sia che sia d'accordo sia che non lo sia – difendere strenuamente il contenuto dell'affermazione. Il discorso potrà essere preparato a casa e l'alunno potrà utilizzare diverse fonti – libri, internet, ecc. – per corroborare la sua tesi.

Il giorno successivo si dovrà creare uno spazio educativo di circa tre ore durante il quale, in cerchio, i ragazzi presenteranno davanti a tutti il loro discorso; ciò che non dovrà essere detto prima agli studenti è che, alla fine di ciascuna esposizione, i compagni potranno iniziare un contraddittorio e dar vita ad un dibattito, che non deve durare, per ciascuna affermazione, più di 3 minuti. Alla fine si chiuderà l'esercizio con un *circle time* in cui si inviteranno i ragazzi a riflettere sulle emozioni, difficoltà o idee elicitate dall'esercizio (sia dalla preparazione del discorso sia dal dibattito).

Bevono tutti	Ha distrutto qualcuno che conoscevo
Fa male alla salute	Cura la depressione
Dà coraggio	Facilita i rapporti umani
Fa digerire	Riduce la timidezza
È contro i precetti religiosi	Può portare a fare cose illegali
Rende più lucidi	Va contro ogni principio umano
Non fa male come si pensa	Porta brutte conseguenze in famiglia
Fa perdere il controllo quando non si dovrebbe	Aiuta a resistere al freddo o al caldo
Rilassa	Causa cose disgustose come il vomito, la nausea, ecc.
È difficile smettere se hai iniziato	Causa gravi incidenti
I genitori e/o gli amici non vogliono	Fa dimenticare e allontana brutti pensieri

Figura 5. Elenco delle credenze sull'alcol da utilizzare nell'attività 1

ATTIVITÀ 2: I LUOGHI COMUNI LEGATI ALL'ALCOL

Obiettivo: considerare le false credenze sull'alcol.

Descrizione: l'educatore potrà avviare questo esercizio solo dopo aver effettuato la precedente esercitazione, qualora le false credenze sull'alcol siano davvero molte e radicate, o qualora sia richiesto dagli alunni. Disposti gli alunni in cerchio, l'educatore enuncerà di volta in volta una delle false affermazioni riportate nella scheda seguente (Figura 6), ma non fornirà chiarimenti spingendo gli alunni a dibattere tra loro sulla veridicità o meno della frase. Solo alla fine della discussione su ogni singola affermazione l'educatore fornirà la risposta corretta e lascerà spazio ai ragazzi per le ultime riflessioni; si continuerà così fino alla fine delle "false affermazioni". Questo esercizio si può anche dividere in più tempi (ad esempio dando una "falsa affermazione al giorno").

E' vero che	Spiegazione
L'alcol aiuta la digestione	La rallenta e determina un alterato svuotamento dello stomaco.
Il vino fa buon sangue	Il consumo di alcol può essere responsabile di varie forme di anemia e di un aumento dei grassi presenti nel sangue.
Le bevande alcoliche sono dissetanti	Disidratano: l'alcol richiede una maggior quantità di acqua per il suo metabolismo in quanto provoca un blocco dell'ormone antidiuretico, quindi fa urinare di più aumentando la sensazione di sete.
L'alcol dà calore	In realtà la dilatazione dei vasi sanguigni di cui è responsabile produce soltanto una momentanea e ingannevole sensazione di calore in superficie che, in breve, comporta un ulteriore raffreddamento del corpo e aumenta il rischio di assideramento, se fa freddo e si è in un ambiente non riscaldato o all'aperto.
L'alcol aiuta a riprendersi da uno shock	Provoca la dilatazione dei capillari e determina un diminuito afflusso di sangue agli organi interni, soprattutto al cervello.
L'alcol dà forza	L'alcol è un sedativo e produce soltanto una diminuzione del senso di affaticamento e della percezione del dolore. Inoltre solo una parte delle calorie fornite dall'alcol possono essere utilizzate per il lavoro muscolare.
L'alcol rende sicuri	L'alcol disinibisce, eccita e aumenta il senso di socializzazione anche nelle persone più timide salvo poi, superata tale fase di euforia iniziale, agire come un potente depressivo del sistema nervoso centrale. È inoltre da sottolineare che la "sicurezza" non vigile e senza il pieno controllo del comportamento si accompagna ad una diminuzione della percezione del rischio e delle sensazioni di dolore rendendo più vulnerabile l'individuo alle conseguenze di gesti o comportamenti potenzialmente dannosi verso sé stessi e verso gli altri.
La birra "fa latte"	In realtà la donna non ha bisogno di birra per produrre latte, ma soltanto di liquidi: acqua, succhi di frutta e cibi nutrienti. L'alcol che la donna beve passa nel latte materno e viene assunto dal bambino. È bene ricordare inoltre che durante la gravidanza l'alcol assunto passa nel liquido amniotico con possibili conseguenze nella normale crescita del feto che alla nascita può risultare affetto da una grave malattia nota come sindrome feto alcolica.
L'alcol è una sostanza che protegge	Anche se alcune evidenze mostrano che minime quantità di alcol possono contribuire nei soggetti adulti e di sesso maschile a ridurre il rischio di mortalità cardiovascolare, è bene ricordare che alle stesse quantità consumate corrisponde un aumento del rischio di cirrosi epatica, alcuni tumori, patologie cerebrovascolari, incidenti sul lavoro, stradali e domestici. In ogni caso, un individuo che non beve non deve essere sollecitato a bere al fine di prevenire una patologia, senza essere informato adeguatamente dei rischi che il consumo di bevande alcoliche, anche in minime quantità, comporta. Per prevenire le patologie cardiovascolari è molto più efficace ridurre il peso, non fumare, incrementare l'attività fisica, ridurre il consumo di sale e dei grassi alimentari e fare uso di farmaci appropriati. L'alcol non è un farmaco e come tale non può essere oggetto di prescrizione medica.

Figura 6. Scheda per l'attività 2

Una variante della precedente esercitazione potrebbe essere la seguente, nella quale l'educatore può fotocopiare e ritagliare i rettangoli della Figura 7 piegandoli lungo la linea centrale costruendo dei cartoncini da distribuire ai ragazzi dopo averli disposti in cerchio. L'educatore poi invita un ragazzo a leggere ad alta voce la domanda posta a fronte del cartoncino senza però leggere la soluzione scritta dietro. Si chiede poi ai ragazzi di dare una possibile risposta alla domanda, sollecitando il dibattito. Quando la discussione finisce l'educatore chiede al ragazzo di leggere il retro del cartoncino, poi se necessario amplia quanto letto con le altre informazioni che sono riportate nella Figura 6. Dopo aver concesso ai ragazzi ulteriore tempo per le ultime riflessioni si passa al cartoncino seguente.

E' VERO CHE L'ALCOL DA FORZA?	L'alcol è un sedativo che agisce sulla percezione e non su una reale diminuzione della fatica o del dolore. Solo una parte delle sue calorie vengono, infatti, utilizzate dai muscoli.
È VERO CHE L'ALCOL RENDE SICURI?	L'alcol disinibisce, eccita e aumenta il senso di socializzazione anche nei più timidi, ma superata questa fase iniziale di euforia agisce come un potente depressivo del Sistema Nervoso Centrale.
È VERO CHE LA BIRRA "FA LATTE"?	La donna non ha bisogno di birra per produrre latte, ma soltanto di acqua, succhi di frutta e cibi nutrienti. L'alcol assunto passa nel latte e viene ingerito dal bambino.
È VERO CHE L'ALCOL AIUTA A RIPRENDERSI DA UNO SHOCK?	Provoca la dilatazione dei capillari determinando una diminuzione di afflusso di sangue agli organi interni, in particolare al cervello.

Figura 7. Schema da utilizzare come variante per l'attività 2

ATTIVITÀ 3: SOLO UNA BEVUTA!

Obiettivo: analizzare le false credenze sull'alcol.

Descrizione: per questa esercitazione sono necessari alcuni bicchieri trasparenti di diverse grandezze e un liquido colorato (ottenuto sciogliendo, ad esempio, della tempera nell'acqua) e la predisposizione, da parte dell'educatore, di un foglio, uno per ciascun alunno su cui sono segnate, anche graficamente, le esatte quantità relative ad una "bevuta" (Figura 8); per "bevuta" si intende un bicchiere di vino (circa 15 cL), oppure una bottiglia o lattina di birra (33 cL), oppure un bicchierino di liquore (5 cL).

Una volta preparato il materiale, l'educatore inviterà gli studenti, uno alla volta, a riempire i bicchieri per segnalare cosa intendono loro per una singola "bevuta" di vino, di birra, di liquore, dopo di che si darà in mano al singolo il foglio con le giuste quantità affinché il ragazzo si renda conto del risultato (senza però dare la risposta agli altri). Alla fine del giro, quando tutti avranno fatto l'esercizio, l'educatore inviterà i ragazzi a riflettere sulle eventuali differenze tra le quantità di alcolici da loro segnalate e quelle effettive e sulla pericolosità di certe parole come "bicchierino", "bevuta", "bevutina", "gocchetto", ecc. fornendo loro l'esatto quantitativo di alcol presente nei diversi "formati" di presentazione degli alcolici.

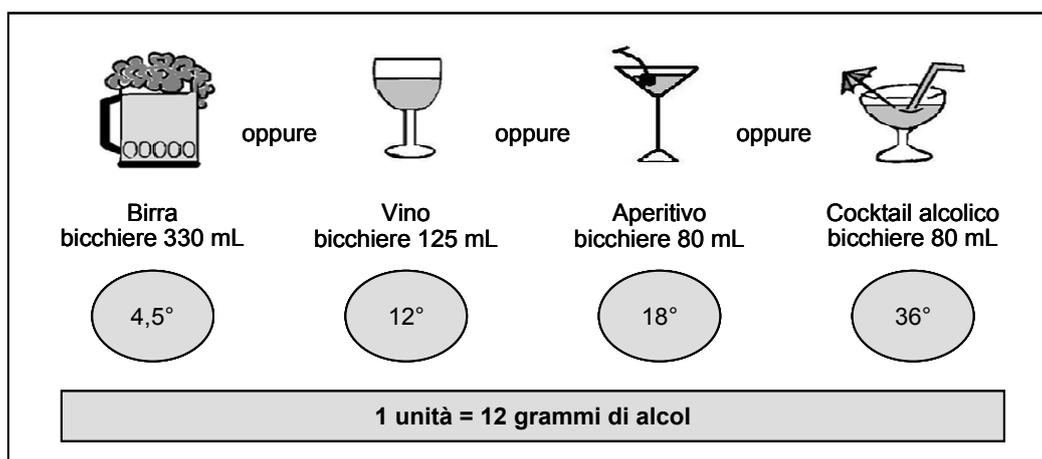


Figura 8. Descrizione delle quantità alcoliche da utilizzare nell'attività 3

Attività normativo-attitudinali

ATTIVITÀ 4: PARLIAMO DI LEGGE

Obiettivo: riflettere sui danni provocati dall'alcol attraverso l'analisi critica delle leggi italiane sugli alcolici.

Descrizione: il materiale necessario per svolgere questo esercizio comprende: alcuni quotidiani e alcune fotocopie con le leggi italiane che trattano di alcolici (età minima per l'acquisto, sanzioni per chi viene trovato alla guida ubriaco, ecc.). L'educatore dividerà la classe in due gruppi: uno avrà le fotocopie con le leggi e l'altro i quotidiani. Il primo gruppo avrà il compito di analizzare criticamente le leggi italiane sugli alcolici (segnando i punti critici, gli aspetti di forza e di debolezza, le cose che mancano, quelle da cambiare, ecc.) e il secondo dovrà trovare, attraverso un'attenta lettura dei quotidiani, le notizie di cronaca, di politica e di costume inerenti l'alcol (dagli incidenti alla pubblicità di vini costosi, ecc.). Dopo un tempo congruo (che può andare dall'ora alle 2-3 ore a seconda dell'età dei ragazzi) l'educatore riunirà i due gruppi e chiederà ai ragazzi di confrontare le rispettive "scoperte" e riflessioni, poi li inviterà a creare una loro "proposta di legge" sugli alcolici che ritengono davvero efficace, come fossero dei parlamentari.

ATTIVITÀ 5: CINEFORUM

Obiettivo: esplorare le reazioni, le impressioni e la mentalità riguardo all'uso e all'abuso di alcol. Attenzione! Questa attività è legata a doppio filo all'attività 6.

Descrizione: l'educatore proietta un intero film (come Thirteen, 28 giorni, ecc.) o spezzoni di film in cui l'abuso di alcol non è il tema centrale (si può attingere a piene mani dalle

commedie giovanili tipo *Come tu mi vuoi*, *Che ne sarà di noi*, ecc.) e poi stimola l'analisi critica e il dibattito tra i ragazzi, evitando atteggiamenti moralistici; chiede loro di confrontare le proprie esperienze, spingendoli a riflettere su cosa avrebbero fatto loro se fossero stati nei panni dei protagonisti delle pellicole.

ATTIVITÀ 6: COME APPARE L'ALCOL

Obiettivo: esplorare le reazioni, le impressioni e la mentalità riguardo all'uso e all'abuso di alcol.

Descrizione: per svolgere questa attività si dovranno raccogliere le più comuni riviste giovanili (si può chiedere ai ragazzi di portarne una ciascuno) e si dovrà richiedere loro di individuare tutte le immagini o notizie che trattino di alcolici: pubblicità, star che bevono o si ubriacano, ecc. L'educatore chiederà poi loro di ritagliare queste immagini o notizie e incollarle su dei poster che comprendano rispettivamente immagini o notizie fuorvianti, accattivanti, poco veritiere sull'alcol e, d'altro canto, immagini o notizie che spingano ad un uso consapevole e moderato di alcolici.

Successivamente chiederà loro di individuare il poster più "pieno" (sarà di norma quello con immagini o notizie negative o pubblicità accattivanti che non tengono conto dei pericoli dell'alcol) e stimolerà la discussione in gruppo su questo risultato, sull'immagine che la pubblicità e la cronaca *glamour* dà dell'alcol, di come loro riescano o meno a difendersi da questi richiami.

Attività per accrescere l'autoefficacia

ATTIVITÀ 7: ROLE PLAYING CON FINALE A SORPRESA

Obiettivo: riflettere sui comportamenti corretti e scorretti legati all'uso e all'abuso di alcol.

Descrizione: l'educatore individuerà tra gli studenti un piccolo gruppo che voglia "recitare" una situazione inerente l'uso di alcol e chiederà agli altri di partecipare come pubblico; fornirà, quindi, agli attori una situazione stimolo il meno specifica possibile (Figura 9).

Andrea ha cambiato scuola e il nuovo gruppo di coetanei pare non accoglierlo favorevolmente. Dopo qualche tempo, finalmente arriva l'invito per un'uscita; si incontrano tutti al bar dove Andrea vede che i suoi compagni bevono molto e senza controllo. Andrea è contrario al bere alcolici perché consapevole dei rischi, cosa farà?

Figura 9. Traccia per il role playing

Chiederà agli attori di recitare la situazione "a braccio" rifacendosi alle proprie esperienze e atteggiamenti, dando loro la massima libertà e alla fine del *role playing* inviterà il pubblico a commentare e riflettere sulle scelte degli attori, sulle battute e sul finale (che sarà sempre una sorpresa!). Se richiesto, si potrà ripetere l'esperienza con un nuovo gruppo di attori o con diverse situazioni stimolo suggerite dai ragazzi.

ATTIVITÀ 8: LEGGERE LE REAZIONI DEL CORPO

Obiettivo: sperimentare le difficoltà di eseguire compiti per i quali è necessaria una buona soglia di attenzione qualora si sia bevuto alcol.

Descrizione: l'educatore predispone un piccolo percorso ad ostacoli (con birilli, cerchi, piccoli ostacoli da aggirare o saltare, ecc.) e chiede a ciascun ragazzo di affrontarlo ma solo dopo aver girato su stesso dapprima per 5'', poi per 10'', poi per 15'' e infine per 20''.

Al termine delle quattro prove ciascun ragazzo avrà sperimentato il senso di ottundimento sensoriale crescente e la relativa incapacità di affrontare lucidamente il percorso. A questo punto l'educatore spiega che l'alcol crea lo stesso ottundimento dei sensi e invita i ragazzi a riflettere sui pericoli di mettersi alla guida di una macchina, di un motorino, di una bici e a svolgere un compito od un lavoro che richiede attenzione in tali condizioni. Infine, propone ai ragazzi degli esercizi di rilassamento corporeo per farli riflettere sul piacere che procura la sensazione di avere un pieno e consapevole rispetto del proprio corpo.

ATTIVITÀ 9: ASCOLTAMI!

Obiettivo: riflettere sul condizionamento e sull'influenza degli amici nell'assumere o rifiutare alcol.

Descrizione: per svolgere questo esercizio l'educatore dividerà gli studenti in coppie poi, a turno, inviterà una coppia a portarsi al centro di un cerchio immaginario formato dai ragazzi e assegnerà (a discrezione dell'educatore) a ciascuno dei due componenti un ruolo: quello del ragazzo che vuole convincere l'amico a bere e quello dell'amico che cerca, di rimando, di convincere l'altro che bere è sbagliato. I componenti della coppia hanno cinque minuti di tempo per "convincersi" a vicenda e si devono sentire liberi (quindi non giudicati) di utilizzare qualsiasi argomentazione. Infine, in gruppo, quando ogni coppia avrà "dibattuto", si inviterà i ragazzi a riflettere su quali argomentazioni hanno ritenuto più forti, su quali caratteristiche hanno portato a resistere il componente della coppia che non beve o a cedere, sulla facilità o meno di dire di no ad una "bevuta" quando si è con amici, sulle emozioni provate a sostenere il ruolo del bevitore, sulle emozioni provate a sostenere il ruolo del ragazzo che non beve.

ATTIVITÀ 10: TUTTI BEVONO: COME, DOVE, QUANDO?

Obiettivo: comprendere le norme che regolano i consumi alcolici tra adolescenti partendo dall'analisi della situazione reale.

Descrizione: l'educatore legge e analizza con i ragazzi il capitolo sull'alcol, poi li suddivide in piccoli gruppi a ciascuno dei quali assegna l'analisi dei dati in relazione ad uno dei seguenti temi:

- differenze nei consumi alcolici tra maschi e femmine
- evoluzione e cambiamenti dei consumi alcolici in funzione dell'età
- abuso alcolico e occasioni sociali.

Al termine del lavoro nei piccoli gruppi, si ricostituisce la classe e un rappresentante per ogni gruppo presenta il resoconto del proprio gruppo e chiede che la classe discuta i propri specifici comportamenti alcol-correlati mettendoli in relazione con quelli riscontrati nei dati della ricerca³.

ATTIVITÀ 11: ALCOL E GUIDA

Obiettivo: descrivere le conseguenze a breve, medio e lungo termine esistenti tra un forte abuso di alcol – tipico ad esempio nel fine settimana – e la guida di auto e motoveicoli.

³ Tratto da Pellai A, Boncinelli S. *Just do it*. Milano: Franco Angeli Editore, 2004.

Descrizione: l'educatore legge insieme alla classe la situazione seguente e chiede ai ragazzi di rispondere alle domande. Al termine propone una discussione utilizzando le risposte stesse.

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 11

Un sabato in compagnia

Luigi è da poco arrivato in città, a causa di un trasferimento per lavoro dei suoi genitori. Frequenta la IV classe dell'Istituto Tecnico per Geometri locale ed è un po' intimorito perché in quella città non conosce nessuno. Anche a scuola i compagni sono stati molto cordiali con lui, ma è facile capire che loro hanno una storia di amicizia e complicità alla quale lui non può avere un accesso così immediato. Per questo è molto contento quando Gianni lo invita ad unirsi a loro per una festa che avrà luogo il sabato successivo nella casa al mare di un amico.

Sabato pomeriggio Gianni lo passa a prendere in auto. La casa dove si svolgerà la festa dista quasi 50 Km. Vi arrivano dopo un'ora. La festa è divertente e Luigi conosce molti nuovi amici, alle 2.00 di notte sale in macchina con altri due compagni per fare rientro a casa e solo allora realizza che Gianni, l'unico in possesso della patente, è molto allegro e probabilmente ha bevuto troppo. Luigi guarda gli altri due compagni, ma nessuno sembra preoccuparsene. Vorrebbe fare qualcosa, ma ha paura di fare la figura del cretino.

- Quali pensieri ha Luigi?
- Cosa dirà Luigi?
- Cosa farà Luigi?
- Se tu ti fossi trovato al posto di Luigi cosa avresti pensato, detto e fatto?
- C'è possibilità che la prossima volta Luigi possa divertirsi con i suoi compagni evitando di trovarsi in una situazione così problematica?
- Cosa potrebbe fare Luigi per evitare che questo episodio si ripeta?

ATTIVITÀ 12: ANALISI DEI MESSAGGI PUBBLICITARI

Obiettivo: analizzare le immagini pubblicitarie relative all'alcol presenti nelle riviste e nei quotidiani al fine di comprendere che le immagini vogliono vendere oltre alla bevanda pubblicizzata anche idee o giudizi sui loro consumatori.

Descrizione: l'educatore reperisce le immagini relative alla pubblicità di diverse bevande alcoliche in riviste di musica, sport e attualità. Invita i ragazzi ad analizzare tali immagini prima singolarmente, poi in piccoli gruppi e infine propone una discussione con tutto il gruppo classe (Figura 10).

Analisi di una rivista

Sfogliate una qualsiasi rivista di moda, sport oppure musica e mettere in evidenza tutti i messaggi e le immagini che direttamente o indirettamente richiamano il consumo di alcol.

Alla luce delle osservazioni che la classe farà, preparate una lettera per il Direttore della rivista in cui esponete il punto di vista e le osservazioni della classe.

Analisi del testo di una canzone

Proponete alla classe il testo di una canzone in cui le pulsioni trasgressive siano particolarmente "magnificate" e in cui esiste uno specifico riferimento a bevande alcoliche.

Discutete con la classe i messaggi espliciti e impliciti che ne derivano (esempio "Vita spericolata" V. Rossi).

Figura 10. Traccia di lavoro per l'attività 12

Attenzione! È importante che nel corso di questo esercizio non si usi un “approccio moralistico” che condanna la canzone e il suo autore. È invece fondamentale che i ragazzi possano prendere contatto con il bisogno di trasgressione evidenziato dalle canzoni e discuterlo all’interno del gruppo dei pari. Può essere quindi utile discutere sul ruolo che la musica e la “cultura musicale” in genere (video musicali, giornali di settore, concerti sponsorizzati da aziende produttrici di birre e liquori) possono avere nel normalizzare comportamenti ad alto rischio.

ATTIVITÀ 13: ALCOLISTI ANONIMI

Obiettivo: promuovere una riflessione inerente i fattori che incidono sull’abuso di alcolici.

Descrizione: l’insegnante inviterà una parte della classe a sedersi in cerchio al fine di simulare un incontro della società “Alcolisti Anonimi” in cui i ragazzi interpretano il ruolo di giovani alcolizzati che stanno cercando di uscire dalla dipendenza. Il ruolo dell’educatore sarà quello di monitorare la loro conversazione in qualità di psicoterapeuta supervisore del gruppo. Nel corso dell’interazione egli stimolerà il gruppo a parlare delle proprie esperienze, dei propri stati emotivi e delle proprie aspettative. Al termine della conversazione verrà chiesto al resto della classe (che ha assistito come pubblico) di commentare e riflettere su ciò che è emerso dalla simulazione.

TRACCIA PER L’INSEGNANTE PER SVOLGERE L’ATTIVITÀ 13

Durante la *simulazione*, l’educatore deve stimolare la creatività dei ragazzi che, simulando di essere alcolisti, devono trattare i seguenti argomenti:

- come si è arrivati ad essere alcol dipendenti
- le motivazioni che hanno portato alla dipendenza
- racconto di alcuni episodi (come la prima ubriacatura)
- le reazioni del proprio corpo di fronte all’astinenza
- come i soggetti pensano di uscire dalla dipendenza

Durante la *discussione collettiva*, l’educatore deve stimolare la riflessione su:

- il confronto delle varie storie e delle varie emozioni legate alla dipendenza
- possibili consigli da offrire a coloro che hanno simulato la conversazione
- alcuni aspetti che hanno maggiormente colpito

Bibliografia

- Alesci NL, Forster JL, Blaine, T. Smoking visibility, perceived acceptability, and frequency in various locations among youth and adults. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory* 2003;36(3):272-81.
- Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective*. Institute of Alcohol Studies. UK June 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf (ultima consultazione 30/09/2008).
- Bailey JA, Hill KG, Oesterle S, Hawkins JD. Linking substance use and problem behavior across three generations. *Journal of abnormal child psychology* 2006;34(3):273-92.
- Baker CW, Little TD, Brownell KD. Predicting adolescent eating and activity behaviors: The role of social norms and personal agency. *Health Psychology* 2003;22(2):189-98.
- Baker TB, Brandon TH, Chassin L. Motivational influences on cigarette smoking. *Annual Review of Psychology* 2004;55:463-91.
- Bartoli G, Patussi V, Rossi A, Scafato E. Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca “Drinkless”. *Rivista SIMG* 2001;4.

- Beck KH et al. Teen driving risk: the promise of parental influence and public policy. *Health education & behavior* 2002;29(1):73.
- Becoña E, Míguez MC. Anxiety and tobacco consumption in children and adolescents. *Adicciones* 2004;16(2):91-6.
- Best D, Manning V, Gossop M, Gross S, Strang J. Excessive drinking and other problem behaviours among 14-16 year old schoolchildren. *Addictive Behaviors* 2006;31(8):1424-35.
- Blitstein JL, Robinson LA, Murray DM, Klesges RC, Zbikowski SM. Rapid progression to regular cigarette smoking among nonsmoking adolescents: Interactions with gender and ethnicity. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory* 2003;36(4):455-63.
- Botvin GJ, Griffin KW. Life skills training: Empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention* 2004;25(2):211-32.
- Bowlby J. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina; 1989.
- Boyd CJ, McCabe, S. E., & Teter, C. J. Medical and nonmedical use of prescription pain medication by youth in a detroit-area public school district. *Drug and alcohol dependence* 2006;81(1):37-45.
- Caputo F, Lorenzini F, Vignoli T, Scafato E, Trevisani F. Epidemiologia dei consumi e dei problemi alcol-correlati. In: Trevisani F, Caputo F, (Ed.). *Alcolismo*. Bologna: CLUEB; 2005. p.27-35.
- Comunità Europea, Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. Relazione annuale 2003: Evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea ed in Norvegia. ISBN 92-9168-161-X. Disponibile all'indirizzo: http://bookshop.europa.eu/eubookshop/download.action?fileName=TDAC04001ITC_002.pdf&eubphfUid=153445&catalogNbr=TD-AC-04-001-EN-C; ultima consultazione 26/08/2009.
- Disponibile all'indirizzo: www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf; ultima consultazione 14/04/2009.
- Duhig AM, Cavallo DA., McKee SA, George TP, Krishnan-Sarin S. Daily patterns of alcohol, cigarette, and marijuana use in adolescent smokers and nonsmokers. *Addictive Behaviors* 2005;30(2):271-83.
- European Alcohol Action Plan. 2000-2005. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2000.
- European Alcohol Action Plan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1993.
- European Charter on Alcohol, European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, France, 12-14 December 1995. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1995.
- Foshee VA, Ennett ST, Bauman KE, Granger DA, Benefield T, Suchindran C. et al. A test of biosocial models of adolescent cigarette and alcohol involvement. *Journal of Early Adolescence* 2007;27(1):4-39.
- Friedman RA. The changing face of teenage drug abuse--the trend toward prescription drugs. *New England Journal of Medicine* 2006;354(14):1448-50.
- Gargiulo L, Bologna E, Adamo D. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Statistiche in breve*. Roma: ISTAT; 2006.
- Getz JG, Bray JH. Predicting heavy alcohol use among adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry* 2005;75(1):102-16.
- Gil AG, Wagner EF, Tubman JG. Associations between early adolescent substance use and subsequent young-adult substance use disorders and psychiatric disorders among a multiethnic male sample in south Florida. *American Journal of Public Health*, 2004;94(9):1603-9.
- Guarino A, Serantoni G, Vitiello A, Lopez E. L'esigenza di indagine degli atteggiamenti nella rilevazione epidemiologica: presentazione del Q.C.R. - forma 14-18 anni (Questionario d'Indagine sui Comportamenti a Rischio). In: Cicognani E, Palestini L. (Ed.). *Promuovere benessere con persone gruppi comunità*. Cesena: Il Ponte Vecchio; 2006; p. 338.
- Guarino A, Serantoni G, Vitiello A. Modelli teorici e metodi di indagine del rischio in preadolescenza: il Q.C.R. "Questionario d'indagine sui Comportamenti a Rischio". In: Fantone G, Crespina M (Ed.) *Dall'educazione alla salute all'educazione alla solidarietà: esperienze a confronto e prospettive future*. Roma: MIUR, Ufficio Scolastico regionale del Lazio; 2005; pp. 111-129.

- Guarino A. *Fondamenti di Educazione alla Salute. Teorie e tecniche per l'intervento psicologico in adolescenza*. Milano: Franco Angeli; 2007.
- Guarino A., Serantoni G, Vitiello A, Lopez E. Il tempo del rischio nello sviluppo: la Prospettiva Temporale come fattore di rischio e di protezione negli stili di vita e nei comportamenti a rischio dei preadolescenti. In: D'Alessio M, Laghi F (Ed.) *La preadolescenza: identità in transizione tra rischi e risorse*. Padova: Piccin; 2006; 151-170.
- Hampson SE, Andrews JA, Barckley M, Severson HH. Personality predictors of the development of elementary school children's intentions to drink alcohol: The mediating effects of attitudes and subjective norms. *Psychology of Addictive Behaviors* 2006;20(3):288-97.
- Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and health: A longitudinal birth cohort study. *Lancet* 2004;364(9430):257-62.
- Henry KL, Swaim RC, Slater MD. Intraindividual variability of school bonding and adolescents' beliefs about the effect of substance use on future aspirations. *Prevention Science* 2005;6(2):101-12.
- Hingson RW, Assailly J, Williams AF. Underage drinking: Frequency, consequences, and interventions. *Traffic injury prevention* 2004;5(3):228-36.
- Hoffman BR, Sussman S, Unger JB, Valente T W. Peer influences on adolescent cigarette smoking: A theoretical review of the literature. *Substance use & misuse* 2006;41(1):103-55.
- Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana*. Roma: Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione; 2003.
- Korn ME, Maggs JL. Why drink less?: Diffidence, self-presentation styles, and alcohol use among university students. *Journal of Youth and Adolescence* 2004;33(3):201-11.
- Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. 'I drink spirits to get drunk and block out my problems...' beverage preference, drinking motives and alcohol use in adolescence. *Alcohol and Alcoholism* 2006;41(5):566-73.
- Kuperman S, Chan G, Kramer JR, Bierut L, Bucholz KK, Fox L. et al. Relationship of age of first drink to child behavioral problems and family psychopathology. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2005;29(10):1869-76.
- Masterman PW, Kelly AB. Reaching adolescents who drink harmfully: Fitting intervention to developmental reality. *Journal of substance abuse treatment* 2003;24(4):347-55.
- Mayzer R. First alcohol use and the development of antisocial behavior problems from preschool through early adolescence. (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2005;65(9):4873.
- McGee R, Williams S, Reeder AI. Adolescent nicotine use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2003;42(3):265.
- Ministero della salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Napoli M, Marsiglia FF, Kulis S. Sense of belonging in school as a protective factor against drug abuse among native american urban adolescents. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 2003;3(2):25-41.
- Nishimura ST, Hishinuma ES, Else RN, Goebert DA, Andrade NN. Ethnicity and adolescent substance use. *Cultural diversity & ethnic minority psychology* 2005;11(3):239-58.
- Nolen-Hoeksema, S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical psychology review* 2004;24(8):981-1010.
- Perrine NE, Aloise-Young PA. The role of self-monitoring in adolescents' susceptibility to passive peer pressure. *Personality and Individual Differences* 2004;37(8):1701-16.
- Pietrantonio L. *La Psicologia della Salute*. Roma: Carocci; 2001.
- Rehn N, Room R, Edwards G. Alcohol in the European Region - consumption, harm and policies. WHO, Europe; 2001. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/document/E76240.pdf>; ultima consultazione 26/08/2009.
- Scafato E. Alcohol as a health target in public policy: the Italian perspective. International Ministerial Conference on Young People and Alcohol. February 2001. WHO EUR/00/5020274 /01681.

- Scafato E. Alcohol as part of regional, Italian and European healthcare plans. The rationale behind the goal-oriented, evidence-based preventive approach. *Alcologia* 2001;13(1):3-10.
- Scafato E. Epidemiologia alcolica. In: Cerbini C, Biagianni C, Travaglini M, Dimauro PE. (Ed.). *Alcologia oggi. Nuove tendenze tra clinica ed ecologia*. Milano: FrancoAngeli; 2003. 13-17.
- Scafato E. Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(1):25-33.
- Scafato E. From alcopops to alcohol policy: reacting to threats to health of young people in Europe. Atti Convegno European Symposium on Community Action to prevent Alcohol Problems. Rua Alvaro Rodrigues, Porto 18 novembre 1999.
- Scafato E. Il monitoraggio della salute nell'Unione Europea. *Salute e Territorio* 2004;145:211-4.
- Scafato E. Il progetto "Health 21". *Salute e Territorio* 1999;114:96-101-7.
- Scafato E. L'alcol nella programmazione sanitaria europea, italiana e regionale. Il razionale dell'approccio preventivo per obiettivi e strategie basate sull'evidenza. *Alcologia, European Journal on Alcohol studies* 2001;1(suppl. 13):5-16.
- Scafato E. L'identificazione di nuovi obiettivi di salute e di nuove politiche rivolte alla prevenzione dei rischi alcol-correlati dei giovani in Europa. *European Journal on Alcohol Studies*, 2000;1:2-11.
- Scafato E. La promozione della salute in Italia. *Salute e Territorio* 1999;114:113-4.
- Scafato E. La sanità del Duemila. L'Italia e lo standard europeo. *Salute e Territorio* 1998;XIX(6):225-31.
- Scafato E. Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people. *European Journal on Alcohol Studies*, 2000;1:3-12.
- Scafato E, Allamani A, Patussi V *et al.* In: Heather N (Ed.) WHO Collaborative Project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. *Report on phase IV. Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care*. Geneva: WHO; 2006. 145-171. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf; ultima consultazione 26/8/2009.
- Scafato E, Cicogna F. I consumi alcolici in Italia ed Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del Progetto O.M.S. "Health for All". *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo* 1998;XXI(1):11-20.
- Scafato E, Cicogna F. Implementation of the European Alcohol Action Plan. Italian perspectives on alcohol issues for the twenty-first century. *Alcologia - European Journal of Alcohol studies* 1998;X(1-2):72-4.
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Martire S. L'abuso dell'alcol tra i giovani: analisi dei determinanti e dei fattori di rischio. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2007;20(10):11-5.
- Scafato E, Ghirini S, Russo R. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2004*. Osservatorio Nazionale Salute Regioni Italiane 2004;57-59.
- Scafato E, Ghirini S, Russo R. L'influenza dei comportamenti familiari sul consumo di alcol. Istituto Superiore di Sanità. Roma; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/Scafato_Apd06a.pdf; ultima consultazione 11/9/2009.
- Scafato E, Ghirini S, Russo R, Mattioli D, Carosi G, Di Pasquale L. *et al.* Alcol Prevention Day. L'analisi dell'Osservatorio Nazionale Alcol-OssFAD sui consumi alcolici in Italia. *Not Ist Super Sanità* 2004;17(5):11-5.
- Scafato E, Massari M. Il consumo di bevande alcoliche: generazioni a confronto. In: Sabbadini LL, Costa G. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*. Atti del Convegno. Roma, 10-12 settembre 2002. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2004.
- Scafato E, Robledo de Dios T. Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young? *Alcologia - European Journal of Alcohol studies* 1998;X(1-2):5-9.
- Scafato E, Russo R, Ghirini S, Parisi N. I consumi alcolici e il rischio alcol-correlato nella popolazione. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2005. (Rapporto Osservasalute 2005).

- Scafato E, Zuccaro P, Russo R, Bartoli G. Alcohol, health and policy: the Italian perspective. *Alcolologia* 2001;13(1):21-5.
- Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, Scafato E. Gruppo di ricerca PRISMA. Identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo* 2006;29(1-2):1-6.
- Taggi F, Di Cristofaro Longo G. *I dati sociosanitari della sicurezza Stradale (ProgettoDatis)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità 2001. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/sicu/cont/Indice%20e%20Presentazione.1115126514.pdf>; ultima consultazione 26/8/2009.
- Tani F, Detti I. Le relazioni sentimentali e i legami di apprendimento. *Infanzia e Adolescenza* 2006;5:179-89.
- Taylor JE, Conard MW, O'Byrne KK, Haddock CK, Poston WSC. Saturation of tobacco smoking models and risk of alcohol and tobacco use among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2004;35(3):190-6.
- Taylor KW, Kliewer W. Violence exposure and early adolescent alcohol use: An exploratory study of family risk and protective factors. *Journal of Child and Family Studies* 2006;15(2):207-21.
- Turner KM., Gordon J, Young R. Cigarette access and pupil smoking rates: A circular relationship? *Health promotion international* 2004;19(4):428-36.
- Wills TA, Walker C, Mendoza D, Ainette MG. Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychology of Addictive Behaviors* 2006;20(3):265-78.
- World Health Organization. *Targets for health for all. Targets in support of the European regional strategy for health for all*. Copenhagen: WHO, Regional Office of Europe; 1985.
- Zaza S, Lawrence RS, Mahan CS, Fullilove M, Fleming D, Isham GJ, Pappaioanou M. Prevenzione delle lesioni a carico dei passeggeri di veicoli a motore: strategie volte a incrementare l'uso delle cinture di sicurezza e dei seggiolini in auto per bambini e a ridurre la guida in stato di ebbrezza. *Epidemiologia e Prevenzione*. 2002;26(suppl. 4). Disponibile all'indirizzo: www.epicentro.iss.it/ebp/pdf/Sup.%20capitolo%2084.pdf; (ultima consultazione 26/08/2009).

Siti di utile consultazione

- Centers for Disease Control and Prevention. Motor vehicle-related injuries.
<http://www.cdc.gov/health/motor.htm>
- European Alcohol Action Plan 2000–2005.
<http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>
- European Charter on Alcohol adopted at the European Conference on Health, Society and Alcohol. Paris, 12-14 December 1995.
http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf
- SIMG (Società Italiana di Medicina Generale).
<http://www.simg.it/documenti/rivista/2001/numero4/3.pdf>
- ISTAT Statistiche in breve. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005.
http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Alcol_Istat.pdf
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Presentazione.
<http://www.ministerosalute.it/psn/psnHome.jsp>
- ISS Sistema nazionale per le linee guida (SNLG).
<http://www.pnlg.it/>
- Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze.
- Evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia
<http://www.unicri.it/wwk/publications/dacp/legislation/drugs/sdr%202004%2034%20emcdda%20relazione%20annuale%20oedt%202003.pdf>
- ISS Sicurezza Stradale
<http://www.iss.it/stra/>

PREVENZIONE DEL TABAGISMO

Alberto Pellai

Dipartimento di Sanità Pubblica, Microbiologia, Virologia, Università degli Studi di Milano

Razionale e linee guida per la prevenzione in ambito scolastico

Aspetti epidemiologici dei comportamenti tabacco-correlati

Il fumo di sigaretta rimane un problema importante, di primario interesse e considerato come la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile. I dati riguardanti il fenomeno fumo di sigaretta non sono incoraggianti, nella popolazione mondiale esistono un miliardo e centomila fumatori, in Europa duecentotrenta milioni fumatori, circa il 30% della popolazione totale. In Italia i fumatori, dai 14 anni in poi, sono il 22,3% della popolazione totale, il 28,5% dei maschi e il 16,6% delle femmine. Negli ultimi anni la percentuale dei fumatori è andata diminuendo, infatti nel 1980 i fumatori erano il 34,9%, il 54,3% degli uomini fumava contro il 16,7% delle donne; questo vuol dire che in 15 anni la popolazione di sesso maschile che fuma si è quasi dimezzata, invece quella delle donne si è stabilizzata, senza evidenziare una diminuzione. Il numero medio di sigarette fumate al giorno è pari a 14,8 (16,2 per gli uomini e 12,4 per le donne), il 37,1% dei fumatori ne fuma 20 o più al giorno e per questo viene classificato come forte fumatore. Fumano con maggiore frequenza le persone in condizioni socio-economiche meno favorevoli, questo è vero per gli uomini in tutte le classi di età, nelle donne in tutte le classi di età tranne in quelle di sessanta anni o più, in cui sono le più istruite a far uso maggiormente di sigarette. L'età media in cui si inizia a fumare è 17,6 anni per gli uomini e 19,5 per le donne, anche se il 6% dei maschi e il 3,7% delle femmine ha iniziato a fumare prima dei 14 anni (inizio precoce), il 44,8% dei fumatori ha iniziato tra i 14 e 17 anni e il 37,3% tra i 18 e i 21 anni. La distribuzione geografica dei fumatori indica una maggiore percentuale di fumatori in Italia Centrale, a seguire, il Nord-Ovest, le Isole, il Nord-Est e in ultimo il Sud; comunque in ogni zona d'Italia ci sono più fumatori nelle aree urbane. Un fumatore su cinque ha cercato di smettere negli ultimi dodici mesi, più frequentemente nel Nord-Est e più frequentemente le persone che fumano meno di 10 sigarette al dì rispetto ai forti fumatori (20 sigarette o più). I motivi che inducono a smettere sono i più vari, i motivi di salute, la maggiore consapevolezza dei danni del fumo sulla salute, il non volere essere schiavo di un vizio, il risparmio economico, il divieto di fumo e la raccomandazione di un medico sono quelli più importanti.

I ragazzi fumatori che hanno dai 15 ai 24 anni dal 2001 al 2005 sono diminuiti dal 37,6% al 28,2%, le ragazze dal 30,4% al 21%, con un arresto di diminuzione dal 2003 al 2005 (20,7%-21%), questo vuol dire che ci sono meno ragazze che iniziano a fumare, anche se la curva delle donne che fumano è rimasto invariato per la minore diminuzione delle donne nella fascia d'età tra i 25 e i 44 anni (dal 33,5% nel 2003 al 31,1% nel 2005) e per l'aumento delle donne fumatrici tra i 45 e i 60 anni (dal 21,6% al 24,5%).

Uno studio che ha coinvolto più di tremila studenti delle scuole superiori di tre ASL della Lombardia (Città di Milano e ASL 1 Provincia di Milano, ASL Lodi) ha evidenziato che il 68,1% dei ragazzi e il 71,3 % delle ragazze dichiarano di aver già sperimentato il fumo, l'età dell'iniziazione al fumo di sigaretta ricade principalmente tra i 13 e 14 anni, il ricorso alla

sigaretta è stato quotidiano, nell'ultimo mese, per il 15,3% del totale dei ragazzi e per il 17,7% delle ragazze e tra coloro che hanno fumato almeno una volta nell'ultimo mese, la maggior parte si colloca nella fascia di 2-5 sigarette al giorno (il 13,0 % dei ragazzi e il 12,8% delle ragazze).

Dati del Sistema di Sorveglianza della Lombardia della ASL 2 di Milano riguardanti un campione rappresentativo di studenti di seconda e di quinta classe delle scuole secondarie di secondo grado, indicano che il 24% dei ragazzi della seconda classe dichiarano di fumare e di questi il 59% dice di fumare quotidianamente, che il 25,7% degli studenti della quinta classe dice di fumare e di questi il 65% dichiara di farlo quotidianamente.

I danni alla salute procurati dal fumo sono numerosi e conosciuti ormai dalla maggioranza dei fumatori, anche se a volte le conoscenze relative a questo argomento sono sopravvalutate, infatti da uno studio effettuato a livello nazionale emerge che quasi la metà del campione di ragazzi delle scuole secondarie di secondo grado ritiene basso il rischio per la salute legato al fumo di sigaretta. Il fumo di sigaretta è una causa certa oltre che del tumore al polmone, anche di altri tumori come quelli dell'esofago, della faringe, della cavità orale, delle cavità nasali, dello stomaco, del fegato e del rene. E' il maggiore fattore di rischio ambientale per lo sviluppo di broncopneumopatie croniche ostruttive, è associato allo sviluppo di patologie cardiovascolari e di patologie dell'apparato riproduttivo.

I tumori al polmone sono attribuibili al fumo nel 90% dei casi e sono proporzionali alla durata dell'esposizione al fumo e al numero delle sigarette fumate. I casi di enfisema sono per il 90% dei casi causati dal fumo di sigaretta e il rischio di contrarre patologie polmonari acute è aumentato nei fumatori. Il fumo accresce il rischio di patologie cardiovascolari, è uno dei fattori che interagiscono nello sviluppo delle patologie vascolari, il rischio di morte per patologie cardiovascolari è 1,6 volte maggiore nei fumatori e 1,9 nei grandi fumatori. Il fumo di sigaretta oltre a provocare danni ai fumatori attivi provoca danni ai fumatori passivi, cioè coloro che vivono o soggiornano in luoghi in cui è presente fumo di sigaretta. I danni del fumo passivo sono sovrapponibili a quelli del fumo attivo, l'esposizione aumenta il rischio di tumori al polmone in relazione agli anni di esposizione e al numero di sigarette fumate dal convivente fumatore; aumenta il rischio cardiovascolare che però non aumenta proporzionalmente all'entità e alla durata dell'esposizione, ma l'esposizione di lieve entità ha un effetto importante e ulteriori esposizioni hanno effetti aggiuntivi relativamente modesti. Il fumo passivo contribuisce in modo significativo allo sviluppo di broncopneumopatie croniche ostruttive negli adulti non fumatori e nei bambini, figli di madri fumatrici, è aumentato il rischio di sviluppare malattie delle basse vie respiratorie, otiti medie acute e croniche. Il fumo in gravidanza è correlato con un basso peso alla nascita del neonato, aborto spontaneo, nascita prematura, sindrome della morte improvvisa del lattante.

Un'efficace metodologia per la tutela dei non fumatori è il divieto di fumo, entrato in vigore dal 10 gennaio 2005 in Italia, in tutti i locali pubblici e negli ambienti di lavoro ad eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico e di quelli riservati ai fumatori, che devono essere contrassegnati e dotati di impianti per la ventilazione e il ricambio di aria regolarmente funzionanti. Molti studi hanno cercato di dimostrare se questo divieto abbia influenzato anche i fumatori. Dai dati dell'indagine Multiscopo eseguita a dicembre del 2004 e a distanza di tre mesi si evidenzia che per gli uomini non ci sono variazioni statisticamente significative, per le donne, invece, c'è stata una diminuzione della percentuale delle fumatrici dal 17,4% nel dicembre 2004 al 15,8% del marzo 2005, sono inoltre aumentate le persone che hanno cercato di smettere di fumare, dal 19,7% del dicembre al 23,6% del marzo. Secondo un altro studio effettuato in 123 ASL italiane, dall'entrata in vigore della legge, l'8% di coloro che hanno smesso di fumare dichiara che l'entrata in vigore della legge è stato il fattore determinante per la propria scelta, il 9% dichiara che è stato uno dei fattori determinanti. Questo evidenzerebbe un effetto anche sui fumatori, certo è che questi dati sono parziali e interessano un periodo troppo

breve di osservazione, quindi bisognerà aspettare per evidenziare gli effetti a lungo termine (un obiettivo prioritario dell'OMS è il ridurre il numero di fumatori nel mondo, un obiettivo per il 2020 è quello di ridurre i danni provocati da alcol, droga e tabacco e di far adottare stili di vita più sani a tutta la popolazione).

Per contrastare il tabagismo sono prioritari la prevenzione del fumo tra i giovani, la tutela dal fumo passivo e il supporto alla disassuefazione; per lo sviluppo dei programmi di prevenzione è importante e prioritario il ruolo della scuola, vista la sua valenza formativa verso le classi di popolazione più giovani. La prima sperimentazione avviene con più frequenza tra i 13 e i 14 anni, questo vuol dire partire con programmi di prevenzione già dagli ultimi anni delle scuole primarie o ancora più precocemente. La scuola è il luogo dove si possono attuare progetti di educazione sanitaria, aiutando i ragazzi ad essere consapevoli dei danni provocati dal fumo a lungo termine ma soprattutto evitando che il fumo di sigaretta diventi un'abitudine. La dipendenza fisica dal fumo di sigaretta, infatti, s'instaura in tempi variabili tra i tre e i cinque anni dalla prima sperimentazione, questo vuol dire che dopo questo periodo smettere di fumare diventa molto più difficile. L'importanza della prevenzione a scuola quindi non sta nel prevenire la sperimentazione che fa parte dell'età adolescenziale, ma piuttosto l'uso abituale della sigaretta. Il ruolo della sigaretta, la capacità che ha di far sentire l'adolescente appartenente ad un gruppo di suoi pari, al mondo adulto, dovrebbe essere alla base di tutti gli interventi attuati nella scuola. La consapevolezza che il fumo induca una dipendenza come altre sostanze e che smettere di fumare diventi sempre più difficile con il passare degli anni è un messaggio molto importante da trasmettere ai ragazzi.

Valutare l'efficacia degli interventi preventivi nelle scuole è molto difficile, soprattutto perché gli effetti degli interventi dovrebbero essere valutati a lungo termine e non solo a breve termine. Negli anni è stata dimostrata l'importanza del ruolo degli insegnanti nei percorsi di educazione sanitaria, l'operatore sanitario che entri in una classe per un intervento isolato non ha più senso, è l'insegnante che deve, con l'aiuto degli operatori sanitari, fare educazione sanitaria ai propri alunni. È stata dimostrata l'inefficacia di interventi basati solo sulla trasmissione di informazioni a favore di programmi finalizzati a fare acquisire la capacità di fare fronte alle pressioni sociali e a far adottare un comportamento libero dal fumo. L'educazione sanitaria non dovrebbe essere affrontata solo saltuariamente ma dovrebbe esserci un processo d'integrazione a livello dei programmi scolastici dalla scuola primaria in poi, facendo in modo che ci sia una continua azione di rinforzo sui ragazzi, che dovrebbero partecipare attivamente alle diverse fasi dei progetti. La scuola dovrebbe creare un ambiente libero dal fumo ed essere promotrice di salute in senso lato, coinvolgendo in questo le famiglie dei ragazzi e altri membri della comunità. La prevenzione del fumo di sigaretta dovrebbe essere uno dei campi di azione di una scuola che promuove la salute, il cui l'obiettivo finale è creare un ambiente di vita e di lavoro favorevole alla salute di studenti, insegnanti, genitori e comunità.

Necessità di interventi precoci per la popolazione giovanile

I programmi scolastici per la prevenzione del tabagismo possono davvero contribuire in modo sostanziale al miglioramento dello stato di salute delle generazioni future. La scuola costituisce, infatti, un setting ideale per questo tipo di interventi. Così come dimostrato da molte ricerche valutative indipendenti, i più efficaci programmi preventivi sembrano essere quelli che pongono un'enfasi particolare sull'apprendimento di competenze e capacità, più che di conoscenze. I programmi più efficaci sono quelli che vengono somministrati alla popolazione target prima che inizi a fare uso di tabacco o che abbandoni la scuola. In effetti, le ricerche epidemiologiche dimostrano che il comportamento del fumo è più frequentemente rilevabile nei drop out rispetto a chi, invece, riesce a terminare il ciclo di studi superiori. In realtà, siccome

molti giovani cominciano a fumare tra i 14 e i 19 anni, tali programmi preventivi devono essere implementati con modalità continuative in tutti gli anni della scuola superiore. Inoltre, essendo l'abitudine al fumo più frequentemente associata ad altri comportamenti (quali fumo di marijuana, consumo di alcol) che costituiscono un rischio per salute della persona, la promozione di interventi preventivi per il tabagismo potrebbe anche avere un impatto trasversale positivo nel contenimento di altri fattori, che pure hanno elevata prevalenza e incidenza in età adolescenziale.

Tutti questi elementi ci devono motivare e guidare nell'attività di programmazione degli interventi preventivi. Altri fattori vanno poi tenuti in considerazione, sappiamo, infatti, che relativamente alla popolazione degli adolescenti:

- a) l'iniziazione e lo sviluppo dell'abitudine al fumo progredisce secondo una sequenza solitamente composta di 5 fasi: (1) lo sviluppo di credenze e attitudini relative al tabacco; (2) la sperimentazione con finalità di prova; (3) l'adozione del comportamento a breve termine; (4) uso regolare; (5) dipendenza. Il passaggio dalla fase 1 alla fase 5 solitamente avviene in 3 anni
- b) i fattori socio-demografici associati con l'inizio dell'uso e del consumo di tabacco sembrano essere quelli rilevabili più frequentemente in adolescenti appartenenti a famiglie con basso livello socio-economico
- c) i fattori di rischio ambientale associati con il consumo di tabacco includono l'accessibilità e la disponibilità sul mercato corrente di prodotti a base di tabacco, la percezione che gli adolescenti hanno relativamente all'accettazione del tabacco nel contesto sociale di vita, utilizzo e approvazione dell'utilizzo da parte dei propri coetanei o altri significativi, mancanza di supporto e coinvolgimento diretto dei genitori nel processo di crescita dell'adolescente e nei momenti di crisi che questo comporta
- d) i fattori di rischio comportamentale correlati all'utilizzo del tabacco includono un basso livello di scolarità e di profitto scolastico, la mancanza delle capacità necessarie a resistere all'influenza sociale che può spingere a fumare e la già avvenuta sperimentazione di un qualsiasi prodotto a base di tabacco
- e) i fattori di rischio personali correlati all'utilizzo del tabacco includono una povera immagine di sé e un basso livello di autostima rispetto alla media tipica per la fascia d'età considerata, la credenza che l'uso del tabacco può essere utile e la mancanza di autoefficacia relativa alla propria capacità di rifiutare l'offerta, da parte di altri, di prodotti a base di tabacco

In tutto ciò sta il rationale per intervenire in modo mirato sulla popolazione adolescenziale.

Principali strategie d'intervento

Vengono qui presentati alcuni degli interventi più importanti finalizzati alla riduzione della prevalenza del tabagismo nella popolazione generale e giovanile.

Campagne informative ed educative

I problemi di natura socio-sanitaria richiedono un alto livello di consapevolezza pubblica affinché, poi, gli interventi di natura preventiva possano risultare efficaci e contare sul sostegno di tutte le forze e agenzie presenti nel contesto sociale di riferimento. Molte volte, infatti, prima di lanciare qualsiasi campagna od intervento di carattere nazionale, in Sanità Pubblica si ricorre

ad indagini mirate a rilevare il livello di consapevolezza pubblica (public awareness) relativamente al problema in esame.

Le campagne informative ed educative, in realtà, giocano un ruolo fondamentale nella promozione e diffusione di messaggi di natura preventiva. Il loro obiettivo è generalmente quello di creare conoscenza e consapevolezza e di portare la popolazione da uno stadio di pre-contemplazione a uno stadio di contemplazione del problema in questione, secondo il modello delle fasi di cambiamento comportamentale elaborata da Prochaska e Di Clemente (manca il riferimento bibliografico). Infatti, soltanto quando una persona è arrivata a contemplare la problematicità connessa ad un determinato fenomeno o comportamento, riuscirà a decidere di voler intraprendere scelte comportamentali a sostegno della propria salute che saranno acquisite dapprima con modalità a breve termine e quindi, attraverso una sequenza di ricadute e recidive, a lungo termine. Per esempio, attualmente le campagne informative ed educative di carattere nazionale sembrano avere prodotto una drastica modificazione del tasso di incidenza dell'infezione da HIV nella nostra popolazione. Relativamente al tabacco, probabilmente la massima efficacia da questo tipo di intervento è già stata ottenuta negli anni '60 e '70, quando i mass media hanno abbondantemente diffuso messaggi relativi ai danni sulla salute prodotti dal fumo, determinando una pesante inversione di tendenza nel consumo di tabacco, che è andata via via stabilizzandosi negli anni '80, lasciando, in questo modo, intuire, che l'efficacia di tali campagne oggi è alquanto opinabile. Probabilmente le campagne informative ed educative potenzialmente possono ancora svolgere un ruolo complementare ma significativo quando vengono utilizzate per sostenere programmi comunitari che direttamente prevedono un coinvolgimento personale della popolazione target. Un altro possibile ruolo delle campagne potrebbe esistere laddove esse vengano specificamente formulate per determinati sottogruppi della popolazione generale, per i quali, perciò, sarebbe possibile elaborare messaggi altamente specifici con utilizzo di linguaggi e codici che verrebbero opportunamente selezionati per il gruppo target in oggetto.

Regolamentazione della pubblicità e dei messaggi promozionali per il fumo

L'importanza di controllare qualsiasi tipo di messaggio che l'industria del tabacco potrebbe produrre e promuovere per favorire la vendita e il consumo dei propri prodotti non può assolutamente essere sottovalutata. Ciò diviene facilmente comprensibile se si analizza cos'è successo negli Stati Uniti durante gli anni '50 e '60, quando la maggior parte degli sforzi preventivi venne fatta per promuovere interventi diretti agli adolescenti, ma quasi nulla venne fatto per contrastare gli sforzi promozionali delle multinazionali del fumo. Nei messaggi pubblicitari di allora il target principale era costituito dai sottogruppi della popolazione femminile, ispanica e di colore, presenti nella popolazione generale. Tali sottogruppi, tra l'altro, sembrano essere quelli che oggi contribuiscono maggiormente a caratterizzare la composizione della popolazione dei fumatori negli Stati Uniti.

In Italia la pubblicità di prodotti a base di tabacco è vietata per legge. L'industria del tabacco ha, però, inventato subdoli metodi per aggirare questa legge, divenendo sponsor ufficiale di manifestazioni a carattere culturale o sportivo o abbinando il proprio nome a prestigiose linee di abbigliamento e favorendo in questo modo un'esplicita circolazione dei vari marchi di produzione, addirittura promuovendo tali prodotti al livello di status symbol.

L'unico intervento per poter contrastare questa inarrestabile ondata di messaggi più o meno subliminali che ci travolge è una regolamentazione più severa ed, eventualmente, attività scolastiche che insegnino ai ragazzi a prendere coscienza della tipologia dei messaggi di natura esplicita, ma soprattutto implicita, di cui vengono fatti oggetto ad opera dei mezzi di comunicazione di massa.

Interventi educativi

Negli anni '60 e '70 tutti gli interventi finalizzati a prevenire l'abitudine al fumo nella popolazione giovanile erano basati sulla premessa che questi non avevano recepito tutte le raccomandazioni e le informazioni allora imperanti, relative ai rischi per la salute determinati dal consumo di tabacco. Si presumeva, cioè, che i giovani avessero un deficit di informazione, che poteva essere recuperato somministrando agli stessi, programmi di educazione sanitaria che, se ben formulati, li avrebbero resi edotti e, quindi, motivati a non fumare. Alla base di tutto rimaneva, perciò, un'assunzione molto semplice in base alla quale sarebbe stato sufficiente promuovere interventi di natura cognitiva per ottenere i comportamenti o le modificazioni comportamentali attese. Tuttora esiste una grande abbondanza di questi modelli di intervento che mirano a colmare il vuoto di conoscenze e informazioni, attraverso l'utilizzo di materiali educativi di varia natura, quali libri, brochures, video e filmati in genere, poster e conferenze. L'obiettivo fondamentale resta quello di convincere i giovani che le persone che fumano sono, nella loro vita, maggiormente esposte al rischio di ammalarsi di una serie di patologie di varia natura in grado di condurre ad un più probabile rischio di morte per patologie cardiovascolari o cancro in età adulta. Purtroppo questa modalità di approccio ha ormai mostrato tutti i suoi limiti. Infatti, nonostante negli anni '70 in buona parte delle nazioni del mondo occidentale siano state fornite ai giovani molte occasioni di informazione ed educazione relativamente ai rischi per la salute prodotti dal fumo, numerose ricerche valutative hanno dimostrato come tali programmi non abbiano, però, funzionato da deterrente consentendo che, ad ogni modo, molti divenissero fumatori.

Accanto a questa strategia, basata su un approccio completamente cognitivo, è andata via via affermandosi l'esigenza di promuovere un intervento che tenesse in maggior considerazione la complessa relazione esistente tra l'acquisizione di una conoscenza e il comportamento che da essa può derivare. Si comincia, cioè, ad ipotizzare che i fattori cognitivi sono mediati da numerose variabili personali, quali: attitudine, valore, intenzioni e percezione delle norme sociali. Su questa premessa cominciano così a diffondersi i primi interventi educativi basati su una matrice di natura principalmente motivazionale o affettiva. Secondo questi modelli l'adolescente viene visto come spinto a fumare da una percezione di sé stessi difettosa e tale da essere compatibile con un comportamento di svalorizzazione della salute quale appunto è il fumo. Questi modelli educativi mirano, perciò, ad innalzare nell'adolescente la percezione del proprio valore e ad infondergli un atteggiamento valoriale nei confronti della salute, il cui esito complessivo è quello di supportare nel giovane la decisione a non fumare. In molti casi, questa strategia non ritiene fondamentale fornire al giovane un'accurata informazione sul tabacco e i suoi danni. Il ragazzo viene percepito, infatti, in un contesto assai più sistemico e, in questa ottica, la determinazione a fumare viene correlata maggiormente ad altri problemi comportamentali quali l'assenteismo scolastico, la scarsa motivazione al miglioramento di se stessi e un atteggiamento antisociale in genere. La prevenzione del tabagismo è ritenuta, perciò, possibile soltanto determinando nell'adolescente una positiva attitudine nei confronti della famiglia, della scuola e della sua comunità di appartenenza più in generale. Anche questa strategia educativa non si è rivelata altamente efficace, così come dimostrato da numerose ricerche valutative ad hoc, ma è certamente servita a dare inizio ad una nuova modalità di concepire l'approccio preventivo, con modalità assai più sistemiche, complesse e globali.

Si è infatti cominciato a pensare che, per essere efficace, la prevenzione del tabagismo deve cominciare non in adolescenza, ma assai più precocemente e deve, inoltre, essere costantemente correlata alle diverse fasi che portano il giovane alla decisione di fumare. Grazie al contributo di importanti studi epidemiologici, si è giunti a comprendere sempre più il grande ruolo giocato nella motivazione al fumo da variabili di carattere sociodemografico, ambientale,

comportamentale e individuale. Si è cominciato così a fare maggior riferimento a teorie mediate dalla sociologia, dalla psicologia, dalla pedagogia e dall'antropologia approdando così a quei programmi modello che si focalizzano principalmente sull'analisi dei fattori di influenza e condizionamento sociale e sull'apprendimento di tecniche e capacità (più che conoscenze e motivazioni) che rendono più facile adottare e mantenere comportamenti finalizzati al potenziamento della salute (quali, per esempio, apprendere a rifiutare una sigaretta offerta da un coetaneo, senza per questo sentirsi in imbarazzo o in difficoltà).

Interventi finalizzati alla modificazione dell'ambiente di vita

La consapevolezza che gli sforzi diretti ad intervenire con modalità educative sulla popolazione target hanno spesso efficacia limitata, ha sempre più portato all'affermazione del bisogno di modificare, a vari livelli, l'ambiente di vita in cui sono contemporaneamente presenti fumatori e non fumatori.

Tra queste modalità di approccio di natura ambientale sono da ricordare in questa sede tutte le attività promosse dai movimenti per i diritti dei non fumatori, che ha portato ad una pesante e assai realistica modificazione dell'immagine del fumatore (non più visto come persona di prestigio e, comunque, intoccabile nel suo diritto al fumo) e ad una costante diminuzione dei luoghi pubblici in cui viene consentito il fumo. Vanno, inoltre, citati, a tale proposito, tutti quegli interventi di carattere governativo che determinano un aumento della quota di tasse sul prezzo globale del pacchetto di sigarette, determinando in tal modo una disincentivazione di natura economica al consumo di tabacco. Da ricordare, infine, le leggi che in alcune nazioni vietano la vendita di prodotti a base di tabacco a ragazzi afferenti a determinate fasce d'età, le leggi che impongono scritte sulle confezioni di prodotti a base di tabacco in cui vengono riportate le controindicazioni per la salute e le leggi che limitano la trasmissione o pubblicazione di messaggi promozionali per il fumo.

Fondamentalmente l'approccio preventivo sistemico deve basarsi sullo sviluppo di strategie che vedano coinvolte tutte le agenzie sociali che possono produrre un impatto significativo sulle motivazioni, scelte e comportamenti dei giovani.

Sei maggiori sottosistemi, o settori, sono in questo senso cruciali per lo sviluppo di un approccio globale al controllo e alla riduzione del fumo:

1. il sistema politico, a livello del quale vengono prodotte leggi e regolamentazioni
2. il sistema economico, dal quale derivano le politiche relative alla tassazione, al controllo sui luoghi di lavoro e all'assicurazione sui rischi professionali e sulla salute
3. il settore educativo, che si preoccupa di formare i soggetti in età evolutiva relativamente ai problemi derivanti dall'utilizzo del tabacco
4. il settore dei mezzi di comunicazione di massa., attraverso il quale ogni tipo di informazione viene divulgata e disseminata alla popolazione generale
5. il Servizio Sanitario Nazionale, nel quale gli operatori sanitari giocano un ruolo fondamentale per il controllo dei problemi correlati alla salute
6. il settore del volontariato, che fornisce molte delle risorse umane e materiali necessarie per condurre e coordinare la lotta per il controllo del tabacco.

Controllo del fumo nei luoghi e ambienti di lavoro

Il controllo del fumo negli ambienti di lavoro è stato fino ad oggi realizzato attraverso tre diverse modalità di approccio:

- 1) introduzione di regolamenti e di provvedimenti legislativi a scopo normativo

- 2) attività educative
- 3) incentivazioni economiche.

Spesso sui luoghi di lavoro queste strategie vengono combinate tra di loro al fine di raggiungere l'obiettivo predeterminato.

Molto spesso, anziché promuovere regolamentazioni che limitano la possibilità di fumare sul luogo di lavoro, si offre ai lavoratori la possibilità di partecipare a corsi per smettere di fumare in orario di lavoro, cosa che costituisce tra l'altro un non indifferente incentivo economico. Spesso, inoltre, vengono inseriti dei differenziali nei premi e nelle tariffe di polizze assicurative a seconda che si sia, o meno, fumatori.

Pensare ad introdurre e promuovere interventi di abbandono del fumo nei luoghi di lavoro può risultare particolarmente utile per quei giovani che hanno precocemente abbandonato la scuola e che si sono perciò inseriti molto presto in un'attività lavorativa, condizione, che tra l'altro, sembra facilitare al massimo l'abitudine a consumare tabacco. Se è vero che occorrono circa tre anni per passare dalla sperimentazione del fumo allo sviluppo di una vera e propria dipendenza da nicotina, allora l'implementazione di strategie preventive in ambito aziendale destinate soprattutto alla popolazione più giovane, che in queste lavora, dovrebbe garantire buone speranze di efficacia, in quanto coinvolge un gruppo target che già ha assunto il comportamento a rischio, ma ancora non ne è dipendente e quindi è più facilmente predisposto a modificarlo.

Caratteristiche di un programma modello

Si riportano di seguito (integrate con commenti) le raccomandazioni per l'implementazione di programmi scolastici di prevenzione dell'uso e della dipendenza da tabacco, formulate dall'*US Department of Health and Human Services*, basate presso il *Public Health Service* del CDC di Atlanta (Figura 1).

- 1) Sviluppare e rinforzare una regolamentazione sull'uso e consumo di prodotti a base di tabacco in ambito scolastico. Tale regolamentazione dovrà essere conforme alle disposizioni di legge già in vigore presso il territorio in cui è collocato l'edificio scolastico e includere i seguenti elementi: una spiegazione del rationale per la prevenzione dell'utilizzo del tabacco, la regolamentazione di restrizione relativo all'uso di tabacco da parte di studenti, docenti, personale parascolastico e visitatori all'interno dell'edificio scolastico e in qualsiasi struttura che risulti correlata con le attività della scuola (quali palestra e veicoli per il trasporto degli studenti alla sede della scuola); le restrizioni relative alla pubblicità di prodotti a base di tabacco nell'ambito delle attività scolastiche. Si dovranno inoltre, predisporre e identificare le risorse necessarie per promuovere gli interventi di educazione sanitaria sul tabagismo in cui devono essere coinvolti tutti gli studenti e per consentire l'accesso a programmi di abbandono del fumo a chi, all'interno della scuola, ne faccia richiesta;
- 2) Fornire informazioni adeguate relativamente alle conseguenze sociali e fisiologiche negative a breve e a lungo termine relativamente, alle influenze sociali che portano all'uso del tabacco e alle competenze e capacità necessarie per rifiutarne il consumo tra coetanei. L'informazione che viene fornita al gruppo target deve essere il più completa possibile e ricoprire aree cruciali relative a tutti gli aspetti di natura psicosociale inerenti il fenomeno del tabagismo tra giovani e adolescenti. Vanno, a tal proposito, tenute in considerazione:
 - le conseguenze immediate e a lungo termine di natura fisiologica, sociale ed estetica;
 - le norme sociali relative all'uso di tabacco;
 - le ragioni per le quali gli adolescenti dichiarano di cominciare a fumare;
 - le influenze sociali che promuovono l'uso del tabacco;
 - le competenze comportamentali e attitudinali che una persona deve possedere per resistere alla pressione di chi lo invita a fumare;

- competenze di carattere personale e sociale più generali, quali capacità di risolvere problemi, come comunicare le proprie intenzioni e decisioni, come fissare e mantenere i propri obiettivi, tutti elementi che dovrebbero aiutare i giovani a meglio evitare ogni problema di salute correlato al tabacco, ma anche ad altri fattori di rischio.
- 3) Fornire programmi di educazione da sviluppare a spirale partendo dalla scuola materna fino almeno alla scuola superiore. Tali programmi dovrebbero essere particolarmente intensivi per i bambini che hanno terminato la scuola elementare e dovrebbero, perciò, essere abbondantemente rinforzati nel corso della scuola media. Le caratteristiche fondamentali che devono essere possedute da questi programmi sono quelle dell'evoluzione a spirale, dell'intensità (cioè periodica somministrazione agli studenti) e del coinvolgimento attivo. Esiste ormai sufficiente evidenza, derivata dalla ricerca valutativa, che l'efficacia degli interventi educativi cresce proporzionalmente all'intensità e alla durata che li contraddistingue. Ancora è stato visto che tali programmi di prevenzione del tabagismo divengono particolarmente efficaci quando vengono incorporati in curricula per la prevenzione dell'abuso di sostanze psicotrope o addirittura all'interno di curricula multicomprendivi di educazione alla salute. Infine, l'ottimizzazione dell'efficacia di tali interventi viene raggiunta quando gli stessi sono integrati da contemporanei programmi comunitari che cercano di promuovere un ruolo attivo delle famiglie e di tutte le altre agenzie sociali che gravitano intorno all'universo degli adolescenti.
- 4) Fornire programmi di formazione specifica per gli insegnanti. La riuscita degli interventi educativi di prevenzione del tabagismo condotti nella scuola è potenziata moltissimo quando agli insegnanti coinvolti nel progetto viene offerta la possibilità di essere formati, così da condurre il programma con le caratteristiche operative che per esso erano state supposte e con una modalità sufficientemente standardizzata.
- 5) Coinvolgere i genitori e le famiglie con funzione di supporto ai programmi scolastici.
- 6) Sostenere e incentivare l'abbandono del fumo tra studenti e personale scolastico che fa uso di tabacco. Per raggiungere tale obiettivo è necessario promuovere attività quali la costituzione di gruppi di auto-aiuto e la selezione di alcuni studenti da formare nel ruolo di *peer-leaders*.
- 7) Valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione del tabagismo ad intervalli regolari. Per valutare se il vostro intervento si sta muovendo nella giusta direzione è opportuno utilizzare le seguenti domande a scopo di verifica:
 - la nostra scuola ha una precisa regolamentazione relativamente al consumo di tabacco?
 - i programmi di educazione sanitaria in vigore nella nostra scuola coprono in modo adeguato gli aspetti attitudinali, conoscitivi e comportamentali del problema?
 - in tutte le classi presenti nella scuola si sviluppa un adeguato curriculum di prevenzione del tabagismo?
 - viene fornita agli insegnanti adeguata formazione e assistenza tecnica per sviluppare il proprio curriculum preventivo?
 - le varie agenzie sociali (famiglie, docenti, studenti, personale parascolastico, amministratori scolastici e rappresentanti della società civile) sono tutte coinvolte nella fase di pianificazione, sviluppo e valutazione dei programmi e delle attività proposte?
 - coloro che già fumano e che sono presenti all'interno della scuola vengono incoraggiati a smettere dal programma che è stato promosso nella scuola?

Figura 1. Le raccomandazioni per l'implementazione di programmi scolastici di prevenzione dell'uso e della dipendenza da tabacco, formulate dall'US Department of Health and Human Services

Tutte le raccomandazioni sopracitate ci sembrano fondamentali per una buona riuscita di un programma di prevenzione del tabagismo indirizzato alla popolazione giovanile e da realizzare nel contesto scolastico.

Alcuni esempi di programma

Il programma di "immunizzazione sociale"

Fu formulato da Evans nel corso degli anni '70 e ha sviluppato il primo approccio educativo

sistemico per fornire agli adolescenti la capacità di resistere alle influenze sociali che invitano al fumo. Ai ragazzi viene insegnato a riconoscere e contrastare la pressione a fumare derivante da coetanei, famiglia e mezzi di comunicazione di massa. L'assunzione di base sta nella convinzione che se gli adolescenti ricevono "dosi immunizzanti" (secondo il classico modello di somministrazione dei vaccini) di pressione a fumare da parte dei propri pari nell'ambito di un setting controllato quale è la scuola, e, contemporaneamente, imparano come affrontare tali pressioni, controllandole e respingendole, essi diverranno capaci di fare la stessa cosa, poi, nella vita di tutti i giorni, quando la spinta a fumare verrà da un qualsiasi elemento presente nel loro contesto di vita. Oltre a questi elementi di apprendimento, tale modello si propone anche di fornire informazioni relative alle conseguenze immediate e dirette che il fumo provoca alla salute dell'adolescente (e non quelle a lungo termine, che seppur più gravi e imponenti, vengono vissute dall'adolescente come lontane e improbabili).

Il programma Waterloo

È un programma finalizzato ad insegnare a ragazzi di 11 anni le capacità necessarie per resistere alla pressione sociale che conduce al fumo. In tale programma si integrano processi di modificazione delle attitudini e dei comportamenti relativi alla salute, attraverso un profondo processo di rielaborazione e comprensione di informazioni che agiscono sull'individuo portandolo all'acquisizione di precisi valori nei confronti del fumo.

Il programma viene somministrato ai ragazzi in sei lezioni settimanali della durata di un'ora e si snoda su tre componenti principali:

- informativa, in cui si spiegano le conseguenze del fumo e le ragioni per le quali gli adolescenti apprendono a fumare
- analitica, in cui si evidenziano le influenze sociali che spingono un adolescente a fumare e si insegnano strategie per resistere alla pressione dei coetanei
- rielaborativa, in cui viene affidato agli studenti il mandato di integrare le informazioni apprese in modo da approdare alla definitiva risoluzione di non fumare, risoluzione che, tra l'altro deve essere presa e dichiarata pubblicamente.

Il programma di prevenzione del fumo Minnesota

Fa parte di un più generale programma di prevenzione comunitaria delle patologie cardiovascolari implementato e diffuso in alcune aree selezionate dello stato del Minnesota. Si propone di influenzare i fattori noti di ordine psicologico e sociale che portano un individuo ad iniziare a fumare. La figura fondamentale, in questo programma, è rappresentata dai *peer leaders*, cioè individui appartenenti al gruppo target dell'intervento che vengono appositamente formati per comunicare ai propri pari i messaggi di natura sociale e psicologica che sono incorporati nel programma.

Vengono in tal modo discussi argomenti quali: conseguenze a breve termine del tabacco, conseguenze sociali del fumo, alternative positive al fumo di sigaretta. Nell'ambito di queste discussioni gli studenti arrivano gradualmente a percepire che spesso i giovani tendono a sovrastimare la prevalenza dell'abitudine al fumo da parte dei coetanei e imparano che fumare non è poi una situazione così frequente e abitudinaria nel nostro contesto sociale. Anche questo programma si conclude con la promessa a non fumare in futuro da parte dello studente.

Obiettivi da raggiungere per l'intervento educativo nella scuola

Scuola dell'infanzia e scuola primaria dell'infanzia (I e II anno)

- *Obiettivi conoscitivi*
 - una droga è una sostanza che modifica la modalità di funzionamento dell'organismo
 - tutti i prodotti a base di tabacco contengono una droga che si chiama nicotina
 - fumare non è un'azione a sostegno della salute
 - molte persone che già fumano hanno difficoltà a smettere
 - il fumo delle sigarette che si disperde nell'ambiente è pericoloso anche per chi non fuma e in esso si trova
 - ci sono messaggi promozionali che cercano di convincere la gente a fumare
 - la maggior parte delle persone non fa uso di tabacco
 - le persone che fanno uso di tabacco non sono cattive
 - il fumo entra nei polmoni attraverso le vie respiratorie
- *Obiettivi attitudinali*
 - gli studenti prenderanno l'impegno personale di non fumare in futuro
 - gli studenti si mostrano orgogliosi relativamente alla scelta di non fumare
- *Obiettivi comportamentali*
 - gli studenti sanno comunicare e trasmettere ad altri le proprie conoscenze e attitudini relative al fumo
 - gli studenti incoraggiano altre persone a prendere la decisione di non fumare

Scuola primaria dell'infanzia (III, IV, V annualità)

- *Obiettivi conoscitivi*
 - abbandonare l'abitudine al fumo ha effetti benefici a breve e lungo termine
 - il fumo passivo è dannoso per la salute
 - la maggior parte delle persone non fuma
 - la nicotina, contenuta in tutti i prodotti a base di tabacco, produce dipendenza
 - l'uso del tabacco produce effetti di natura biologica ed estetica a breve e lungo termine
 - esistono molte pressioni e influenze nella società che spingono a fumare
 - spesso la pubblicità per il tabacco si indirizza particolarmente alla popolazione giovanile
 - i giovani possono resistere alla pressione che li spinge a sperimentare il tabacco
 - ci sono leggi e regolamenti che regolano la vendita e il consumo di tabacco
 - vi sono attività e comportamenti alternativi e gratificanti che sostituiscono il consumo di tabacco
- *Obiettivi attitudinali*
 - vengono rinforzati gli obiettivi già inseriti nella sezione analoga per la precedente fascia d'età
 - lo studente dimostra responsabilità personale per la propria salute
 - lo studente supporta la decisione degli altri a non fumare
 - obiettivi comportamentali
 - lo studente impara a dire di no a chi gli offre tabacco
 - lo studente sa rilevare e descrivere i benefici di un ambiente in cui non si fuma
 - lo studente sa proporre alternative e argomentazioni in contrasto con messaggi promozionali a favore del tabacco

Scuola secondaria e scuola terziaria

- *Obiettivi conoscitivi*
 - vengono ripresi e rinforzati tutti gli obiettivi conoscitivi presenti nell’analoga sezione della precedente fascia d’età
 - consumare tabacco è un modo non salutare di tenere sotto controllo lo stress
 - ci sono molte organizzazioni che combattono il fumo e producono materiale educativo
 - i programmi per smettere di fumare spesso possono essere efficaci
 - oltre alla nicotina, il tabacco contiene sostanze nocive per la salute
- *Obiettivi attitudinali*
 - vengono ripresi e rinforzati tutti gli obiettivi attitudinali presenti nell’analoga sezione della precedente fascia d’età
 - lo studente ha fiducia nella propria capacità di resistere all’offerta di fumare
- *Obiettivi comportamentali*
 - vengono ripresi e rinforzati tutti gli obiettivi comportamentali presenti nell’analoga sezione della precedente fascia d’età
 - lo studente dimostra di essere in grado di trovare strategie per “convivere” con persone che fanno uso di tabacco o che glielo propongono
 - lo studente richiede di vivere in un ambiente in cui è vietato fumare

Scelte comportamentali e salute: quale relazione

Si riprendono in questo paragrafo alcune indicazioni preparate dall’Autore per le Linee guida e direttive per le Aziende USSL, per la prevenzione del tabagismo nella regione Lombardia, in cui tutti gli aspetti presentati nei paragrafi precedenti vengono applicati alla prevenzione dell’abitudine all’uso di tabacco in età giovanile. L’operatore troverà in questo documento il passaggio dalla teoria alla pratica, oltre ad un buon vademecum operativo per la realizzazione di efficaci interventi di prevenzione del tabagismo.

Fumare o consumare tabacco non risponde ad un bisogno primario dell’uomo, eppure per molte persone il fumo diviene una delle esigenze quotidiane primarie della vita, quale il cibo. Ciò succede nonostante sia ormai molto diffusa l’informazione sui rischi che il fumo induce sullo stato di salute delle persone. Come confermano i dati epidemiologici riportati nei capitoli precedenti, il fumo si trova frequentemente associato alla maggior parte delle patologie di natura cronico-degenerativa che costituiscono la principale causa di morte per le nostre società.

Come mai, allora, tuttoggi ancora molte persone non solo indulgono in questo comportamento, ma addirittura lo scelgono e lo fanno divenire abitudine regolare? La risposta non è facile. Ci si domanda, in questo caso, come una persona arrivi a decidere di agire un comportamento che è nocivo per il proprio benessere.

È necessario, a questo proposito, rifarci ad alcuni modelli teorici, mediati soprattutto dalla psicologia, che divengono, in questo contesto di analisi, imprescindibili punti di riferimento.

Tali teorie possono, infatti, essere utilizzate per guidare la fase di progettazione e di implementazione di un intervento di prevenzione del tabagismo in età adolescenziale.

La teoria dell’apprendimento sociale

È una teoria che utilizza variabili di carattere cognitivo, ambientale e comportamentale per spiegare il comportamento umano e le modalità con cui esso viene appreso e intrapreso. Le interazioni tra queste variabili sono viste come bidirezionali e collegate tra loro secondo il principio della circolarità, in una vera e propria ottica sistemica. Per esempio, una condizione

ambientale (divieto di fumare nei luoghi pubblici stabilito da apposita legge) può condurre all'assunzione (o non assunzione) di un determinato comportamento (il fumo per l'appunto), proprio come una condizione comportamentale (la protesta dei non fumatori) può portare a una modificazione della situazione ambientale (promulgazione di una legge per il controllo del fumo nei luoghi e ambienti di lavoro).

Le variabili ambientali includono ogni fattore che può influenzare il comportamento di una persona e che è esterno alla stessa.

Le variabili di tipo cognitivo includono le aspettative che un individuo nutre relativamente ad un determinato comportamento e alle relazioni che questo ha con l'ambiente. Tali aspettative possono essere relative sia alle conseguenze che dal comportamento in esame possono derivare, sia al livello di fiducia che la persona ha nella propria abilità di saper compiere (o meno) quella determinata azione.

Questa teoria definisce, perciò, l'individuo come entità che assume comportamenti non solo in funzione di ciò che egli esperisce in prima persona nel proprio ambiente di vita, ma anche in funzione di ciò che nello stesso ambiente di vita succede, per esempio attraverso l'osservazione del comportamento degli altri significativi e del conseguente rinforzo che da tale osservazione deriva. In questo senso, e anche in una delle più recenti interpretazioni che Bandura ha fornito, il processo di imitazione degli altri significativi può essere visto quale maggior elemento in grado di catalizzare l'adozione di un nuovo comportamento. Una persona, infatti, osserva qualcun altro che intraprende un comportamento innovativo e comincia a sviluppare in sé aspettative e atteggiamenti valoriali relativamente a tale comportamento innovativo. Inoltre, osservare gli altri che adottano un nuovo comportamento incrementa la competenza dell'osservatore relativamente al cosa fare e al come farlo e, globalmente, aumenta il suo livello di autoefficacia, che è la percezione che un individuo ha della propria capacità di compiere una determinata azione.

Per questa teoria, relativamente al problema del tabagismo, è cruciale porsi le seguenti domande:

- quali variabili cognitive determinano nell'individuo un'attitudine positiva (o, al contrario, negativa) rispetto al comportamento del fumo?
- quali variabili ambientali determinano nell'individuo un'attitudine positiva (o, al contrario negativa) rispetto al comportamento del fumo?
- quali variabili comportamentali determinano nell'individuo un'attitudine positiva (o, al contrario, negativa) rispetto al comportamento del fumo?

La teoria della diffusione dell'innovazione

Secondo tale teoria, la velocità e l'estensione con cui un'innovazione comportamentale viene ad essere intrapresa dal singolo o da una collettività dipendono da alcune caratteristiche che sono proprie dell'innovazione in questione, quali il vantaggio che da essa può derivare, la compatibilità con le scelte valoriali già acquisite, la complessità di esecuzione e la visibilità che tale comportamento assume nel contesto sociale di riferimento.

Non tutti gli individui scelgono di perseguire scelte comportamentali con la medesima velocità, capacità decisionale e motivazione. Secondo Rogers, gli individui possono essere classificati in 5 diverse categorie di adottatori di comportamenti in base al momento in cui compare in loro quel comportamento. Tali categorie vengono rappresentate nella curva di diffusione e sono: (a) gli innovatori, (b) gli adottatori precoci, (c) la maggioranza precoce, (d) la maggioranza tardiva, (e) i resistenti.

Per questa teoria, relativamente al tabagismo, è cruciale porsi le seguenti domande:

- cosa fa sì che una persona divenga un "adottatore precoce" portandola a fumare fin dalla giovanissima età?

- cosa, al contrario, rende una persona completamente resistente alla decisione di fumare, facendo sì che mai nella sua vita accenda una sigaretta?

Il modello di Fishbein e Ajzen

Il modello di Fishbein e Ajzen racchiude in sé elementi originali propri che ben riprendono e sintetizzano, però, la complessità derivata dalle domande cruciali con cui abbiamo terminato la presentazione delle due teorie brevemente esposte nelle pagine precedenti.

Secondo questi autori, la spinta ad intraprendere un ben preciso comportamento è la conseguenza di un processo intenzionale che si basa su due elementi fondamentali:

- a) l'attitudine individuale
- b) la norma soggettiva

Per attitudine individuale si intende l'atteggiamento interno, più o meno favorevole, che una persona ha nei confronti di un determinato comportamento (per esempio: fumare è piacevole). In essa si integrano le principali cognizioni relativamente alle conseguenze che da quel comportamento derivano (per esempio: quando fumo gli altri mi considerano più grande della mia età) e la corrispondente valutazione di queste conseguenze (per esempio: sembrare più grandi è una buona cosa).

Per norma soggettiva si intende, invece, la percezione che un individuo ha relativamente a ciò che gli altri significativi pensano del fatto che egli possa o non possa intraprendere quel comportamento (per esempio: i miei coetanei mi trovano decisamente più interessante quando fumo). Nella norma soggettiva si integra anche la motivazione della persona ad adeguarsi (o meno) a queste aspettative altrui.

Su questo sistema di determinanti dei comportamenti personali si inserisce un terzo elemento di natura strutturale, che andrebbe ad interferire con le intenzioni dell'individuo, le quali potrebbero non trasformarsi in comportamenti a causa di barriere esterne quali, mancanza di risorse adeguate a livello individuale o ambientale o precise norme di legge che regolamentano il comportamento in questione (Fumare è vietato).

Si vede, in questo modello, quale grande peso venga dato alle attitudini che una persona mostra nei confronti di un ben determinato comportamento o di un complesso di comportamenti che, nella loro integrazione, producono un impatto sullo stato di salute e malattia di un individuo.

Bibliografia

- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Rev* 1977;84:191-215.
- Basen-Engquist K, Parcel GS. Attitudes, norms and self-efficacy: a model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly* 1992;19:263-77.
- Best A.J, Thomson SJ, Santi SM, Smith EA, Brown KS. Preventing cigarette smoking among school children. *Ann Rev Public Health* 1988;9:161-20.
- Bietta C, Binkin N, Bertozzi N, Perra A, De Giacomi G, Fateh-Moghadam P, Gallo T, Scardetta P, Sconza F, Trinito M. Abitudine al fumo: i dati delle 123 ASL dello studio PASSI. *Not Ist Super Sanità* 2006;19(1):i-iii.
- Bruvold WH. A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs. *A J Publ Health* 1993;83:872-80.
- Califano JA. Revealing the link between campaign financing and deaths caused by tobacco. *JAMA* 1994;272:1217-8.

- California Environmental Protection Agency. *Health effect of exposure to environmental tobacco smoke*. The report of the Smoking and tobacco control monograph 10. National Cancer Institute. Sacramento: Office of Environmental health Hazard Assessment; 1997.
- CDC. Reasons for tobacco use and symptoms of nicotine withdrawal among adolescent and young adult tobacco users-United States, 1993. *MMWR* 1994;43:745-50.
- De Vries M. *The ABC of health education and planning: a brief reader for the summer university course*. Limburg, Germania: University of Limburg; 1992.
- Doll R. Tobacco: a medical history. *J Urban health* 1999;76:289-313.
- Fielding JE. Smoking control at the workplace. *Ann. Rev. Public Health* 1991;12:209-34.
- Fishbein M, Ajzen I. *Belief, attitude, intention and behaviour: an introduction to theory and research*. Addison Wesley: Reading, Mass; 1975.
- Focarile F. Efficacia e costi di interventi educativi contro l'abitudine al fumo. *Educazione Sanitaria e promozione della salute* 1990;13:251-58.
- Glantz SA, Begay ME. Tobacco industry campaign contributions are affecting tobacco control policymaking in California. *JAMA* 1994;272:1176-82.
- Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997;315:980-88.
- International Union for Health Education. Health education in preventing tobacco use. *Hygie, the International Journal of Health Education*. 1991;X(2):5-6.
- Istituto Nazionale di Statistica. Indagine Multiscopo, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", dicembre 2004- marzo 2005. Roma: ISTAT; 2005.
- Italia. Decreto della Giunta Regionale 24 febbraio 2000, n. 6/48472. Linee guida per la prevenzione del tabagismo nella Regione Lombardia. *Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia*, 2° Supplemento straordinario al n. 13; Milano, 28 marzo 2000.
- Italia. Decreto Legislativo 16 gennaio 2003. Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione, art. 51, Tutela della salute dei non fumatori. *Gazzetta Ufficiale - Supplemento Ordinario* 20 gennaio 2003.
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.
- Ministero della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
- Ministero della Sanità; Istituto Superiore di Sanità; Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS; Ministero della Pubblica Istruzione. *Linee guida per gli interventi di educazione alla salute e di prevenzione delle infezioni da HIV nella scuola*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1992. (Rapporti ISTISAN 92/4).
- Monarca S, Donato F, Piovanelli P, Coppini C, Olivetti A, Feretti D, Savaresi A, Tomasoni V, Nardi G. Sperimentazione di un programma educativo per la prevenzione del tabagismo e farmacodipendenze tra i giovani. Disegno dello studio e metodologia di intervento. *L'Igiene Moderna* 1993;100:786-807.
- Moore S, Wolfe M, Lindes D, Douglas CE. Epidemiology of failed tobacco control legislation. *JAMA* 1994;272:1171-75.
- Otsuka R et al. Acute effects of passive smoking on the coronary circulation in healthy young adults. *JAMA* 2001;286:436-41.
- Pacifici R, Pichini S, Pizzi E, Di Pucchio A, Mortali C, Faralli C, Carosi G, Mattioli D, Martucci L, Modigliani G, Zuccaro P. Indagine Doxa "I giovani e il fumo", Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, 2003. Disponibile all'indirizzo; http://www.informadroga.it/public/download/FUMO_OSSFAD.pdf; ultima consultazione 31/8/2009.
- Parcel G, Taylor W, Brink S. Translating theory into practice: Intervention strategies for the diffusion of a health promotion innovation. *Family Community Health* 1989;12(3):1-13.

- Pellai A, Bianchi B. Potenzialità dell'educazione alla salute in età precoce. Principi metodologici. *Rivista Italiana di Igiene* 1994;LIV:248-56.
- Pellai A, Bonicelli S. *Just do it*. Milano: Franco Angeli Editore; 2002.
- Perry CL, Murray DM, Klepp KL. Predictors of adolescent smoking and implications for prevention. *MMWR* 1987;36:415-55.
- Rogers EM. *Diffusion of innovations* Ed.3. New York: Free Press; 1983.
- Stewart Burgher M, Barnekow Rasmussen V, Rivett D. The European Network of Health Promoting Schools. The alliance of education and health. International Planning Committee of the European Network of Health Promoting School; 1999.
- US Department of Health and Human Services. Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *MMWR*, 1994;43:RR-2
- US Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Young People. A Report of the Surgeon General. *MMWR* 1994;43:RR-4.
- US Department of Health and Human Services. Strategies to control tobacco use in the United States: a blueprint for public health action in the 1990's; 1990.
- US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Washington Government Printing Office, 2004.
- USSL 75/IV Regione Lombardia "Guida didattica per la prevenzione dell'abitudine al fumo" Traduzione e adattamento del manuale del programma "Keep it clean", Università di Waterloo; Ontario; 1990.
- WHO International Agency for Research on Cancer. *Monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans: tobacco smoke and involuntary smoking*. Lyon: IARC Press; 1986; vol. 83.
- WHO. *International Consultation on Environmental Tobacco Smoke and Child Health*. Consultation report, Geneva, Switzerland: World Health Organization; 11-14 January 1999.

ATTIVITÀ PRATICHE PER LA PREVENZIONE DEL TABAGISMO

Cristina Faliva (a), Monica Faralli (a), Francesca Filipponi (b), Adele Minutilllo (b)
(a) Dipartimento di Prevenzione, ASL RM C, Regione Lazio; (b) Ufficio Relazioni Esterne, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Attività pratiche per le scuole primarie

Il fatto che il fumo di tabacco sia nocivo alla salute e che aumenti la probabilità di andare incontro a diverse malattie è un fatto noto a tutti.

Per aiutare gli alunni a comprendere per quale motivo il fumo fa male, e quanto fa male, è possibile affrontare il “problema fumo” in maniera divertente e simpatica. Di seguito, si propongono agli insegnanti diversi giochi che li guideranno a far comprendere quanto sia importante scegliere di non fumare per stare bene da adulti ⁴.

ATTIVITÀ 1: LA CARTA D'IDENTITÀ DEL TABACCO

Obiettivo: comprendere i motivi per i quali il fumo fa male.

Descrizione: l'insegnante invita gli studenti a trovare su giornali e riviste quante più informazioni possibili sul tabacco. Successivamente, divisi i ragazzi in gruppi più piccoli, li invita a costruire la “carta d'identità” del tabacco, aiutandosi con le schede sottostanti (Figure 1 e 2).



Figura 1. Scheda per l'attività 1

⁴ Tratte da Zuccaro P. FUMOTTO. Consigli e giochi per non fumarsi il cervello. Istituto Superiore di Sanità, Ministero Lavoro e Politiche Sociali. Progetto finanziato dal Fondo Nazionale d'Intervento per la Lotta alla Droga.

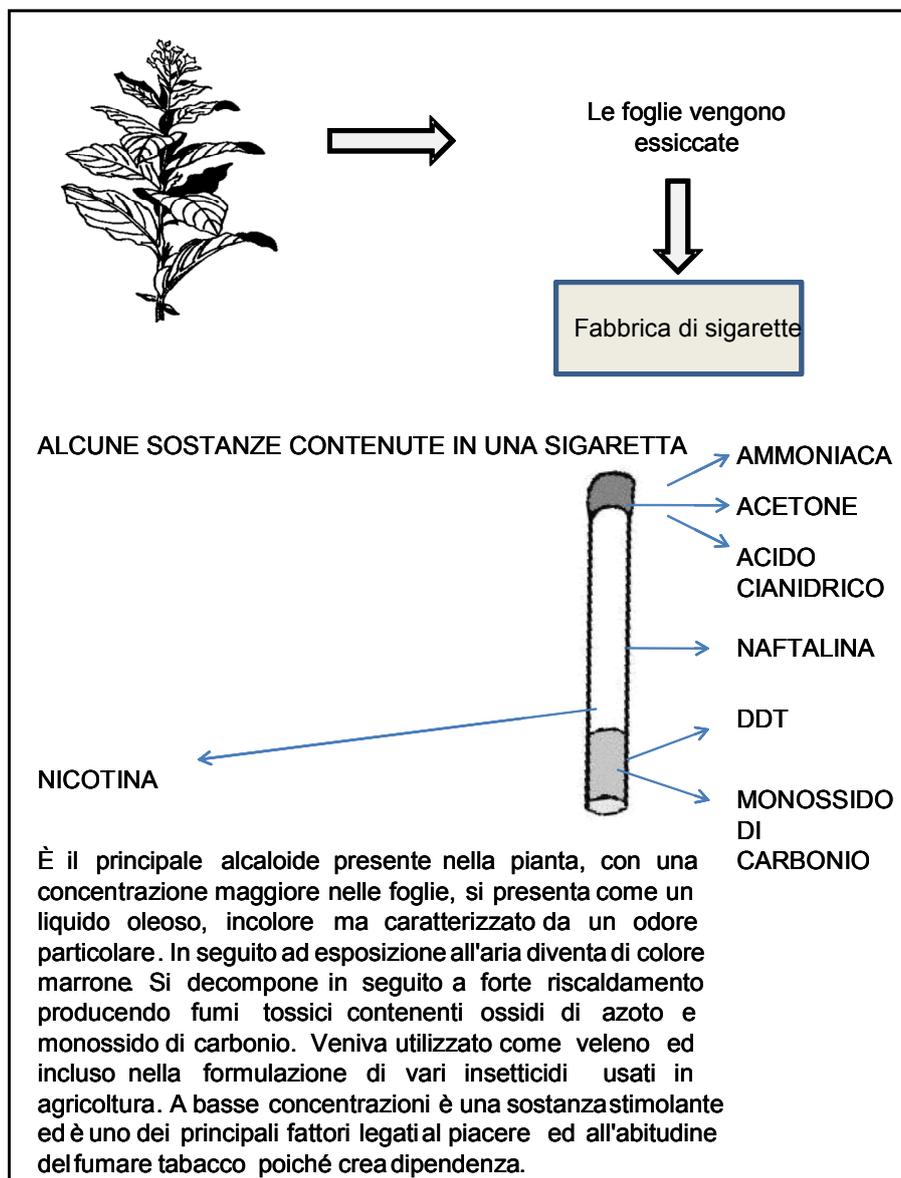


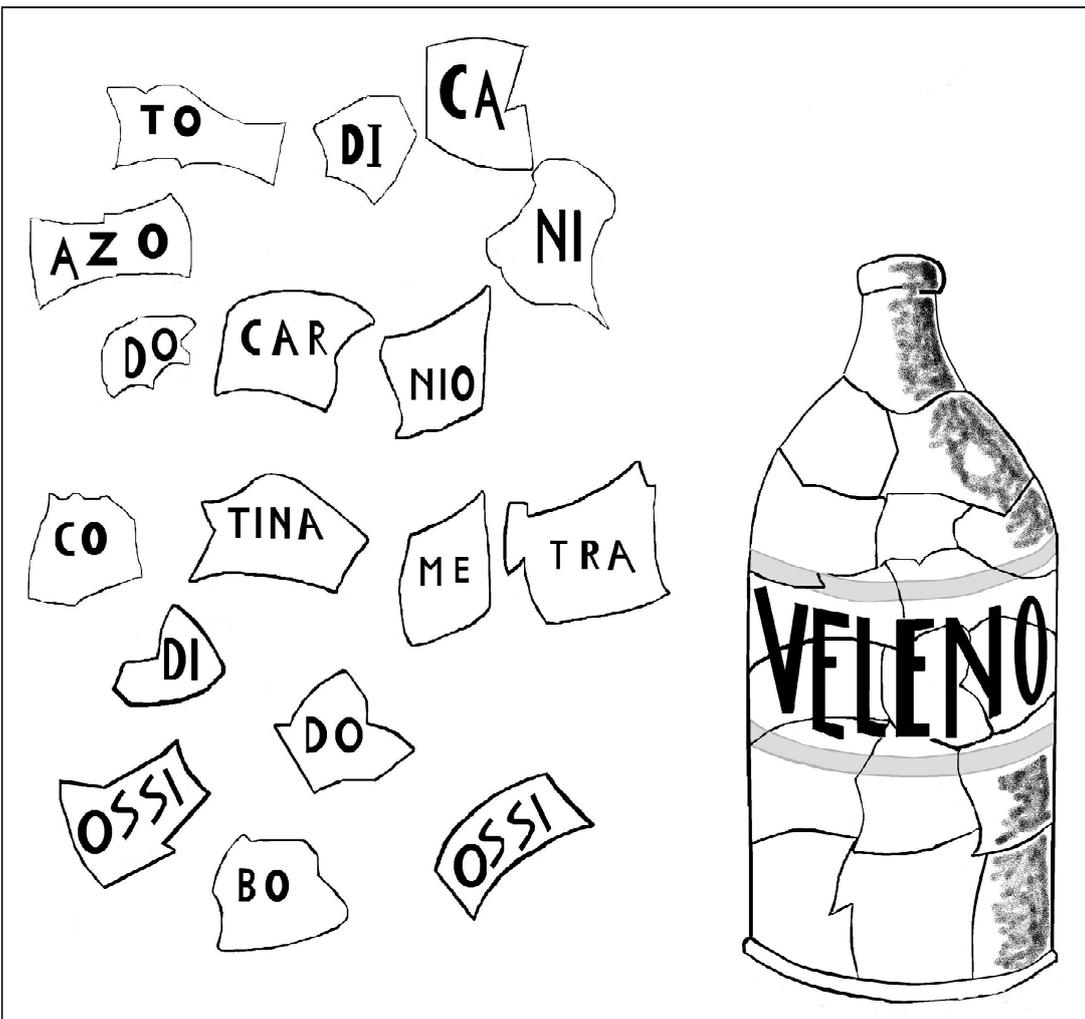
Figura 2. Scheda per l'attività 1

ATTIVITÀ 2: IL GIOCO DEL PUZZLE

Obiettivo: rendere consapevoli gli studenti delle sostanze tossiche contenute nel tabacco

Descrizione: l'insegnante propone il seguente gioco. "Sai quali sono le sostanze tossiche contenute nel tabacco?". Ai ragazzi viene consegnata una fotocopia della figura sottostante, con la consegna di ritagliare e comporre il puzzle sulla bottiglia (Figura 3).

Le istruzioni potrebbero essere le seguenti "Ritaglia e componi il puzzle sulla bottiglia: otterrai il nome di 4 componenti".



SOLUZIONE:
NICOTINA, OSSIDO DI AZOTO, OSSIDO DI CARBONIO, CATRAME

Figura 3. Scheda per l'attività 2

ATTIVITÀ 3: IL FUMO E I POLMONI

Obiettivo: rendere consapevoli i ragazzi di cosa accade nei polmoni del fumatore.

Descrizione: l'insegnante propone una discussione sul tema "Cosa succede dentro ai nostri polmoni quando si intasano di fumo?" e aiutandosi con un cartellone che evidenzia le differenze tra fumatori e non fumatori, guida la discussione (Figura 4).

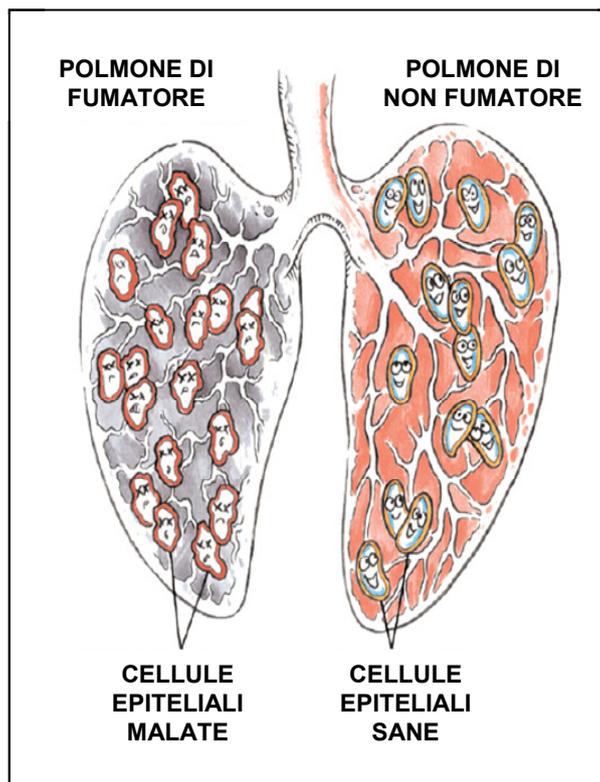


Figura 4. Schema delle differenze nei polmoni tra fumatori e non fumatori

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 3

Normalmente le pareti dei bronchi sono rivestite da cellule epiteliali che hanno il preciso compito di filtrare ciò che respiriamo.

Se fumiamo, boccata dopo boccata, anno dopo anno, il catrame contenuto nella sigaretta riesce a paralizzare queste cellule; di conseguenza il fumatore è più esposto alle aggressioni esterne di germi, polveri e sostanze cancerogene.

Sigaretta dopo sigaretta, giorno dopo giorno, le cellule polmonari possono entrare in contatto con sostanze capaci di danneggiare alcuni geni, così che la cellula si altera e, dunque, può accadere il peggio. Perché una cellula polmonare diventi cancerosa occorrono in genere diversi anni.

ATTIVITÀ 4: GLI EFFETTI DEL FUMO SUL CUORE

Obiettivo: rendere consapevoli gli studenti dei danni provocati all'organismo dal fumo.

Descrizione: l'insegnante introduce l'attività fornendo alcune informazioni agli alunni sulla relazione tra abitudine al fumo e patologia. Successivamente propone il gioco illustrato in Figura 5.

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 4

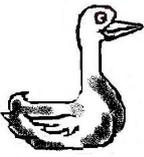
Le malattie cardiovascolari, quelle che riguardano il cuore, sono la prima causa di mortalità nei paesi occidentali come il nostro. Per queste malattie esistono dei "fattori di rischio" che aumentano la probabilità di ammalarsi: l'aumento di grassi nel sangue, il fumo di sigarette, l'obesità, l'assenza di attività fisica. Il fumo è il secondo degno componente della temibile banda di formidabili attentatori della nostra salute. Le sostanze presenti nelle sigarette, fortemente dannose per il cuore e i vasi sanguigni, sono il monossido di carbonio e la nicotina.

REBUS

IL



PU





USA

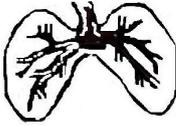


M



TTIE

AI



E

AL



IL ___ PU ___ M ___ TTIE AI ___ E AL ___

SOLUZIONE: Il fumo può causare malattie ai polmoni e al cuore

Figura 5. Scheda per l'attività 4

Di seguito viene presentata una favola che può essere considerata un ausilio alla creazione di un piccolo laboratorio didattico da svolgere a casa o a scuola, attraverso le attività di seguito proposte. In questo modo, si trasformerà l'apprendimento fantastico correlato all'uso della favola in occasione di apprendimento concreto e operativo e il bambino avrà la possibilità di confrontarsi con situazioni reali, provocate dall'abitudine al fumo e, quindi, dal consumo di sigarette e derivati del tabacco in generale.

Quest'attività aiuta i bambini a rielaborare in modo concreto le modalità di vita in un ambiente ecologicamente sana e in un ambiente che è, invece, dominato dal fumo. Inoltre, ai bambini verrà chiesto di individuare in modo operativo azioni e comportamenti che loro stessi possono mettere in pratica per vivere sempre in ambienti adeguati e non contaminati da inquinamento e fumo. L'invito a tradurre tutti questi "pensieri" in disegno aiuterà i bambini a "rinforzare" l'obiettivo educativo sotteso a questa attività.

ATTIVITÀ 5: LA FAVOLA DE "LA CITTÀ DI ARIASANA"

Obiettivo: confrontarsi con situazioni reali, provocate dall'abitudine al fumo e dal consumo di sigarette e derivati del tabacco.

Descrizione: l'insegnante legge prima con i bambini la favola riportata nelle pagine seguenti, poi li invita ad immaginare il paesaggio e lo scenario che contraddistingue la città di AriaSana. Fa loro chiudere gli occhi per immaginare cosa significa vivere in una città ricca di verde, dove tutti sono felici.

I ragazzi riaprono gli occhi e l'insegnante li invita a scrivere su un foglio intitolato "La Vita ad AriaSana" tutte le azioni e le cose che è bello e possibile fare in una città di questo tipo. Se vogliono, i bambini possono anche corredare i loro fogli con disegni esplicativi e abbellirlo con qualche fiore, farfalla o altri elementi naturali.

A questo punto l'insegnante invita i bambini ad immaginare il paesaggio e lo scenario relativo alla città di Nicotina; chiudono nuovamente gli occhi per visualizzare mentalmente cosa significa vivere in una città dominata dall'inquinamento e dal fumo. L'insegnante chiede loro di immaginarsi un tipico abitante di questa città e propone di fare un'imitazione. Il bambino assumerà probabilmente un'espressione di disgusto e comincerà a tossire e a boccheggiare in cerca di aria pulita.

L'insegnante chiede ai bambini di rivedere tutte le azioni individuate quando hanno visualizzato la città AriaSana e di immaginarsi se esse sono attuali e fattibili nella città di Nicotina e li esorta ad immaginare anche le difficoltà che potrebbero incontrare in questo caso. Successivamente aiuta i bambini a concludere quale secondo loro è lo stile di vita che desidererebbero perseguire, perché secondo loro è meglio vivere ad AriaSana e quale ruolo possono giocare in prima persona per far sì che il loro ambiente di vita sia il più possibile somigliante alla città di AriaSana. I bambini sono invitati a disegnare su un cartellone diviso a metà i loro principali ambienti di vita (la scuola, la casa, il parco) nella versione AriaSana e Nicotina. Infine, con piccoli fiori, farfalle e cuoricini, possono abbellire la metà corrispondente ad AriaSana.

Gli Smokers

Gli Smokers erano una sinistra famiglia di americani, trasferitasi da poco nella tranquilla cittadina di AriaSana. Individui dalla carnagione pallida e dai capelli color cenere, incontrarono subito molte difficoltà ad adattarsi allo stile di vita salutare e puro dei loro nuovi concittadini. Anche Mozzicone, il piccolo di famiglia (Figura 6), che proprio in quanto bambino aveva la possibilità di sfuggire alla chiusura e alla noia del mondo adulto, preferiva trascorrere i lunghi pomeriggi nella sua luminosa villa di cristallo – “Villa Portacenero” – anziché giocare felice e spensierato in compagnia dei suoi coetanei. I suoi genitori erano Papà Sigaro, un losco e grassoccio personaggio di mezza età, dalla carnagione scura, abituato ad usare un profumo molto forte e sgradevole ma che gli permetteva di venire immediatamente riconosciuto ovunque si presentasse, e Mamma Sigaretta, una donna che nascondeva dietro alla sua esile figura, un carattere corrosivo e, a lungo andare, perfino logorante. I due genitori, nati e vissuti tra lo smog e l'inquinamento della grigia città di Nicotina, erano seriamente preoccupati per il loro piccolo Mozzicone, e nutrivano la ferma convinzione che la verde AriaSana non fosse il luogo più indicato per allevare un figlio.



Figura 6. Mozzicone, il piccolo di famiglia

.... Macché alberi, parchi e distese di cielo azzurro!!!! Il loro figlioletto doveva tenere alto il nome di famiglia, imparando fin da piccolo a corrompere gli altri bambini, ingannandoli e invitandoli a godere della sua pericolosa e nociva compagnia. Infatti se pur in tenera età, Mozzicone sembrava aver già appreso il motto di famiglia: "FUMARE FA BENE", motto che veniva rivolto senza alcuna pietà contro grandi e piccini, portando una gran quantità di problemi un po' ovunque... Già, perché anche coloro che non venivano a diretto contatto con lui, ma che magari inconsapevolmente gli stavano vicino, finivano con l'essere contaminati dalla sua terribile e puzzolente presenza. Ma cosa mai poteva sprigionare di così terribile Mozzicone? Una cosa era certa: non bisognava lasciarsi ingannare dalle sue lusinghe e dalle sue false promesse, perché quel bullo che assicurava ai bambini di far loro provare emozioni da "grandi", li voleva solamente imprigionare tra le sue grinfie per renderli poi degli schiavetti al servizio suo e della sua intera famiglia. Alcuni, malcapitati, erano già caduti nell'inganno e in poco tempo avevano perso tutta la loro energia cosicché bastava un nonnulla per affaticarli, costringendoli a boccheggiare, restando senza fiato di fronte al minimo sforzo (Figura 7), o, nei casi più disperati, ritrovandosi i polmoni avvolti in una coltre di fumo. NOOO!!!!!! Non era possibile continuare così! Qualcosa doveva essere fatto al più presto per evitare che gli Smokers reclutassero sempre più bambini nel loro gruppo, turbando la quiete della tranquilla AriaSana!

Così penso in un primo tempo di organizzare una pacifica manifestazione alla quale parteciparono grandi e piccini provenienti da tutto il mondo, che sfilarono con enormi cartelli sui quali spiccava a caratteri cubitali la scritta "NO SMOKERS".

Il corteo ebbe però solo l'effetto di sensibilizzare l'opinione pubblica al problema, senza risolverlo in modo radicale. Fu a quel punto che si decise di intervenire in modo decisivo e definitivo. Così mentre gli Smokers erano rinchiusi nella loro Villa Portacenero, un esercito di agguerriti salutisti stava marciando, armato di secchi d'acqua, verso la tana del nemico.

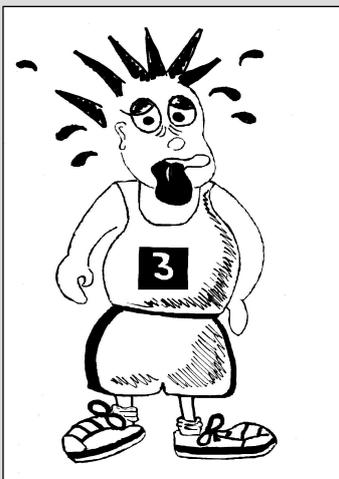


Figura 7. L'ingannato, caduto nella rete

Bastò un attimo!!...un solo grande SPLASH e la famiglia degli Smokers si trovò bagnata fradicia, proprio mentre stava festeggiando la conquista della città di AriaSana insieme ai migliori amici di famiglia, i coloratissimi Cerini e Accendini.

Tutta quell'acqua lasciò gli abitanti di Villa Portacenero così umidi da non poter essere più accesi da niente e da nessuno nelle successive quattro settimane. Coloro che erano già finiti nelle loro grinfie, dovettero riabituarsi a fare a meno delle sigarette e compagnia e pian piano riscoprirono la bellezza dell'aria profumata e pulita e la gioia di poter fare lunghe camminate o ore di sport senza trovarsi sbuffanti e ansimanti dopo solo dieci minuti. Vinsero ben presto anche quella sensazione di disagio e leggero fastidio che tanto li innervosiva nelle prime settimane e che li rendeva arrabbiati con tutti.

Ben presto la famiglia degli Smokers si rese conto di aver perso la propria missione alla conquista della città di Aria Sana. Una notte qualcuno li vide mettere le proprie cose in valigie di cartone e lasciare in tutta fretta Villa Portacenero. Qualcuno afferma che la stessa notte nel cielo si vide una enorme catena di fumo nero abbandonare la città e seguire la famiglia degli Smokers nella direzione in cui stavano andando.

Forse con quella catena volevano andare alla conquista di un nuovo territorio. Gli abitanti di AriaSana trasformarono l'area di Villa Portacenero in un parco pieno di verde e di fiori. In primavera il profumo dell'erbetta fresca e di primule e margherite riempiva di gioia i frequentatori del parco e si inondava in tutta la città. Qualcuno aveva, però, catturato il profumo prodotto dagli Smokers nei giorni in cui la Villa Portacenero era la loro grigia e tetra dimora e lo aveva conservato in un contenitore a tenuta stagna, dove un rubinetto azionabile faceva uscire a comando la puzza di fumo a che non se la ricordava più o a chi sentiva improvvisamente uno sfrenato desiderio di sigarette.

Quel rubinetto viene ora azionato soltanto in occasione di gite scolastiche quando qualche ragazzo per fare uno scherzo ai suoi compagni fa uscire il fumo gettando il panico tra i suoi compagni.

Attenzione, però: si dice in giro che tutte le notti anche sulla tua città si vede comparire nel cielo la grande catena di fumo nero che indica l'arrivo degli Smokers. Forse ti stanno cercando e vogliono catturarti. Preparati a riceverli con un grosso secchio d'acqua e... lasciali a bocca asciutta (ma in questo caso sarebbe meglio dire... bagnata!!).

ATTIVITÀ 6: L'ARIA CHE RESPIRO RAGGIUNGE I MIEI POLMONI

Obiettivo: aiutare i bambini nella comprensione del meccanismo della respirazione.

Descrizione: l'insegnante chiede ai bambini di disporsi a coppie e a turno di osservarsi con attenzione mentre si sforzano di respirare profondamente. Chiede ai bambini di descrivere cosa succede al loro corpo quando inspirano profondamente. Si accorgeranno che la parte superiore del loro corpo si gonfia e aumenta di volume, per poi ridursi e tornare alla normalità durante l'espirazione. L'insegnante aiuta i ragazzi a comprendere questo processo di aumento e diminuzione ciclica di volume polmonare servendosi di palloncini che insieme a loro gonfierà e sgonfierà periodicamente. Sarà facile, allora, stabilire con loro un nesso tra il sistema dei polmoni e quello dei palloncini. Quando "butto dentro l'aria ai polmoni" il sistema si gonfia, proprio come succede con il palloncino. Viceversa, quando espiriamo.

ATTIVITÀ 7: DOVE SONO I MIEI POLMONI

Obiettivo: aiutare i bambini nella comprensione del meccanismo della respirazione.

Descrizione: se avete a disposizione un fonendoscopio (lo strumento con cui il medico ausculta il cuore e i polmoni ai suoi pazienti durante la visita medica) invitate il bambino a sentire il rumore che fa l'aria quando entra nei polmoni, durante l'attività respiratoria. Attraverso il fonendoscopio, il bambino sentirà il rumore come di cascata, un lieve fruscio corrispondente all'ingresso dell'aria negli alveoli. Al bambino, inoltre, piacerà moltissimo poter usare uno strumento da "grandi", cosa che solitamente non gli viene concessa, oltre a provare gioia per sperimentare dal vivo la modalità con la quale davvero funziona il suo organismo.

ATTIVITÀ 8: DISEGNO I MIEI POLMONI

Obiettivo: aiutare i bambini nella comprensione del meccanismo della respirazione.

Descrizione: l'insegnante propone ai bambini di costruire un modellino in carta dei loro polmoni disegnandolo sullo schema di quanto è proposto nella Figura 8. Successivamente li aiuta a riconoscere il percorso che fa l'aria quando entra dalla bocca o dal naso e, quindi, passa attraverso la trachea nei bronchi principali che poi si canalizzano nella struttura bronchiale dei polmoni. Infine, invita i bambini a colorare un polmone soltanto di rosa, essendo questo il colore dei polmoni alla nascita, quando ancora nessuna sostanza inquinante ha potuto agire modificandone le caratteristiche principali.

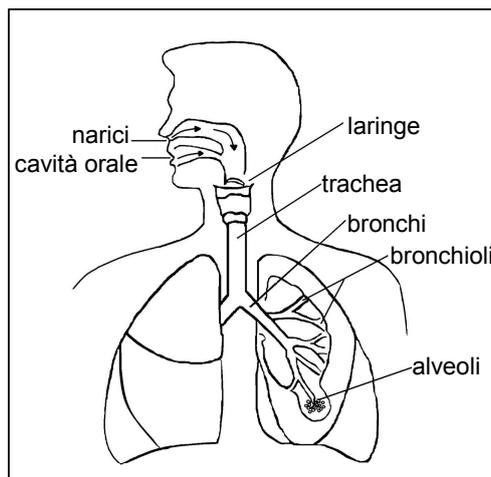


Figura 8. Schema dell'apparato respiratorio da utilizzare nell'attività 8

ATTIVITÀ 9: SCOPRO DAL VIVO I PROTAGONISTI DELLA FAVOLA

Obiettivo: aiutare i bambini a riflettere sugli effetti dannosi del fumo.

Descrizione: l'insegnante analizza una sigaretta insieme ai bambini per mettere in evidenza le reali caratteristiche degli elementi che caratterizzano la favola degli Smokers.

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 9

Osserviamo una sigaretta, apparentemente, non sembra proprio che essa abbia nulla di nocivo; anzi, annusandola sembra che abbia perfino un buon profumo!

Provo ad accenderla (spiegare ai bambini che la sigaretta viene accesa soltanto a scopo didattico) ma dalla sigaretta e dalla bocca del fumatore sta uscendo del vero e proprio fumo! E il profumo dove è finito? Si è trasformato in un odoraccio di bruciato. Nel fumo di tabacco, ecco il nome della foglia che costituisce la sigaretta, sono presenti innumerevoli sostanze nocive per la salute dell'individuo: troviamo infatti la NICOTINA, che nella favola vi ricordate era il nome della città dalla quale proviene la famiglia Smokers? La sigaretta contiene inoltre delle sostanze irritanti, prodotti cioè che provocano fastidio e danno seri problemi al nostro corpo. Pensate un po': una sigaretta contiene anche del catrame e a questo proposito proviamo a dare questo esperimento! Procurarsi un recipiente trasparente contenente dell'acqua distillata. Fare gorgogliare in esso il fumo di una sigaretta: alcune sostanze si scioglieranno nell'acqua, colorandola di giallognolo, altre invece si condenseranno, assumendo l'aspetto del catrame! Queste sostanze nocive entrano nel nostro organismo attraverso l'apparato respiratorio.

ATTIVITÀ 10: PERCHÉ SI FUMA?

Obiettivi: saper riconoscere i tipi di influenze che portano la persona a fumare; riflettere sui motivi per cui si inizia a fumare⁵.

Descrizione: l'attività è suddivisa in due parti, nella prima l'insegnante divide la classe in piccoli gruppi (4-5 alunni) scelti a caso e consegna la scheda di lavoro "Perché si fuma?" (Figura 9). I gruppi, stimolati dalle domande riportate dalla scheda, discutono per circa 30 minuti sulle motivazioni che spingono una persona a fumare, a smettere di fumare o a non iniziare a fumare, poi in plenaria un alunno di ogni gruppo espone ciò che è stato elaborato. L'insegnante utilizzerà le riflessioni degli alunni per comporre un cartellone di sintesi. Nella seconda parte, gli alunni vengono invitati a costruire una sorta d'indagine, individuando un campione di adulti da intervistare (il gioco diventa più interessante se la classe riesce ad accordarsi per intervistare un numero simile di fumatori, non fumatori ed ex fumatori), seguendo la traccia della scheda di lavoro stessa. Alla fine delle interviste, i risultati saranno riferiti al gruppo classe e di seguito commentati.

⁵ Questa attività è tratta da "progetto giovani fumatori" <http://servizi.comune.fe.it/index.phtml?id=3325> (ultima consultazione 04/03/2009).

PERCHÉ SI FUMA?**Istruzioni per gli alunni**

Questa scheda è stata fatta perché si possa intervistare un adulto (es. un vicino di casa o un amico di famiglia), di età superiore ai 18 anni.

Non intervistare i tuoi genitori o familiari. Scegli qualcuno con cui parli volentieri, chiedi se è un fumatore, un ex fumatore o un non fumatore, quindi rivolgili le domande corrispondenti. Trascrivi le risposte e pensa a come riferirle alla classe.

Per i fumatori

1. Perché hai iniziato a fumare?
2. Quanti anni avevi? In che situazione ti trovavi?
3. Perché fumi tutt'ora?
4. Hai mai pensato di smettere?
5. Hai mai provato a smettere?
6. Il fumo degli altri ti dà fastidio? Se sì, come ti comporti?

Per gli ex-fumatori

1. Perché hai iniziato a fumare?
2. Quanti anni avevi? In che situazione ti trovavi?
3. Quando hai deciso di smettere? Perché?
4. Come hai smesso di fumare?
5. Quali aspetti positivi hai conquistato da quando non fumi più?
6. Adesso il fumo degli altri ti dà fastidio? Se sì, come ti comporti?
7. Come può un ex fumatore aiutare altri a smettere?

Per i non fumatori

1. Hai mai provato a fumare?
2. Se sì, quanti anni avevi e in che situazione ti trovavi?
3. Perché hai scelto di non fumare?
4. Cosa ritieni "perda" il fumatore?
5. Come ti senti quando ti trovi in mezzo ad amici che fumano?
6. Il fumo degli altri ti dà fastidio? Se sì, come ti comporti?

Figura 9. Scheda di lavoro per l'attività 10

ATTIVITÀ 11: IL FUMO PASSIVO

Obiettivo: aiutare i ragazzi a riflettere sui danni provocati dall'abitudine al fumo.

Descrizione: l'insegnante spiega agli alunni le differenze tra fumo attivo e passivo e invita poi gli alunni a disegnare delle situazioni che rappresentino il fumo attivo e quello passivo, tipo quella rappresentata in Figura 10.

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 11

Esistono due tipi di fumo: attivo e passivo. Il fumo attivo è quello che viene direttamente inalato da un fumatore, mentre il fumo passivo è quello che viene inalato involontariamente dalle persone che si trovano accanto ai fumatori. Il fumo più dannoso è quello che esce dalla punta della sigaretta, dove avviene la combustione. Questo fumo è ricco di sostanze cancerogene e tossiche generate dalla combustione della sigaretta, poiché non è passato né attraverso il filtro della sigaretta, né attraverso i polmoni del fumatore. L'esposizione al fumo passivo comporta quindi gli stessi rischi, seppure in quantità minore, che hanno i fumatori.



Figura 10. Esempio di disegno per l'attività 11

ATTIVITÀ 12: GIOCO DI PAROLE

Obiettivo: aiutare i bambini a riflettere sui danni provocati dal fumo sull'organismo.

Descrizione: l'insegnante fotocopia la scheda sotto (Figura 11) la distribuisce ai bambini e chiede loro di rispondere alle definizioni e inserire le risposte negli spazi vuoti. La soluzione mostrerà quali problemi il fumo può causare.

Leggi attentamente le seguenti definizioni, trova la risposta corretta e inseriscila negli spazi vuoti

DEFINIZIONI

- 1) Articolo determinativo maschile singolare...
- 2) Per freddo e forti emozioni viene la pelle d'...
- 3) Articolo determinativo femminile singolare...
- 4) Automobile in inglese...
- 5) Prima persona maschile singolare...
- 6) Frequentano la scuola...

__ FUMO PROV __ MA __ TTIE __ D __ VA __

SOLUZIONE

Il fumo provoca malattie cardiovascolari

Figura 11. Scheda per l'attività 12

ATTIVITÀ 13: CREA UNO SPOT

Obiettivo: aiutare i bambini a comprendere i danni provocati all'organismo dal fumo

Descrizione: l'insegnante chiede ai ragazzi di dividersi in squadre. Ogni squadra dovrà preparare una "pubblicità progresso" sui danni provocati dal fumo di tabacco. I ragazzi potranno scegliere se rappresentare un vero e proprio spot recitato, sul tipo della pubblicità televisiva, oppure se creare un manifesto con uno slogan utilizzando collage o disegni (Figura 12). Alla fine riunisce il gruppo classe e chiede loro di stabilire qual è la migliore pubblicità prodotta.



Figura 12. Un esempio di creazione di uno spot

Attività pratiche per le scuole secondarie

Introduzione

Il consumo di tabacco, nella maggior parte dei casi, inizia nella prima adolescenza e si stabilizza nella seconda decade della vita (Carvajal, 2000). Questo comportamento assume per gli adolescenti diverse e numerose valenze, tra queste per esempio: lo sperimentare le proprie potenzialità e i propri limiti (Gabhain & Francois, 2000), assumere uno status di adulto, soddisfare un bisogno di trasgressione (Ravenna, 1977).

L'influenza sull'abitudine al fumo è esercitata sia all'interno della famiglia, sia dagli amici, per questo motivo è di estrema rilevanza per la prevenzione del tabagismo affrontare l'argomento nell'ambiente scolastico, utilizzando diverse tecniche di comunicazione.

ATTIVITÀ 1: TUTTI FUMANO. COME, DOVE, QUANDO?

Obiettivo: Comprendere le norme che regolano i consumi tabagici tra adolescenti partendo dall'analisi della situazione reale.

Descrizione: l'insegnante divide gli alunni in piccoli gruppi e consegna loro le fotocopie del paragrafo Comportamenti tabacco-correlati: aspetti epidemiologici di questo volume (pagina 55-57). Assegna a ciascun gruppo l'analisi dei dati in relazione ad uno dei seguenti temi:

- differenze nei consumi tabagici tra maschi e femmine
- evoluzione e cambiamenti dei consumi tabagici in funzione dell'età
- uso di tabacco e occasioni sociali

Al termine dei lavori di gruppo, l'insegnante organizza una plenaria con i resoconti dei piccoli gruppi e chiede che la classe discuta i propri specifici comportamenti tabacco-correlati mettendoli in relazione con quelli riscontrati nei dati della ricerca.

ATTIVITÀ 2: ANALISI DI IMMAGINI SPORTIVE E PUBBLICITARIE

Obiettivo: promuovere la consapevolezza dei messaggi pubblicitari relativi alla vendita di sigarette attraverso l'analisi delle immagini sportive e pubblicitarie ⁶.

Descrizione: l'insegnante si procura delle riviste sportive o di moda e attualità, cercando in esse la immagini che, direttamente o indirettamente, sono correlate al tabacco. Invita, quindi, la classe a discutere tenendo come riferimento le domande seguenti:

- quali informazioni, valori, principi intendono veicolare queste immagini a proposito del tabacco?
- perché queste immagini vengono proposte in questo modo?
- chi è il bersaglio ideale di chi ha “costruito” queste immagini?

Al termine dell'esercizio l'insegnante propone agli studenti il seguente testo (Figura 13), contenente informazioni relative alla forte associazione esistente tra strategie di marketing delle multinazionali del tabacco e consumi di tabacco in adolescenza. Terminata la lettura, propone una discussione su quanto letto.

Marketing e consumi di tabacco in adolescenza

Ogni anno le multinazionali del tabacco investono circa 4.000 milioni di dollari in pubblicità. Di questi, 2/3 sono utilizzati per attività promozionali (concerti e eventi sportivi) e per la cosiddetta pubblicità passiva o occulta (logo sulle automobili sportive o negli stadi).

Si è calcolato che ogni adolescente, per ogni spot contro la droga, assiste al almeno 25-50 spot relativi a tabacco, birra e bevande alcoliche.

In America esistono molti studi che dimostrano come i rotocalchi e periodici, all'aumentare degli spazi pubblicitari acquistati delle multinazionali del tabacco diminuiscono gli articoli che descrivono i rischi per la salute correlati al consumo di tabacco.

Una recente ricerca ha dimostrato che negli ultimi 25 anni la probabilità di pubblicare un articolo sui rischi correlati al fumo di sigaretta è diminuita del 38% per quelle riviste che raccolgono notevoli introiti da pubblicità che hanno a che fare con il tabacco. Tale diminuzione è ancora più marcata se si analizzano i rotocalchi femminili. Nel quinquennio compreso tra il 1983 e 1987 dei cinque rotocalchi a maggior diffusione tra le lettrici americane, non ha mai dedicato anche una sola colonna sui pericoli del fumo. Questo tra l'altro è avvenuto proprio nel quinquennio in cui il cancro al polmone ha superato il cancro alla mammella come prima causa di morte nelle donne.

Tra le adolescenti, l'abitudine al fumo è aumentata enormemente intorno al 1967, l'anno in cui proprio le donne sono diventate il target di un'aggressiva campagna pubblicitaria da parte delle multinazionali del tabacco, con nuove marche quali le Virginia Slims.

Una ricerca in America ha dimostrato come effettivamente la campagna americana delle sigarette Camel, basata sull'utilizzo di un personaggio dei cartoni e nome Joe Camel, abbia prodotto un enorme impatto sui giovani spettatori. Joe Camel ha uno stile alla James Bond sempre in sella a moto di grande cilindrata, ai bordi di una piscina o a spasso con bellissime ragazze. Joe C. mentre fuma ha sempre un look e un aspetto assai attraente. Rispetto ad un campione adulto, più del doppio degli spettatori bambini che avevano assistito allo spot avente come protagonista Joe C., sono stati in grado di associarlo alle sigarette Camel e hanno definito questa pubblicità assai divertente. In effetti, a tre anni di distanza dall'introduzione di Joe C., la preferenza degli adolescenti nei confronti delle sigarette Camel è passata dallo 0,5% al 32%, durante lo stesso periodo la vendita delle sigarette Camel ai minori è passata da un fatturato di 6 milioni di dollari ad uno di 476.

Uno studio condotto dai CDC (il principale organismo statunitense di prevenzione) ha dimostrato come le marche di sigarette più acquistate siano le stesse che sono state maggiormente pubblicizzate.

Figura 13. Lettura per l'attività 2

⁶ Tratto da Pellai A, Boncinelli S. *Just do it*. Milano: Franco Angeli Editore; 2004.

ATTIVITÀ 3: IMPARARE A PRENDERE DECISIONI

Obiettivo: far riflettere gli alunni su cosa succede in situazioni di “offerta” e di “contatto” con il fumo di tabacco, al fine di riconoscere i vari tipi di pressione che spingono a diventare fumatori ⁷.

Descrizione: L’attivazione è suddivisa in due parti. All’inizio, l’insegnante divide la classe in quattro gruppi. Consegna a ciascun gruppo una busta che conterrà uno dei temi indicati nella scheda di lavoro che segue (Figura 14). Ogni gruppo dovrà realizzare una drammatizzazione sull’argomento assegnato, utilizzando come sede lo spazio dell’aula. L’insegnante dovrà consentire ai ragazzi di esprimersi il più liberamente possibile. Al termine delle rappresentazioni l’insegnante aprirà la discussione facendo riflettere i ragazzi.

<p>IMPARARE A PRENDERE DECISIONI</p> <p>I Temi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ne vuoi? - Sai, ho provato... cosa ne dici...? - ... lo allora ho detto no. - ... lo allora ho detto sì. <p>I personaggi per ogni scenetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un ragazzo /una ragazza della vostra età, protagonista di questa storia. - Il gruppo degli amici. - Eventuali altri (genitori che passano di lì, fratelli, fidanzati del protagonista...) <p>Ambientazione e caratteristiche dei personaggi A scelta degli attori.</p>
--

Figura 14. Scheda di lavoro per l’attività 3

ATTIVITÀ 4: GIOCHIAMO CON IL TEATRO

Obiettivi: far riflettere la classe sui meccanismi psicologici che intervengono in situazioni comuni di contatto tra fumatori e non fumatori: la vergogna, l’imbarazzo, il timore di limitare la libertà altrui; rafforzare negli alunni non fumatori la consapevolezza del proprio diritto a non respirare il fumo passivo e, nel contempo, la tolleranza verso i fumatori; incentivare nei ragazzi fumatori il rispetto per la salute di chi non fuma.

Descrizione: l’insegnante divide la classe in sottogruppi e propone la rappresentazione di una situazione comune (Figura 15), sulla quale riflettere in un secondo momento. In ogni gruppo ci saranno due protagonisti ai quali l’insegnante stesso avrà affidato “in via segreta” un biglietto con il profilo sintetico del personaggio che metteranno in scena (es. età, sesso e condizione del personaggio). (Figura 16). Questo per arricchire la riflessione seguente la drammatizzazione, poiché sembra che la salute di alcuni valga più di quella di altri (per esempio è più facile che il divieto venga rispettato se è presente una donna in gravidanza). Per i ragazzi spettatori, invece, viene proposta una scheda di osservazione che invita ad accorgersi di alcuni elementi all’interno delle drammatizzazioni (Figura 17).

⁷ Attività tratta da “progetto giovani fumatori” <http://servizi.comune.fe.it/index.phtml?id=3325> (ultima consultazione 04/03/2009).

GIOCHIAMO CON IL TEATRO

Regole
 La classe viene suddivisa in gruppi, ognuno dei quali, a turno, svolgerà la scena. Quando un gruppo recita, gli altri osservano cercando di fare attenzione ai dialoghi, ai movimenti, ai comportamenti di tutti i personaggi. Per ogni scena occorrono da un minimo di 3 ad un massimo di 6 persone. Ogni attore riceve un biglietto con indicate le caratteristiche del suo personaggio, delle quali dovrà tenere conto durante la drammatizzazione. I membri del gruppo non possono accordarsi in anticipo.

Personaggi

- il fumatore che trasgredisce il divieto (indispensabile)
- il non fumatore che ne è infastidito (indispensabile)
- altri viaggiatori (almeno 1, fino ad un massimo di 3)
- un controllore (eventuale)

Trama
 Siamo nel corridoio di un treno per non fumatori. Anche nel corridoio è vietato fumare, eppure qualcuno accende una sigaretta (il fumatore) e c'è una persona in particolare che è infastidita dal suo comportamento (il non fumatore). Sono presenti altri viaggiatori. Ad un certo momento può arrivare il controllore. Che cosa succederà?
 La scena può essere riprodotta alcune volte, con un andamento diverso a seconda delle caratteristiche dei personaggi.

Figura 15. Scheda di lavoro per l'attività 4. Traccia per la drammatizzazione

Non fumatore	Hai 14 anni. Non hai mai provato a fumare e non sai che cosa significhi tenere una sigaretta in mano. Sei timido e hai un forte rispetto per gli altri.	Sei una donna di 27 anni al II mese di gravidanza, la pancia non c'è ancora. A te scegliere se essere timida o decisa, e se chiedere o no di spegnere la sigaretta.	Hai 65 anni e hai una forte tosse e raffreddore. Sei un tipo piuttosto timido, anche se qualche volta sai farti valere.	Hai 35 anni, godi di perfetta salute, ma ti dà fastidio il fumo, soprattutto quando si attacca agli abiti che indossi.
Fumatore	Fumi 50 sigarette al giorno, per te è impossibile smettere di fumare. Hai 55 anni.	Hai un carattere timido e rispettoso, ma il fumo è pur sempre uno dei piaceri della tua vita... Hai 18 anni.	Sei un tipo piuttosto determinato, per te fumare è dimostrare di essere indipendente. Hai 16 anni.	Sei molto nervoso perché qualcuno ti ha tirato un bidone, così ti accendi una sigaretta. Hai 25 anni.
Viaggiatore	Scegli sesso, età e caratteristiche del tuo personaggio. Pensaci sopra e poi entra in scena.			
Controllore	Scegli sesso, età e caratteristiche del tuo personaggio. Scegli se e quando entrare in scena.			

Figura 16. Scheda di lavoro per l'attività 4. Le caratteristiche dei personaggi

Scheda di osservazione

Il non fumatore
 Chiede di spegnere la sigaretta? In che modo? (fare attenzione alle parole ma anche al linguaggio non verbale)
 Fa appello alla cortesia dell'altro? Ad un proprio disagio? Alla legalità?

Il fumatore
 Accetta di spegnere la sigaretta? Con quali motivazioni? Con quale atteggiamento?

Altri passeggeri
 Come si comportano?

Il controllore
 Come si comporta?

Figura 17. Scheda di osservazione per l'attività 4

PREVENZIONE DELL'ABUSO DI SOSTANZE PSICOTROPE E STUPEFACENTI

Pietro Casella (a), Stefania Ballesi (a), Adalgisa Ceccano (a), Antonella Corbisiero (a), Donatella Grossi (a), Clara Marino (a), Elettra Santarelli (b), Cristina Parpaglioni (c), Lucio D'Alessandris (d)
(a) UOC Dipendenze ASL RM E Regione Lazio, (b) UOC Tutela età evolutiva ASL RM E Regione Lazio, (c) Coop. Soc. "Magliana '80", Roma (d) Associazione "La Promessa", Roma

Introduzione

Negli ultimi anni si è intensificato il dibattito tra gli esperti e i diversi *stakeholders* relativamente alla prevenzione nel campo dei consumi di sostanze psicotrope e stupefacenti. L'aumento, tanto reale quanto percepito, della diffusione dei consumi di diverse sostanze, così come l'estensione a fasce di popolazione e di età precedentemente non coinvolte, sollecita la discussione, scientifica prima che politica, sulla necessità di individuare le migliori strategie e metodologie per una prevenzione efficace.

È oramai consolidata la cultura dell'efficacia degli interventi, sia in ambito terapeutico che preventivo, così come è accertato che occorre distinguere tra interventi efficaci e interventi non efficaci o addirittura dannosi.

Sia a livello di istituzione sanitaria che scolastica e familiare si avverte l'esigenza di intervenire per contrastare la diffusione del consumo di sostanze, così come l'aumento della domanda deve necessariamente ottenere risposte contrassegnate da stringenti requisiti di competenza ed efficacia.

Il mondo dei consumi delle sostanze ha conosciuto e sta conoscendo cambiamenti repentini, sia per quanto riguarda il numero e la tipologia di sostanze usate, sia relativamente ai comportamenti che ne determinano il consumo, sia riguardo alle percezioni e ai parametri di accettabilità sociale; tutto questo richiede una profonda riflessione orientata al contesto (riferimenti normativi, soggetti coinvolti nei consumi, attori responsabili della diffusione di modelli comportamentali, caratteristiche delle sostanze, effetti diretti e indiretti, ecc.) e al coinvolgimento di tutti i portatori di interesse (famiglia, scuola, sanità, servizi sociali, agenzie educative, settori commerciali, ecc.) nell'ottica di intraprendere quelle azioni definibili di "prevenzione territoriale" che, grazie alle logiche di sinergia e di "sistema di prevenzione", possono avere le maggiori probabilità di risultato.

Lo scopo del presente lavoro è proporre un approccio di indagine del fenomeno e del contesto e di fornire indicazioni utili a tutti coloro che sono interessati ad intraprendere azioni di prevenzione e promozione della salute.

Il consumo di sostanze, l'abuso, la dipendenza sono state variamente definite nel tempo in funzione di numerosi fattori, legati alle conoscenze ma soprattutto a canoni di accettabilità/condanna sociale, culturale ed economica. L'uso di determinate sostanze è passato di volta in volta dall'essere considerato un comportamento accettato, dove non addirittura elogiato (es. l'elogio del papa Leone XIII del "vin Mariani" contenente cocaina intorno al 1865) alla disapprovazione, fino ad essere giuridicamente perseguito.

Attualmente possiamo distinguere, in funzione dei comportamenti, il semplice consumo dal consumo problematico o abuso e dalla dipendenza, quest'ultima essendo distinguibile in fisica e psichica in funzione di specifiche caratteristiche relative sia all'assuntore che alla sostanza stessa.

La dipendenza, o *addiction*⁸, è definibile come un disturbo mentale, ad andamento cronico recidivante, causata dall'interazione complessa di variabili biologiche e ambientali, caratterizzata da un'assunzione compulsiva di sostanze nonostante le conseguenze sfavorevoli.

La complessa combinazione di fattori biologici e ambientali rende conto della variabilità con cui si possono manifestare fenomeni di consumo e con cui si possa o meno realizzare un passaggio dal semplice uso al consumo problematico e alla dipendenza. È noto, infatti, come possano coesistere modelli di comportamento di uso sporadico di determinate sostanze destinate ad autolimitarsi e che non evolveranno mai verso una franca dipendenza. È fondamentale perciò riuscire ad individuare quei fattori predittivi e determinanti le modalità di comportamento future su cui poter agire in termini preventivi.

Studi neurobiologici sempre più raffinati sono in grado di dimostrare la presenza di circuiti neuronali il cui funzionamento determina diverse manifestazioni comportamentali relative all'uso delle sostanze, strutture geneticamente determinate che giocano un ruolo nell'interazione con fattori e caratteristiche acquisite nel determinare risposte comportamentali: l'esistenza di differenti meccanismi neuronali può agire positivamente o negativamente nell'indurre o nel reiterare l'uso, l'abuso o la dipendenza da determinate sostanze disponibili nell'ambiente.

Non va mai dimenticato che le caratteristiche individuali, congenite o acquisite, potranno realizzare determinati comportamenti solo relativamente a sostanze dotate di caratteristiche intrinseche atte a dare effetti percepiti come gratificanti (*liking*), ad essere funzionali a bisogni psichici della persona e a dare tolleranza, craving e astinenza (Figura 1).

- Tolleranza: bisogno di assumere quantità gradualmente crescenti di una sostanza per ottenere lo stesso effetto.
- *Craving*: forte senso di attrazione compulsiva verso sostanze, con il corollario di sintomi fisici ed emotivi e la messa in atto di strategie comportamentali finalizzate unicamente all'assunzione della sostanza stessa.
- Astinenza: sintomatologia di diverso grado e aspetto che si manifesta quando si sospende l'assunzione di una sostanza e che scompare quando la sostanza viene nuovamente assunta.
- Dipendenza: può essere psichica e fisica
 - dipendenza psichica: condizione psicologica per cui la sostanza produce una sensazione gratificante e provoca la spinta a reiterare il consumo per ripetere l'esperienza piacevole o evitare sensazioni spiacevoli
 - dipendenza fisica: si instaura dopo assunzione protratta di sostanze capaci di determinarla, le quali inducono trasformazioni biochimiche che si traducono nella comparsa di una sintomatologia fisica (astinenza) che scompare dopo l'assunzione della sostanza stessa.

Figura 1. Alcune definizioni relative all'uso di sostanze psicotrope/stupefacenti

Le ultime indagini sulle stime del consumo di sostanze in Italia sembrano confermare che esiste un'associazione tra la maggior probabilità di consumo di sostanze illegali e la presenza di fattori quali il fumo di tabacco, il consumo di alcol o tranquillanti o la presenza di alcune condizioni socio-economiche sfavorevoli. La presenza o assenza di questi fattori introduce il concetto di fattore di rischio e di fattore protettivo: il bilancio tra la presenza di questi fattori, l'interazione con caratteristiche individuali, congenite o acquisite, che rendono più o meno suscettibile, con caratteristiche ambientali (es. a. stressante, a. protettivo, a. incentivante l'uso, ecc.) e con caratteristiche farmacologiche intrinseche alla sostanza psicoattiva, viene definito dal concetto di **vulnerabilità individuale**, ovvero la probabilità che, grazie alla presenza

⁸ *Addiction*: dal latino *addictus* = schiavo.

combinata di tutti questi diversi fattori, l'individuo possa incorrere in comportamenti di uso o abuso di sostanze stupefacenti.

La distinzione tra fattori congeniti e acquisiti è stata anche alla base degli studi di Cloninger il quale, nella sua teoria psicobiologica della **personalità**, asserisce che questa è un “*sistema gerarchico complesso che può essere suddiviso in distinte dimensioni psicobiologiche: il **temperamento**, disposizione biologica derivata da un substrato genetico o costituzionale che sottintende il livello di energia e la qualità dell'umore e il carattere, insieme di qualità personali che permettono l'adesione dell'individuo a valori e costumi, caratteristiche acquisite che originano da esperienze in età evolutiva all'interno della struttura familiare*” (Cloninger, 1987).

Sulla base di questa teoria, sono state descritte 4 aree della personalità, indagabili attraverso un questionario messo a punto dallo stesso autore (*Temperamental and Character Inventory; TCI*; Cloninger, 1994):

Novelty seeking: attitudine alla ricerca delle esperienze nuove

Harm avoidance: tendenza ad assumere comportamenti di evitamento del danno

Reward dependence: dipendenza da eventi di ricompensa

Persistence: determinazione nel raggiungimento di obiettivi.

Numerosissimi studi reperibili sulla letteratura internazionale, condotti utilizzando il TCI, hanno potuto stabilire una correlazione significativa tra la presenza abnorme di questi tratti di personalità (soprattutto la *novelty seeking*) e il consumo di sostanze psicotrope, in particolar modo il consumo di alcol.

Per concludere, recentemente sta assumendo sempre maggior importanza la lettura che potremmo definire “sociologica” del fenomeno: sta divenendo marginale la figura, meglio la sua definizione, del “tossicodipendente” che viene progressivamente sostituita dalla figura del “consumatore”.

Il termine riconduce all'immagine generica del soggetto consumatore attorno al quale si sviluppano le moderne tecniche di marketing, inteso come “*processo mediante il quale una persona o un gruppo ottiene ciò che costituisce l'oggetto dei propri desideri creando e scambiando prodotti e valore con altri (transazione)*” (Kotler, 2002). Il consumatore viene posto al centro delle strategie aziendali: analisi, obiettivi, strategie sono orientate alla soddisfazione dei bisogni dei consumatori. L'individuazione del target, l'attenta conoscenza dei suoi bisogni, attitudini, valori, la segmentazione del gruppo, il posizionamento del prodotto nella scala di valori, credenze, immaginari, attraverso forme di comunicazione e persuasione che fanno uso delle più moderne tecniche psicologiche, hanno come obiettivo quello di persuadere e fidelizzare il consumatore e costruire il consenso allargato e l'approvazione del contesto sociale interessato. In casi estremi, per la promozione di un prodotto, la pubblicità utilizza messaggi conformi a scale di valore che attentamente analizzate rappresentano il substrato su cui si innestano comportamenti devianti.

L'acquisizione delle tecniche di marketing sociale consente di porsi sul mercato, posizionando il proprio prodotto, ovvero la promozione della salute, in una logica di competizione, coinvolgendo le risorse territoriali e sociali, con la finalità di convincere all'adozione di stili di vita sani.

Definizione del problema

La diffusione dei vari tipi di droghe interessa un numero considerevole di giovani e non, spesso sia incuranti e inconsapevoli dei pericoli, sia privi di orientamenti e stimoli positivi per la propria vita. Il consumo di droghe, non solo non tende a diminuire ma fa registrare un incremento

per quanto riguarda l'assunzione di *cannabis* e cocaina, a cui si aggiungono alcol e tabacco. Anche per l'eroina, non solo non ci sono segnali di recessione, ma il suo consumo è in aumento, attraverso nuove forme di assunzione (fumo, inalazione) solo apparentemente meno nocive.

Il consumo di cannabinoidi coinvolge oltre un terzo dei giovani ed è un comportamento considerato normale da parte dell'opinione pubblica, mezzi di informazione e soggetti istituzionali, mentre il consumo di cocaina, passato da droga di élite a droga di massa, registra un aumento per fasce sempre più diversificate così come l'uso di *ecstasy* e anfetamine.

Fattori associati all'uso di sostanze

Rispetto al consumo di tutte le sostanze illegali il fattore maggiormente associato risulta essere un pregresso uso di psicofarmaci per l'eroina, cocaina e *cannabis*; a seguire uno stato economico medio alto per cocaina e *cannabis* e una scolarità medio-alta soprattutto per la *cannabis*.

Non fumare tabacco è il principale fattore di protezione che si associa al non uso di altre sostanze, così come l'aver una situazione familiare stabile. Tutte queste associazioni sono riferite al mero consumo, ma quando si parla di consumo problematico dell'abuso e della dipendenza, i fattori di svantaggio sociale (bassa scolarità e basso reddito) recuperano il loro peso.

Tra i soggetti con maggiore reddito si ha una proporzione maggiore di consumatori di cocaina e *cannabis* (soprattutto con più elevata scolarità) mentre tra i soggetti con condizione di svantaggio personale, si sperimentano tutti gli aspetti legati alle problematiche dei consumi illegali.

Panorama nazionale e internazionale

L'andamento del consumo di droghe negli altri paesi europei non si discosta significativamente dalla situazione italiana, con punte di forte diffusione del consumo di sostanze sintetiche in Gran Bretagna e Paesi Bassi, di *cannabis* in Francia e Spagna e di eroina in Germania.

In Italia nel 2007 sono attivi 555 Ser.T. che hanno in carico circa 70.000 soggetti tossicodipendenti (un aumento del 2,2% rispetto all'anno precedente), ma la maggioranza è dipendente principalmente da eroina mentre i soggetti che fanno uso solo di *cannabis*, *ecstasy* e cocaina costituiscono una percentuale irrilevante, non presentandosi mai nei centri (Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia per l'anno 2007).

I dati sulla diffusione dell'uso di sostanze psicoattive nella popolazione fra i 15 e i 64 anni, provengono dalle indagini IPSAD Italia, effettuate dal CNR nell'anno 2001, nel 2003 e nel 2005. La problematicità dei consumi dipende da molte variabili come la frequenza/intensità dell'uso, la biologia individuale, la tossicità specifica generale e di organo dei singoli consumi.

Popolazione generale

Consumi di alcol

Tra il 2001 e il 2005 è diminuito il numero degli assuntori di alcol nei soggetti di sesso maschile tra i 15 e i 44 anni. Si è passati dall'89% nel 2003 all'86% nel 2005. Nelle donne invece la diminuzione non risulta rilevante: 75% di consumatrici nel 2003, 74% del 2005 (Figura 2).

Pur in presenza di una riduzione globale dei consumi, bisogna considerare i nuovi modelli di consumo, soprattutto tra i giovani (es. *binge-drinking*, ovvero una modalità di abuso di grandi

quantità di alcol concentrate nel tempo, in assenza di uso continuativo) che sta portando a problemi più gravi nel breve e medio termine.

Una percentuale più elevata di consumatori è presente nel Friuli Venezia Giulia (82%), nel Piemonte (82%) e in Veneto (circa 81%), mentre le regioni nelle quali si registrano i minori consumi sono Sardegna, Marche, Calabria, Campania (79%) e Lazio (78%).

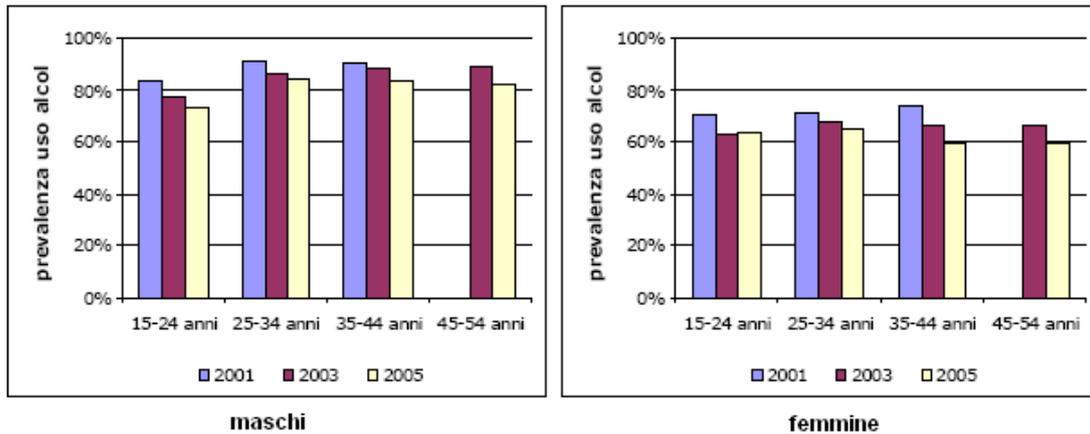


Figura 2. Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione generale. Elaborazione sui dati IPSAD Italia 2003 e 2005

Consumi di tabacco

Per quanto riguarda il consumo di tabacco c'è stato un aumento significativo tra i soggetti di sesso femminile compresi fra i 15 e i 34 anni (Figura 3); si va dal 29,5% del 2003 al 31,3% del 2005 (+6,4%).

Nello stesso periodo, negli individui di sesso maschile di tutte le classi di età, c'è stata invece una diminuzione nei consumi: dal 35% del 2003 al 32,7% del 2005 (-6,6%).

La distribuzione dei consumatori tra i 15 e i 54 anni nelle varie regioni d'Italia oscilla tra il 34% del Piemonte e il 30% della Calabria.

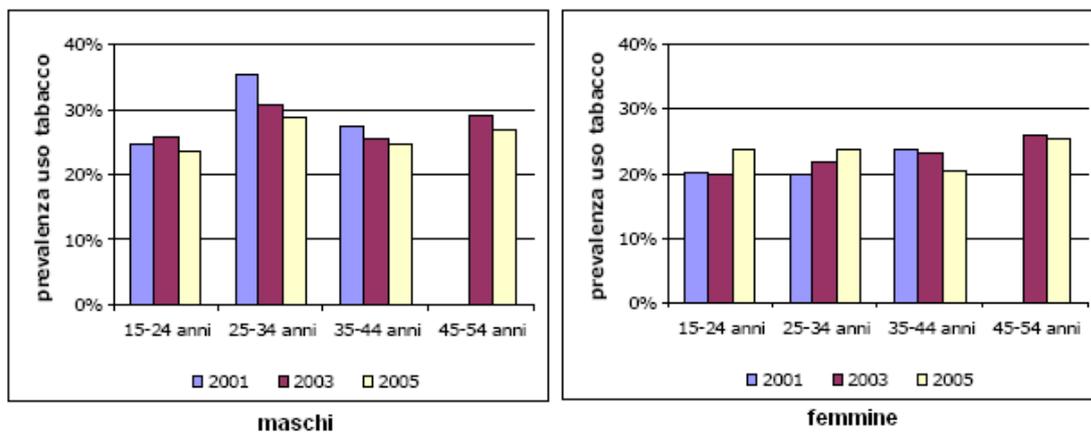


Figura 3. Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione generale. Elaborazioni sui dati IPSAD Italia 2001, 2003 e 2005

Consumi di eroina

Per i consumi di eroina si registra tra il 2001 e il 2003 una netta diminuzione tra i soggetti di età compresa tra 15 e 44 anni ed è ancora più evidente tra i 15 e i 24 anni. I valori sono invece aumentati nel 2005 (Figura 4).

Il consumo di eroina è alto in Liguria (0,7%), Umbria e Lazio (0,5%) mentre in Basilicata, Sicilia, Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta si hanno consumi minori (0,2%).

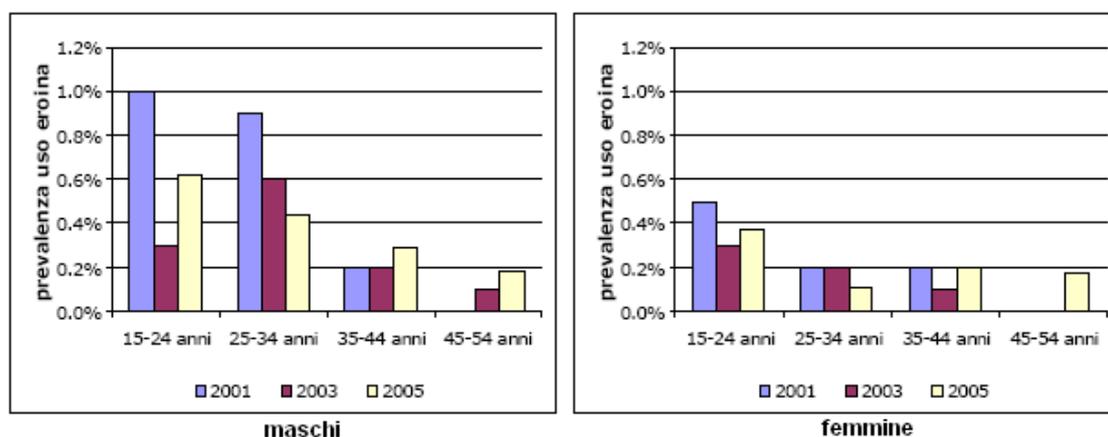


Figura 4. Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione generale. Elaborazioni sui dati IPSAD Italia 2001, 2003 e 2005

Consumi di cocaina

Negli ultimi anni (2003-2006) si osserva un trend crescente di utilizzatori, significativo per i maschi con età compresa tra 25 e 34 anni (4,7%) e per le femmine tra i 15 e i 24 anni (Figura 5). L'analisi dei consumatori assidui non evidenzia gli stessi incrementi, quindi l'aumento sembra riguardare l'area del consumo sporadico/occasionale.

La regione che ha la più alta prevalenza di consumatori è la Lombardia (4,7%) mentre i valori più bassi si registrano in Basilicata (1,1%). Dati crescenti rispetto alla media nazionale anche in Trentino-Alto Adige, Lazio, Piemonte, Toscana e Campania. Valori inferiori si rilevano in Calabria, Sicilia, Friuli e Valle d'Aosta.

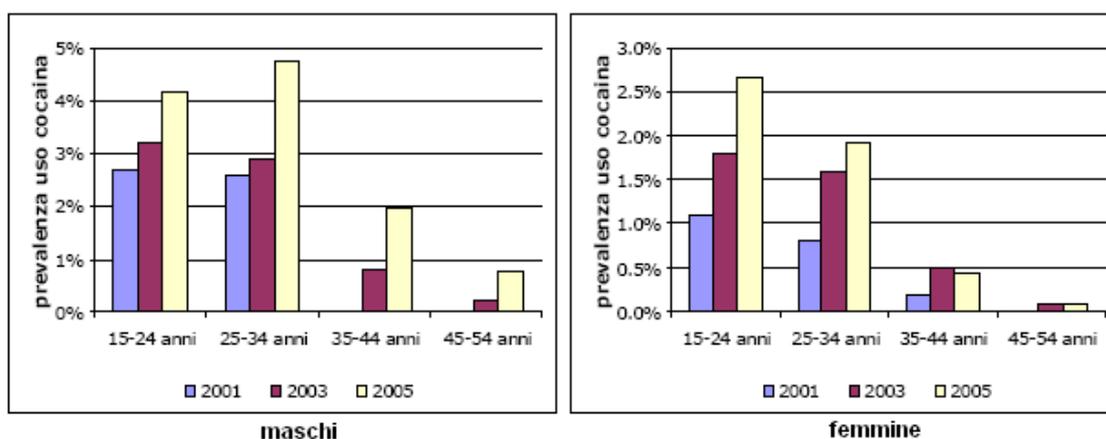


Figura 5. Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione generale. Elaborazioni sui dati IPSAD Italia 2001, 2003 e 2005

Consumi di cannabis

Si osserva un significativo aumento percentuale di chi ne ha fatto uso passando dal 22% al 33% negli ultimi anni (2003-2006). L'aumento è più rilevante (Figura 6) nelle femmine tra 25 e 34 anni e nei maschi tra 35 e 44 anni.

Considerando l'utilizzo, si osserva che il 56% dei consumatori ha con la *cannabis* un contatto sporadico (1-5 volte nell'anno), il 18% 1-20 volte l'anno, mentre il 27% la usa frequentemente (più di 20 volte l'anno).

La regione con la più alta prevalenza di consumatori è il Lazio, mentre la Basilicata è la regione con la minore prevalenza. Percentuali elevate si rilevano in Sicilia, Valle d'Aosta, Liguria, Veneto, Abruzzo, mentre valori più bassi in Emilia, Friuli, Sardegna, Molise e Puglia.

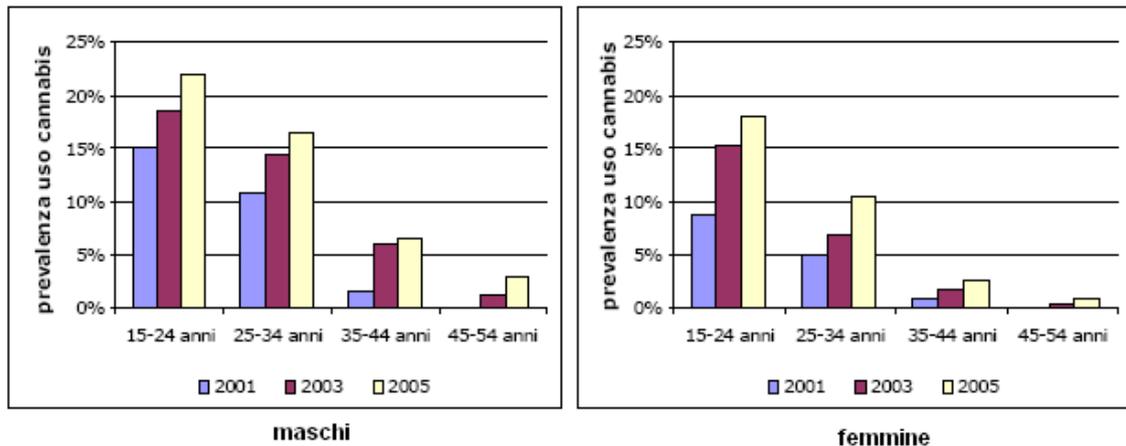


Figura 6. Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione generale. Elaborazioni sui dati IPSAD Italia 2001, 2003 e 2005

Altri consumi

Sia per gli allucinogeni che per gli stimolanti di sintesi, si osserva un incremento negli ultimi anni (Figure 7 e 8). La regione più interessata per gli allucinogeni è la Lombardia, seguita dalla Campania, Emilia Romagna, Lazio, Umbria e Veneto. Un uso minore si registra in Valle d'Aosta, Calabria e Basilicata. Lo stesso anche per l'uso di stimolanti di sintesi.

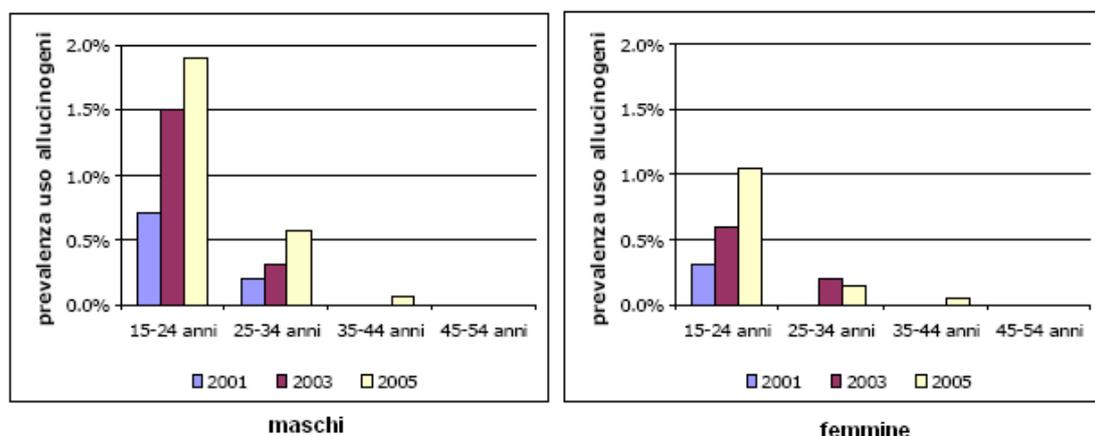


Figura 7. Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione generale. Elaborazioni sui dati IPSAD Italia 2001, 2003, 2005

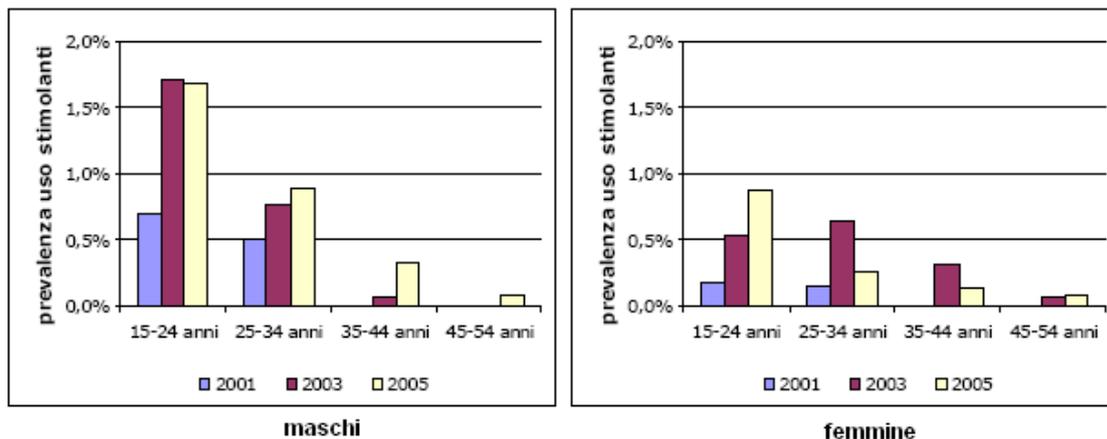


Figura 8. Uso di stimolanti di sintesi (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione generale. Elaborazioni sui dati IPSAD Italia 2001, 2003 e 2005

Policonsumo

La maggior parte di persone che consumano sostanze illegali utilizzano anche alcol (90%) e tabacco (65%). Fattori di rischio sono rappresentati dal sesso maschile, dall'età compresa fra 25 e 35 anni, dal fumo di sigaretta, dall'aver avuto esperienza di uso di psicofarmaci, dall'assenza di una situazione emotiva stabile. Le regioni più interessate sono Marche, Basilicata, Toscana e Umbria. Al contrario Calabria, Sardegna e Trentino hanno percentuali basse (Figura 9).

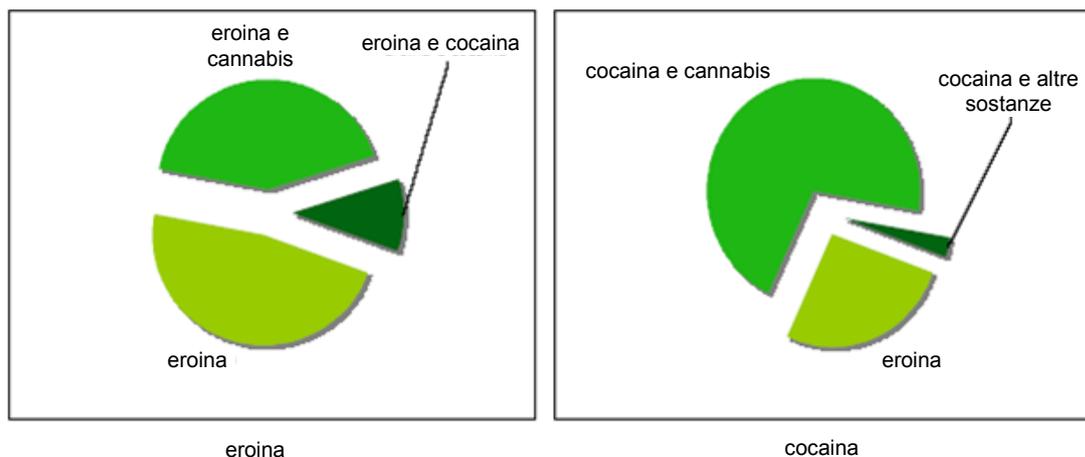


Figura 9. Distribuzione percentuale di policonsumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi. Elaborazioni sui dati IPSAD Italia 2005

Popolazione scolastica

Consumi di alcol

È ormai un dato acquisito che anche in Italia il consumo di alcol è aumentato enormemente nei giovani che vi si avvicinano sin già dalla scuola media inferiore, se non quotidianamente, almeno nel fine settimana o durante feste e gite scolastiche. Per quanto riguarda il sesso

maschile la prevalenza è leggermente superiore all'80% mentre è di circa il 70% per le femmine (Figura 10). Le percentuali più elevate di consumi di alcolici si riscontrano nelle regioni del nord, variando tra l'88% del Friuli Venezia Giulia e il 78% della Campania (Figura 11).

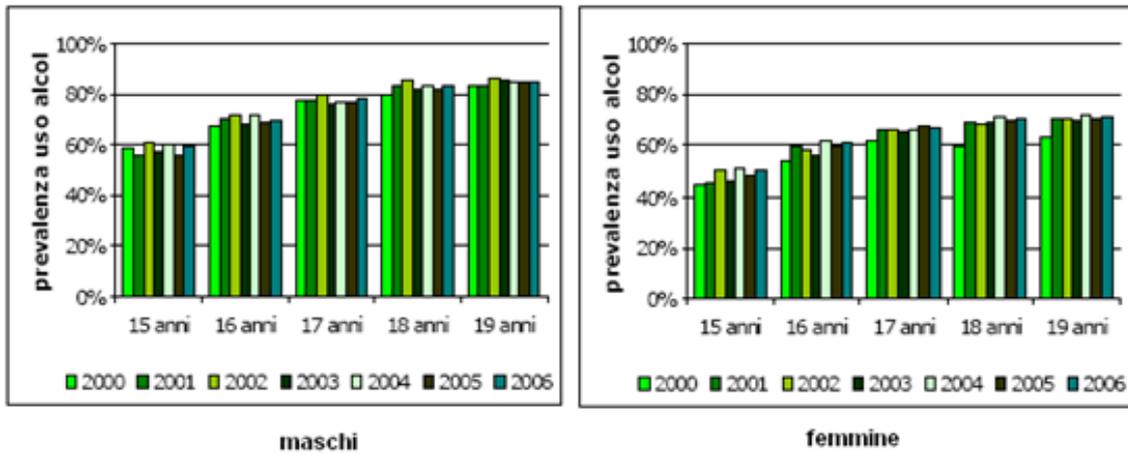


Figura 10. Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione scolarizzata (Elaborazioni sui dati ESPAD Italia dal 2000 al 2006)

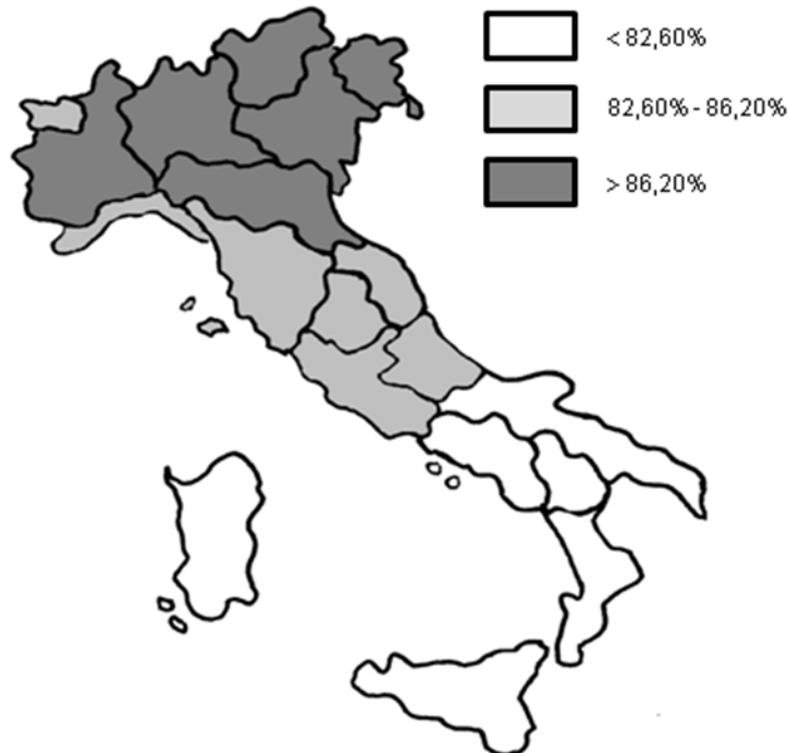


Figura 11. Distribuzione regionale della prevalenza di uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia 2006

Consumi di tabacco

La prevalenza degli studenti che fuma quotidianamente tabacco è maggiore fra le ragazze (27,2% nel 2006) rispetto ai coetanei maschi (26,6%). Questo è l'unico ambito, tra i consumi psicoattivi, in cui la prevalenza delle consumatrici supera in termini assoluti quella dei consumatori (Figura 12). Un quarto dei giovani fumatori riferisce di fumare quotidianamente.

La prevalenza del numero di consumatori di tabacco nelle varie regioni oscilla tra poco più del 29% del Lazio e il 23% della Calabria (Figura 13).

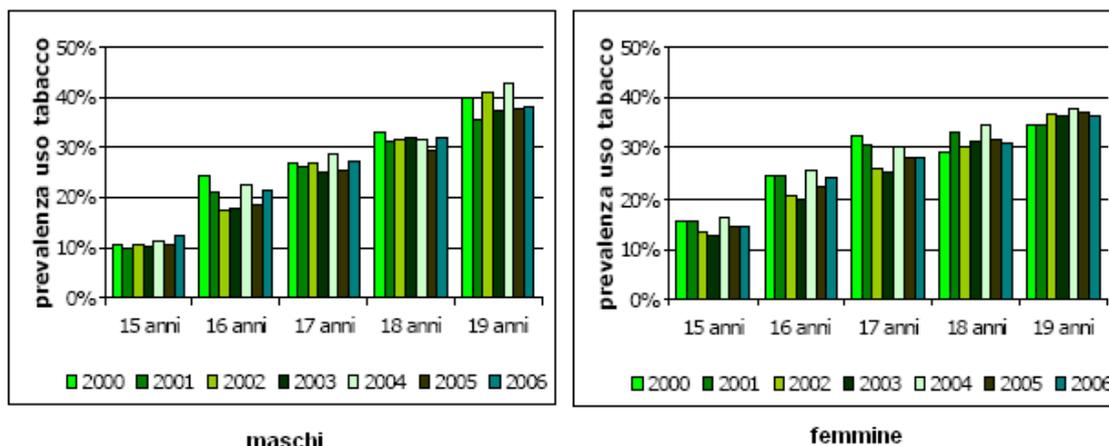


Figura 12. Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione scolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia dal 2000 al 2005

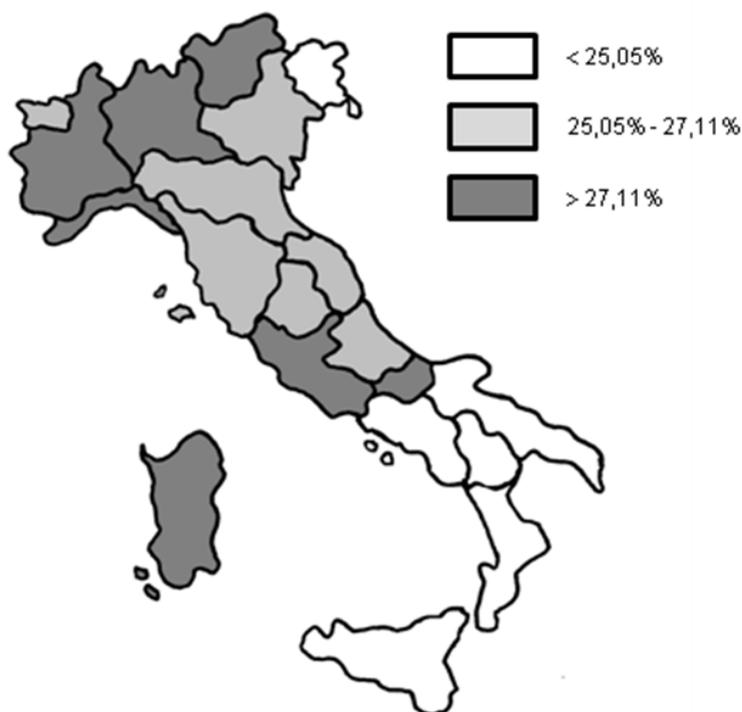


Figura 13. Distribuzione regionale della prevalenza di uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni) nella popolazione scolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia 2006

Consumi di eroina

L'eroina, dopo un periodo di flessione nei consumi, dovuta anche allo spettro dell'AIDS e all'immagine socialmente negativa dell'eroinomane, sta tornando alla ribalta con modalità di assunzione diverse quali il fumo e l'inalazione che la rendono apparentemente meno aggressiva e pericolosa, ciò è dimostrato dal fatto che la prevalenza nel 2006 è stata di circa 1,8% (Figure 14 e 15). I consumi più elevati sono riferiti quasi esclusivamente tra gli studenti di età compresa tra 16 e 18 anni per i maschi e tra 16 e 17 anni per le ragazze. Le prevalenze di studenti consumatori più elevate si sono registrate in Molise (2%) mentre le più basse in Friuli (< 1,5%).

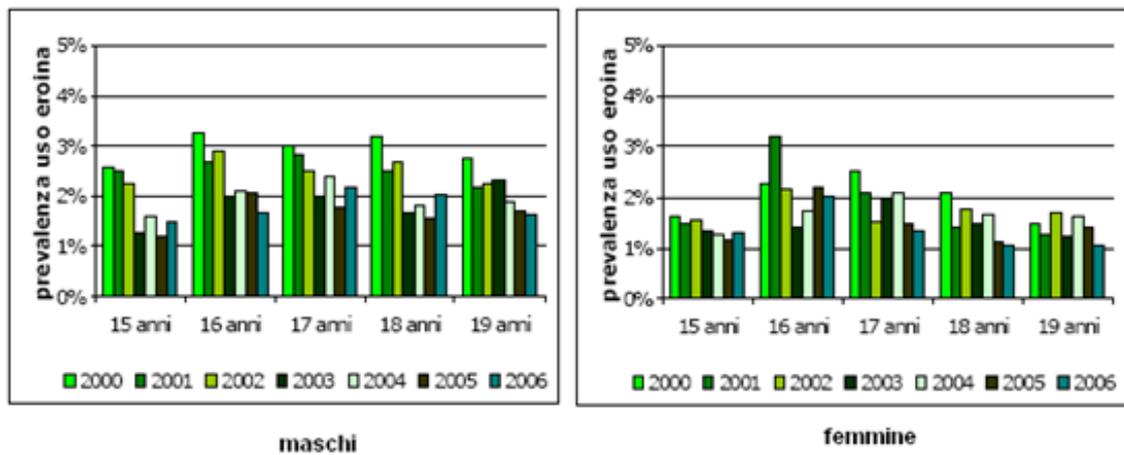


Figura 14. Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione secolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia dal 2000 al 2006

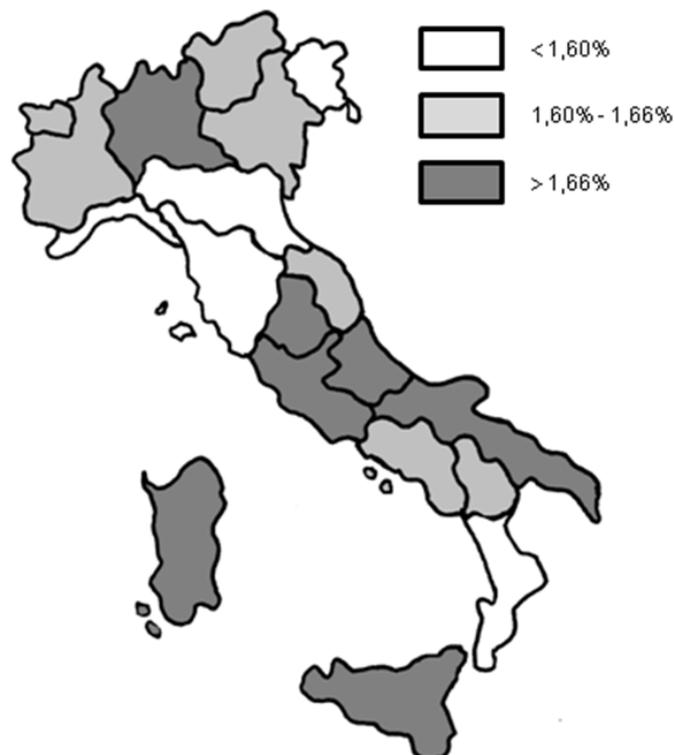


Figura 15. Distribuzione regionale della prevalenza di uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia 2006

Consumi di cocaina

Gli anni in cui si sono registrati i consumi più elevati di cocaina sono il 2004 (4%) e il 2006 (3,9%) e la distribuzione all'interno delle classi di età rimane invariata, cioè i consumi aumentano con l'aumentare dell'età (Figura 16).

La classe di età maggiormente esposta risulta essere per entrambi i sessi quella dei diciannovenni, mentre la distribuzione regionale fa registrare una diffusione maggiore nell'Umbria, Abruzzo, Lazio, Liguria e Marche. Consumi inferiori si rilevano nelle regioni del sud (Calabria, Campania, Puglia e isole), nella media nazionale invece tutte le altre (Figura 17).

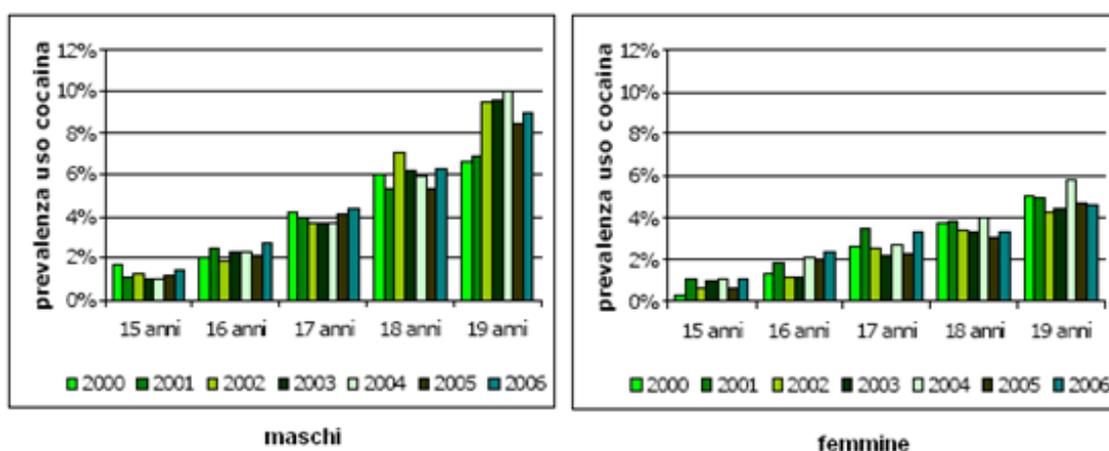


Figura 16. Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione secolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia dal 2000 al 2006

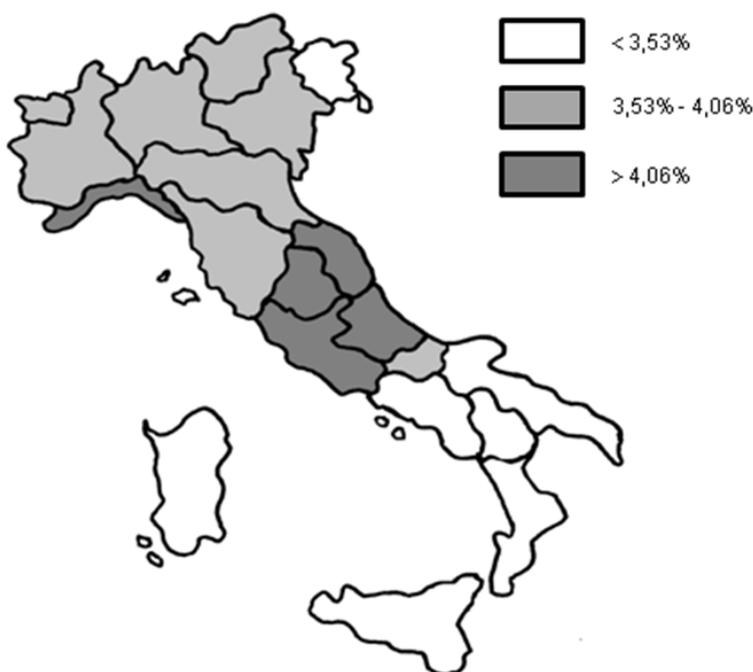


Figura 17. Distribuzione regionale della prevalenza di uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione secolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia 2006

Consumi di cannabis

Si è visto che i consumi di cannabis aumentano con l'aumentare dell'età degli studenti. Rispetto al passato c'è però un abbassamento dell'età dei primi approcci con la sostanza già nelle scuole medie inferiori. La distribuzione regionale oscilla da circa il 28% del Piemonte al 18% della Calabria. Il rischio per la salute, in particolare quello legato alla patologia mentale, sembra essere dose/dipendente e in particolare associato al quantitativo cumulativo di THC consumato prima dei 18 anni (Figure 18 e 19).

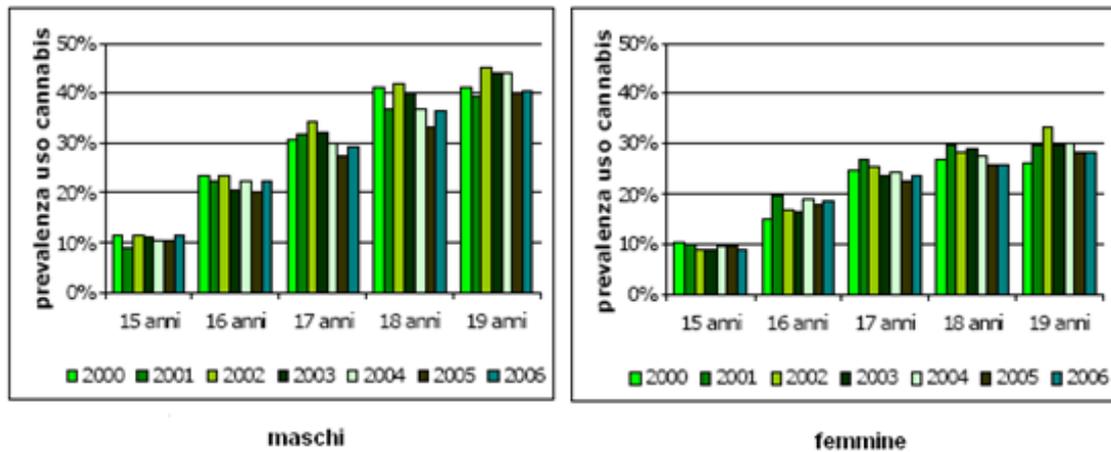


Figura 18. Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione secolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia dal 2000 al 2006

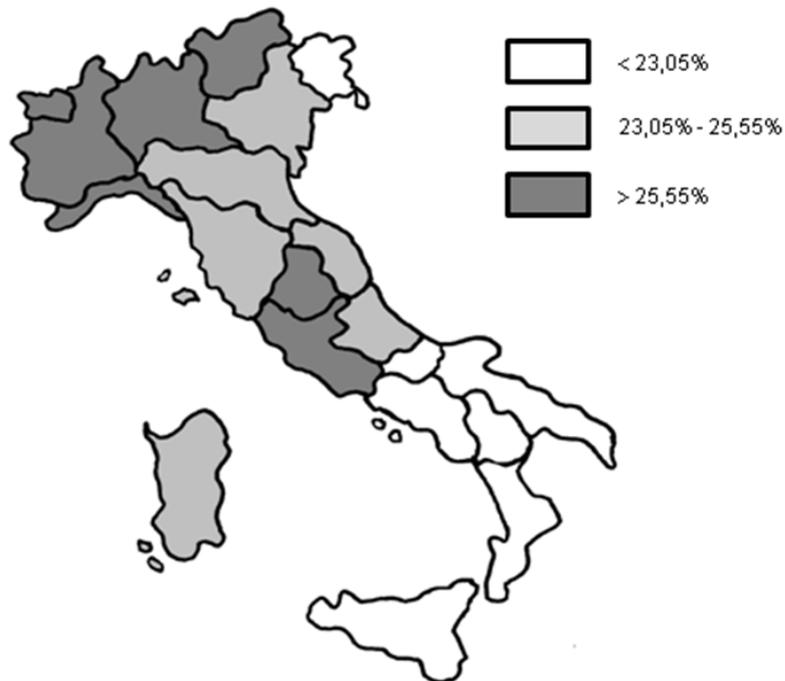


Figura 19. Distribuzione regionale della prevalenza di uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia 2006

Consumi di anabolizzanti

Il consumo di anabolizzanti è certamente legato alla pratica sportiva e c'è una evidente maggiore frequenza di uso negli studenti di sesso maschile rispetto alle coetanee. Le ragazze che fanno uso di anabolizzanti, sia a 15 che a 19 anni, rappresentano circa lo 0,2%, mentre nei maschi la percentuale di uso va dallo 0,4% a 15 anni allo 0,7% circa dei diciannovenni (Figura 20). La più alta concentrazione di studenti che riferisce di fare uso di sostanze anabolizzanti si trova in Piemonte con lo 0,45% mentre in Sicilia si ha la percentuale di utilizzo minore con lo 0,32% (Figura 21).

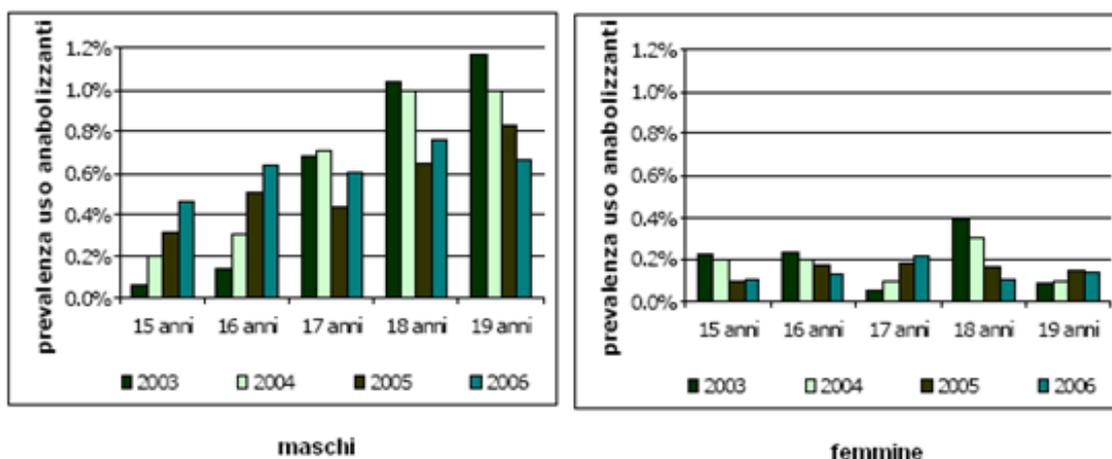


Figura 20. Uso di anabolizzanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione secolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia dal 2000 al 2006

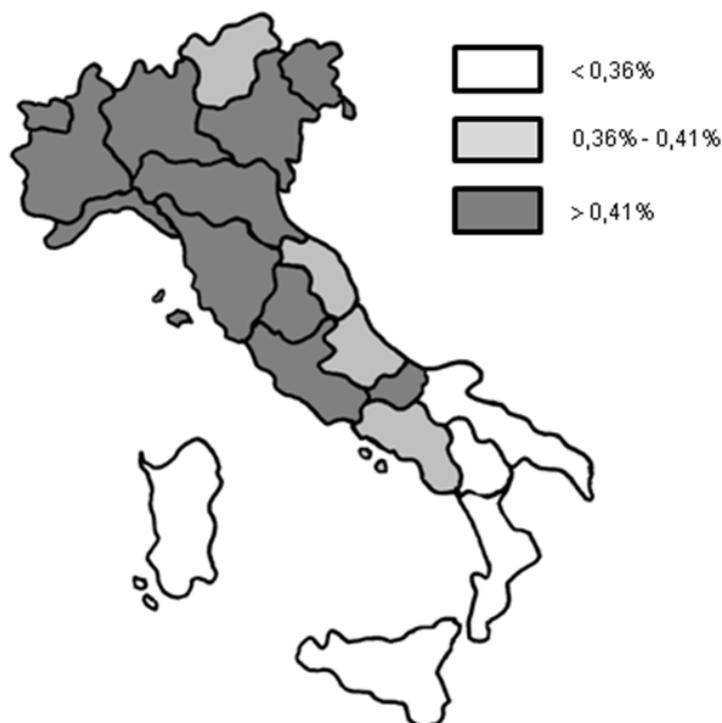


Figura 21. Distribuzione regionale della prevalenza di uso di anabolizzanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia 2006

Consumi di altre sostanze illegali

Per quanto riguarda i consumi delle altre sostanze: allucinogeni (LSD, funghi, ketamina) e stimolanti di sintesi (ecstasy e altre anfetamine), si rileva un aumento dei consumi dei primi proporzionale all'età nei maschi (aumento meno accentuato nelle femmine) così come per gli stimolanti di sintesi (Figura 22). Il 2006 risulta essere l'anno in cui si registra la prevalenza più elevata.

La distribuzione regionale per gli allucinogeni mostra un incremento nel Trentino, Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto, una diffusione minore nelle regioni del sud e isole (eccetto Molise e Abruzzo).

Per gli stimolanti invece la diffusione interessa maggiormente tutte le regioni nord occidentali (soprattutto Liguria e Umbria) mentre le regioni del sud e isole hanno una diffusione decisamente minore (Figura 23).

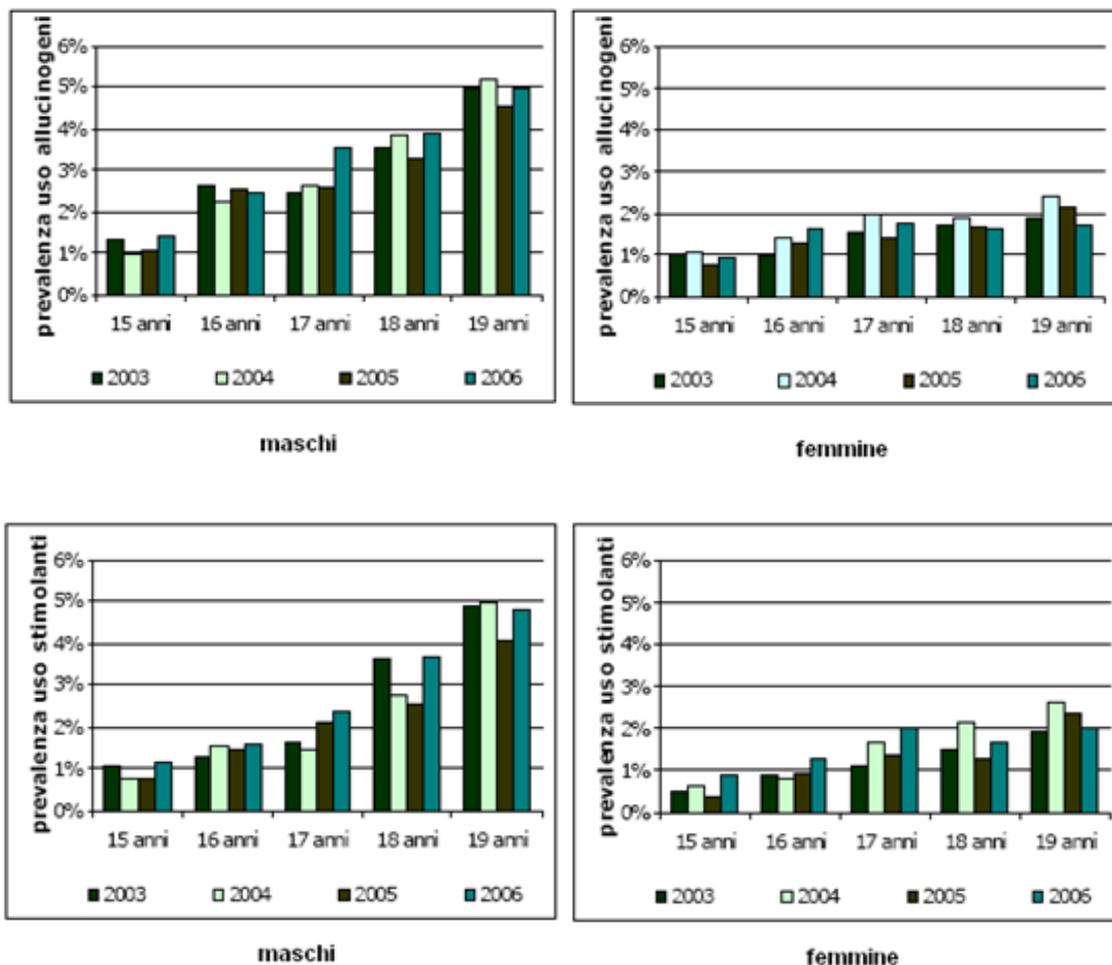


Figura 22. Uso di allucinogeni (in alto) e stimolanti di sintesi (in basso) una o più volte negli ultimi 12 mesi. Distribuzione per genere, classi d'età e anno di rilevazione nella popolazione secolarizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia dal 2000 al 2006

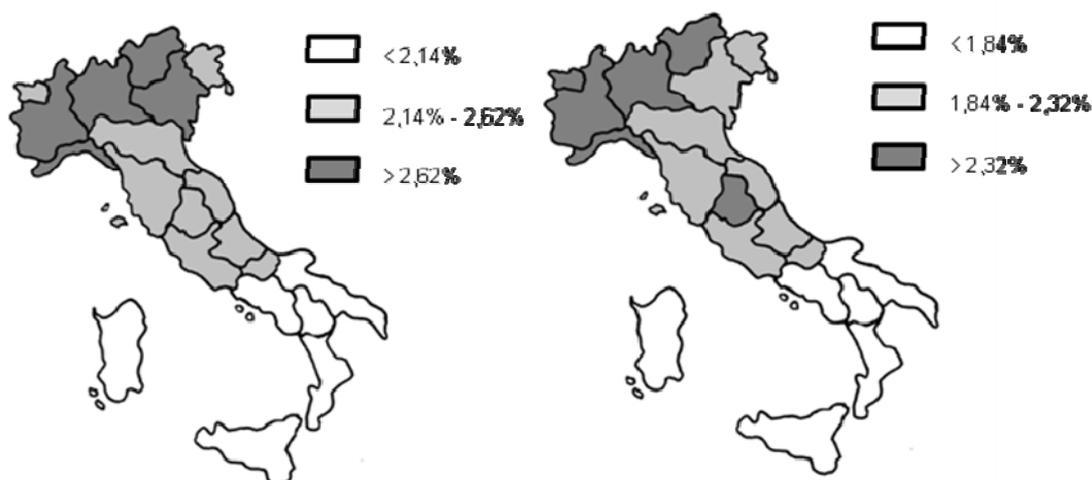


Figura 23. Distribuzione regionale della prevalenza di uso di allucinogeni (sinistra) e stimolanti di sintesi (destra) (una o più volte negli ultimi 12 mesi) nella popolazione scolарizzata. Elaborazioni sui dati ESPAD Italia 2006

Implicazioni dei fattori di rischio e fattori di protezione nella prevenzione delle dipendenze

L'adolescenza può essere definita come l'età del cambiamento, un passaggio obbligato tra l'infanzia e l'età adulta, che comporta l'abbandono di valori infantili e l'apertura verso nuovi comportamenti, con diverse aspettative legate al cambiamento dei ruoli.

Durante l'adolescenza, i ragazzi devono affrontare degli importanti e delicati compiti evolutivi collegati sia alle trasformazioni in atto del loro corpo sia al superamento delle modalità infantili di rapporto con se stessi, con i genitori e con gli altri.

Questi compiti evolutivi possono determinare delle situazioni di disagio psicologico che rendono l'adolescente un *soggetto a rischio* per lo sviluppo di comportamenti problematici dal punto di vista sociale e psicologico, tra i quali assumono particolare importanza le dipendenze patologiche.

È noto che durante l'adolescenza sono presenti i rischi maggiori di sviluppare quelli che vengono chiamati *addicted behaviours*, cioè tutti quei comportamenti che hanno in comune la ricerca di un piacere immediato e come rischi quelli conseguenti alla perdita o alla mancanza di controllo sul consumo, ma che si muovono all'interno di un vasto terreno in cui è molto difficile stabilire il confine tra sano e patologico, tra normalità e devianza.

A volte, sono un modo per esprimere le proprie difficoltà riguardo al raggiungimento di tappe evolutive importanti, come l'assunzione di una nuova identità sociale e sessuale, o la messa a punto di un progetto di vita personale che risulti convincente e interessante.

Allo stesso tempo questi comportamenti esprimono spesso slanci e impulsi vitali che appaiono integrati e sintonici sia rispetto ad alcune caratteristiche del nostro tempo e del nostro modo di vivere la vita – velocità, consumismo, efficienza, rischio – sia riguardo alle esigenze fase-specifiche che prevedono la ricerca di senso e l'accostamento al rischio come comportamenti naturali all'interno del processo di crescita.

Possiamo dire che attualmente c'è una tendenza tra i giovani, e forse non solo tra di loro, a una *normalizzazione* dell'uso delle sostanze d'abuso: a volte l'uso delle droghe può essere considerato un modo per conformarsi alla società attuale con tutte le sue richieste di essere

competitivi al massimo, scattanti, disinvolti, una via rapida per essere al top, ma anche una scorciatoia per l'autodistruzione.

Solo mediante un'adeguata comprensione dei fenomeni di dipendenza è possibile sviluppare programmi di prevenzione efficaci. Questa comprensione richiede:

- una appropriata conoscenza della rilevanza del problema dipendenza nei vari strati della popolazione.
- la conoscenza dei fattori psicofisici e contestuali che determinano la dipendenza.
- l'individuazione di ciò che maggiormente può proteggere l'individuo dalla dipendenza.

I fattori associati ad una più elevata probabilità di consumo di sostanze sono chiamati *fattori di rischio*, mentre quelli associati ad una ridotta potenzialità di consumo vengono definiti *fattori protettivi*.

Lo studio sui **fattori di rischio**, così come la loro interpretazione, ha subito nel corso del tempo una trasformazione: partendo da una prospettiva focalizzata sull'individuazione di singoli fattori, si è giunti a una prospettiva integrata. La questione dell'individuazione di fattori che possono essere determinanti per un certo comportamento o evento è stata posta, in passato, nei termini di influenze prevalentemente individuali o ambientali; successivamente si è sviluppata una prospettiva più dinamica e articolata nella quale è difficile stabilire l'effettivo peso di ogni fattore. Si è assunta un'impostazione che tende a spiegare il rischio come interazione continua di una molteplicità di fattori, per cui appare improbabile che i fattori di rischio a carico della persona, della famiglia, dell'ambiente sociale, considerati isolatamente, possano dare una spiegazione esaustiva del fenomeno in questione.

Bisogna sottolineare, inoltre, che la maggior parte degli individui a rischio non necessariamente inizia a far uso di sostanze e ne diviene dipendente; un fattore di rischio che è tale per una persona può non esserlo per un'altra.

Se i fattori di rischio sono gli elementi che segnalano, favoriscono e anticipano il disagio e che, pur non essendone necessariamente la causa, contribuiscono a determinarlo in un quadro multifattoriale, i **fattori di protezione** sono quelli che, all'opposto, contribuiscono a evitare o ad attenuare una situazione di disagio o un certo comportamento a rischio. I fattori di protezione possono essere quindi definiti:

- situazioni che riducono la probabilità di coinvolgimento nei comportamenti a rischio
- fattori che riducono i danni nel caso di coinvolgimento
- elementi che moderano gli effetti dei fattori di rischio presenti nell'ambiente

I fattori che durante l'adolescenza favoriscono un buon adattamento e sviluppo sono:

- le competenze individuali, cognitive, affettive e relazionali
- le caratteristiche positive dei genitori
- la coesione familiare e la buona qualità della comunicazione familiare
- la presenza di adulti significativi diversi dalle figure genitoriali
- le occasioni concrete di passare a condizioni di vita adulta.

I fattori di protezione sono, quindi, l'insieme delle variabili e delle caratteristiche della persona e del suo contesto in grado di limitare il coinvolgimento degli adolescenti nel rischio, agendo sia attraverso la promozione di abilità personali utili per il superamento dei diversi compiti di sviluppo, sia attraverso la riduzione, fino alla neutralizzazione dei fattori di rischio. È quindi chiaro che fattori di rischio e di protezione non vanno considerati come qualità statiche degli individui, ma entrambi interagiscono dinamicamente nel tempo concorrendo ad influenzare i percorsi di sviluppo verso l'età adulta.

I fattori di rischio e i fattori di protezione possono presentarsi e manifestarsi in stadi diversi della vita e possono escludersi reciprocamente in quanto la presenza degli uni implica l'assenza degli altri, per esempio il precoce comportamento aggressivo, ritenuto un fattore di rischio,

indica l'assenza del controllo dell'impulsività, un fattore di protezione di fondamentale importanza. Altri fattori di rischio e di protezione, invece, sono indipendenti l'uno dall'altro.

Per quanto riguarda l'identificazione di fattori specifici correlati all'uso e abuso di sostanze si possono utilizzare le liste proposte dal NIDA (2001; 2003; 2004):

- *Fattori protettivi*
 - Legami familiari forti e positivi.
 - Monitoraggio da parte dei genitori dei comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari.
 - Regole di condotta chiare che la famiglia fa rispettare.
 - Coinvolgimento dei genitori nella vita dei loro figli.
 - Successo scolastico; forte legame con le istituzioni, come ad esempio la scuola e le organizzazioni religiose.
 - Ricorso a norme convenzionali sull'uso di sostanze.
 - Capacità di autocontrollo.
- *Fattori di rischio*
 - Ambiente familiare disordinato, in particolare i familiari che abusano di sostanze o soffrono di disturbi mentali.
 - Genitorialità inefficace, in particolare nei confronti di bambini con difficoltà caratteriali e problemi comportamentali.
 - Mancanza del legame di attaccamento fra genitore e figlio.
 - Comportamento in classe inappropriato in quanto timido o aggressivo.
 - Fallimento scolastico.
 - Scarse abilità sociali.
 - Affiliazione con pari caratterizzati da comportamenti devianti.
 - Percezione che in ambito familiare, scolastico, dei pari e della comunità vi sia approvazione nei confronti del consumo di sostanze psicoattive.
 - Comportamenti aggressivi precoci.
 - Deficit dell'attenzione con iperattività (ADHD).

I fattori di rischio per l'abuso di droga rappresentano una sfida per lo sviluppo emotivo, sociale e scolastico di un individuo. Questi possono produrre effetti diversi a seconda dei tratti della personalità del soggetto, della fase dello sviluppo e dell'ambiente.

Per i bambini che già mostrano seri fattori di rischio, ritardare un intervento di prevenzione fino all'adolescenza significa probabilmente rendere più difficile il superamento di tali rischi. Nell'adolescenza, gli atteggiamenti e i comportamenti dei figli sono ormai ben radicati e non facilmente modificabili.

Nel primo contatto con la droga giocano un ruolo importante le influenze interpersonali esercitate dai familiari e dai coetanei:

- lo stile educativo adottato dai genitori, sia quello di tipo lassista-permissivo che quello autoritario, e le relazioni intra-familiari (rapporto genitori-figli e di coppia), che influenzano non solo lo sviluppo psico-sociale dell'adolescente, ma anche il suo stile di vita rispetto ai comportamenti a rischio;
- i fattori situazionali come la disponibilità e l'accessibilità delle droghe;
- gli atteggiamenti positivi e tolleranti verso il consumo da parte di genitori, fratelli e coetanei;
- gli eventi di vita particolarmente stressanti e di disagio;
- le pressioni culturali rispetto all'uso di sostanze.

Per quanto riguarda i fattori personali, i tratti favorevoli l'uso delle sostanze d'abuso sono l'impulsività, l'indipendenza, la ribellione, la tolleranza verso la trasgressione, un orientamento

prevalente verso i pari e il presente, la presenza di stati emozionali negativi (sentimenti di sfiducia, inadeguatezza, ansia e scarsa autostima), la ricerca di forti emozioni, un repertorio limitato e inefficace di competenze sociali e di strategie relazionali e comunicative, l'adozione di comportamenti problematici precoci, la presenza di atteggiamenti e credenze positive verso l'uso, la sottovalutazione dei rischi connessi all'uso, le aspettative e i significati positivi attribuiti alle droghe, un uso precoce di alcol e tabacco.

Prevenzione e fattori di rischio e protezione

A questo punto è chiaro che il modo più efficace per contrastare il fenomeno della dipendenza di sostanze in età adolescenziale è quello di intervenire prima che essa si instauri, prima che il disagio psicologico si manifesti sotto questa forma.

Obiettivo delle diverse strategie di prevenzione è quello di riuscire ad evitare, o almeno a ritardare il più possibile, il primo contatto di un soggetto in via di sviluppo con una droga, nella convinzione che, quanto più l'adolescente dispone di abilità e competenze strutturate (e la sua identità si definisce attraverso una varietà di esperienze che non implicano il *centrare* la propria esperienza di vita sulla droga), tanto più sarà probabile che si astenga o almeno non divenga dipendente dalle sostanze.

La presenza di sistemi informativi e di programmi nazionali di prevenzione dalla droga sono di fondamentale importanza e devono concentrarsi sullo sviluppo di aspetti personali e sociali atti ad affrontare il conflitto e la pressione dei coetanei, nonché incoraggiare un atteggiamento critico da parte dei giovani. Sensibilizzare i giovani e i loro genitori al problema del consumo di droga e ai pericoli ad esso connessi è un importante supporto a tale strategia.

La maggior parte dei programmi di prevenzione dalla droga ha l'obiettivo di evitare o di ritardare l'assunzione di stupefacenti e la tossicodipendenza, a partire dall'ambito scolastico tradizionale. La prevenzione nella scuola non dovrebbe focalizzarsi esclusivamente sul problema droga, ma al contrario comprendere aspetti di carattere personale e sociale, anche attraverso il coinvolgimento delle famiglie degli alunni.

Attualmente non si parla più di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, ma si preferisce utilizzare la classificazione proposta dall'*Institute of Medicine* (IOM) del 1994, adottata anche a livello europeo per la prevenzione delle dipendenze. Gli interventi possono appartenere a tre diverse categorie:

- **prevenzione universale:** si indirizza all'intera popolazione con messaggi e con programmi mirati a evitare o ritardare l'abuso di alcool, l'uso di tabacco e altre droghe. La *mission* della prevenzione universale è scoraggiare l'inizio dell'abuso di sostanze fornendo a tutti gli individui il necessario bagaglio di informazioni e di abilità per evitare il problema. I programmi di prevenzione universale sono indirizzati a grandi gruppi, senza alcuna selezione precedente per rischio di abuso di sostanze
- **prevenzione selettiva:** si riferisce a strategie rivolte a specifici gruppi che più di altri rischiano di sviluppare problemi legati all'abuso di sostanze. Essa si rivolge all'intero gruppo indipendentemente dal grado di rischio del singolo individuo che vi appartiene. Il fine della prevenzione selettiva è prevenire l'abuso di sostanze rafforzando fattori di protezione e aiutando le persone ad affrontare in maniera efficace i fattori di rischio, quali vivere in un ambiente dove si fa uso di droghe. La prevenzione selettiva si rivolge anche a situazioni particolari come i contesti ricreativi
- **prevenzione indicata:** mira ad identificare individui che mostrano segni iniziali di abuso di sostanze, senza arrivare ai criteri di dipendenza del DSM-IV, e altri comportamenti problematici e a coinvolgerli con interventi speciali. Sono considerati fattori di forte rischio il consumo di alcol e altre droghe di accesso, la caduta del rendimento scolastico,

i disturbi della condotta, l'allontanamento da genitori, scuola e gruppi di pari positivi. Le finalità della prevenzione indicata si riferiscono ai comportamenti di abuso di sostanze, a un livello sub-clinico, spesso ancora all'interno della gamma di variabilità del comportamento adolescenziale.

Analizzando i lavori di ricerca sulla prevenzione risulta chiaro che i fattori di rischio e protettivi devono costituire gli obiettivi primari di qualsiasi intervento preventivo efficace e che il modello di intervento basato sulle due azioni parallele di riduzione della presenza dei fattori di rischio e di aumento dei fattori di protezione è il quadro di riferimento migliore per la prevenzione di problemi comportamentali e di salute nell'adolescente.

Risulta anche evidente che gli interventi preventivi più efficaci sono quelli che meglio si integrano nell'*iter* educativo della famiglia, della scuola e del gruppo sociale; inoltre, sembra opportuno che tali interventi non si fermino a una prevenzione universale, bensì si focalizzino anche su gruppi di adolescenti a rischio e sulle loro famiglie (prevenzione selettiva).

Un obiettivo importante della prevenzione, è, quindi, modificare l'equilibrio fra fattori di rischio e di protezione in modo tale che questi ultimi prevalgano su quelli di rischio, creando nuovi fattori di protezione o rafforzando quelli esistenti ed eliminando o riducendo i fattori di rischio modificabili nei giovani.

A questo punto possono essere suggerite alcune idee per una prevenzione efficace tratte dalle indicazioni del NIDA:

- i programmi di prevenzione dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre i fattori di rischio
- il rischio di diventare tossicodipendente dipende dal rapporto tra il numero e la tipologia dei fattori di rischio e il numero e la tipologia dei fattori di protezione
- l'impatto potenziale di determinati rischi e dei fattori protettivi cambia con l'età. Per esempio, sui bambini hanno un maggior impatto i fattori di rischio all'interno della famiglia, mentre tra gli adolescenti il fattore di rischio più significativo potrebbe consistere nella frequentazione di ragazzi tossicodipendenti
- un intervento precoce sui fattori di rischio ha spesso un impatto maggiore rispetto ad un intervento successivo in quanto va a modificare il percorso di vita di un bambino allontanandolo dai problemi e indirizzandolo verso comportamenti positivi
- i fattori di rischio e quelli di protezione possono riguardare persone di tutti i gruppi e possono avere un effetto differente a seconda dell'età, del genere, dell'etnia, della cultura e dell'ambiente.

I programmi di prevenzione dovrebbero:

- essere indirizzati a tutte le forme di abuso di sostanze: dall'utilizzo di una sola sostanza a quello di più sostanze contemporaneamente; l'uso di droghe legali quali per es. l'alcol o il tabacco da parte di minorenni, l'uso di droghe illegali come per es. la marijuana o l'eroina; l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente, come i farmaci da prescrizione e i prodotti da banco
- adattarsi al problema d'abuso specifico della comunità locale, modificare i fattori di rischio e rafforzare i fattori di protezione identificati. Inoltre, dovrebbero considerare i fattori di rischio specifici e caratteristiche della popolazione quali l'età, il sesso e l'appartenenza etnica
- favorire i legami e le relazioni familiari, promuovere lo sviluppo, la discussione, e l'applicazione delle regole, migliorare le abilità genitoriali, discutere e sostenere le opinioni della famiglia sull'abuso di sostanze
- essere progettati per intervenire precocemente in età prescolare agendo sui fattori di rischio per l'abuso di droghe quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali, difficoltà di apprendimento

- se indirizzati alle scuole elementari, focalizzarsi sul miglioramento del rendimento scolastico e sull'apprendimento socio-emotivo per far fronte ai fattori di rischio per l'abuso di sostanze, quali l'aggressività precoce, scarsi risultati scolastici e l'abbandono scolastico. L'educazione dovrebbe concentrarsi sulle abilità di autocontrollo, consapevolezza emotiva, comunicazione, abilità sociali di *problem solving* e sostegno accademico, specialmente nella lettura
- quelli per la scuola secondaria di primo e secondo grado dovrebbero accrescere le competenze scolastiche e sociali: abilità di studio e sostegno scolastico, comunicazione, relazioni tra pari, auto-efficacia e assertività, abilità di resistenza alle droghe, rafforzamento delle opinioni anti-droga e consolidamento delle posizioni personali contro l'abuso di droga.

I programmi per la prevenzione dovrebbero essere a lungo termine, con interventi ripetuti e dovrebbero includere la formazione degli insegnanti sulle norme per una buona gestione della classe, per aiutare e incoraggiare il comportamento positivo degli studenti, la motivazione allo studio, il rendimento e il legame con la scuola.

I programmi di prevenzione mirati ai momenti di transizione, come il passaggio dalla scuola secondaria di primo grado a quella di secondo grado, possono produrre effetti vantaggiosi anche in famiglie e ragazzi ad alto rischio. Tali interventi non separano i gruppi a rischio dalla popolazione generale e, quindi, riducono l'etichettamento e promuovono il legame con la scuola e la comunità.

Le linee guida della prevenzione, basata sulle evidenze scientifiche e di comprovata efficacia, sono state divulgate dal NIDA (Istituto Nazionale sull'Abuso delle Droghe) nel 2003 e i principi contenuti possono essere raggruppati in tre macro aree sulla base delle tematiche affrontate: (a) i fattori di rischio e i fattori protettivi; (b) la programmazione di interventi applicabili in ambiti differenti; (c) la modalità di attuazione dei programmi di prevenzione.

Fattori di rischio e fattori protettivi

Principio 1

I Programmi di Prevenzione dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre quelli di rischio (Hawkins, 2002), tenendo presente che il rischio di diventare un consumatore di droga implica il rapporto fra il numero e il tipo di fattori di rischio (per es. attitudini e comportamenti devianti) e fattori di protezione (per es. sostegno parentale) (Wills e McNamara, 1996); il potenziale impatto dei rischi specifici e dei fattori protettivi cambia con l'età. Per esempio, i fattori di rischio all'interno della famiglia hanno un maggior impatto sui figli più giovani, mentre l'associazione fra pari con consumatori di droga potrebbe essere un fattore di rischio più significativo per un adolescente (Gerstein e Green 1993; Kumpfer, 1998); un intervento precoce sui fattori di rischio (per es., comportamenti aggressivi e auto-controllo insufficiente) spesso ha un impatto maggiore che non un intervento operato successivamente, modificando il percorso di vita di un ragazzo per portarlo dai problemi verso comportamenti positivi (Ialongo, 2001); sebbene i fattori di rischio e quelli di protezione possano riguardare persone di tutti i gruppi, essi possono avere un effetto differente a seconda dell'età, del genere, dell'etnia, della cultura e dell'ambiente (Beauvais, 1996; Moon, 1999).

Principio 2

I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di droghe, singole o in associazione, incluso l'utilizzo di sostanze legali da parte di minorenni (per es. tabacco o alcol); l'uso di droghe illegali (per es. marijuana o eroina); l'uso inappropriato

di sostanze ottenute legalmente (per es. prodotti da inalare), prescrizione di medicinali o farmaci da banco (Johnston, 2002).

Principio 3

I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema d'abuso di droghe presente nella comunità locale, ai fattori di rischio modificabili e al rafforzamento dei fattori di protezione identificati (Hawkins, 2002).

Principio 4

I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere adattati per rivolgersi ai rischi connessi alle specifiche caratteristiche della popolazione o gruppo quali età, genere ed etnia, al fine di migliorare l'efficacia del Programma (Oetting, 1997).

Programmazione di interventi applicabili in ambiti differenti

Principio 5

I Programmi di Prevenzione indirizzati alla famiglia dovrebbero accrescere il collegamento e le relazioni familiari e includere le abilità dei genitori nell'educazione dei propri figli; promuovere lo sviluppo, la discussione e l'applicazione delle norme familiari sull'abuso di sostanze, la formazione sui metodi educativi e l'informazione sulle droghe (Ashery, 1998).

Il collegamento familiare è il fondamento delle relazioni fra genitori e figli e può essere potenziato attraverso la promozione delle capacità genitoriali di sostegno ai figli, della comunicazione genitori-figli e del coinvolgimento parentale (Kosterman, 1997). La supervisione e il monitoraggio parentale sono fattori critici per la prevenzione dell'abuso di droghe. Queste capacità possono essere potenziate con una formazione che aiuti a stabilire delle regole, tecniche per il monitoraggio delle attività, elogio per comportamenti appropriati, una disciplina moderata e coerente che rafforzi regole familiari ben definite (Kosterman, 2001).

L'informazione ed educazione sulle droghe per genitori o *caregivers* rafforza ciò che i figli stanno apprendendo circa gli effetti dannosi delle droghe e apre alla famiglia l'opportunità di discutere sull'abuso di sostanze legali e illegali (Bauman, 2001). Interventi brevi per la popolazione generale, focalizzati sulla famiglia, possono modificare positivamente specifici comportamenti genitoriali, riducendo i rischi successivi di abuso di droga (Spath, 2002).

Principio 6

Possono essere messi a punto Programmi di Prevenzione per intervenire in età prescolare, indirizzandoli verso fattori di rischio per l'abuso delle droghe quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali, difficoltà scolastiche (Webster & Stratton 1998; Webster, Stratton, 2001).

Principio 7

Dovrebbero essere posti come obiettivo Programmi di prevenzione per i bambini della scuola elementare che perfezionino l'apprendimento scolastico e socio-emotivo, indirizzati verso fattori di rischio per abuso di droga quali: aggressività precoce, fallimenti scolastici e abbandono scolastico. L'educazione dovrebbe focalizzarsi sulle capacità di autocontrollo, consapevolezza emotiva, comunicazione, soluzione di problemi sociali, supporto scolastico, specialmente nella lettura.

Principio 8

I Programmi di Prevenzione per studenti della scuola secondaria di primo e secondo grado dovrebbero aumentare le competenze scolastiche e sociali, per mezzo di alcune capacità (Botvin, 1995; Scheier, 1999), tra cui l'attitudine allo studio e il supporto scolastico, la comunicazione, la relazioni con i pari, l'auto-efficacia e affermazione di sé, la capacità di resistere all'uso di droghe, il rafforzamento delle attitudini antidroga e il potenziamento dell'impegno personale contro l'abuso di droga.

Principio 9

I Programmi di Prevenzione rivolti alla popolazione generale, che si trova in punti chiave di transizione quale il passaggio alla scuola media, possono produrre effetti benefici, persino tra famiglie e figli ad alto rischio.

Tali interventi non selezionano le popolazioni a rischio e quindi riducono le etichettature e promuovono il collegamento con la scuola e la comunità (Botvin, 1995; Dishion, 2002).

Principio 10

I Programmi di Prevenzione per la Comunità che associano due o tre programmi efficaci, quali quelli basati sulla famiglia e sulla scuola, possono essere più proficui di un singolo programma (Battistich, 1997).

Principio 11

I Programmi di Prevenzione per la Comunità che raggiungono popolazioni in ambienti multipli – per esempio le scuole, le associazioni, le organizzazioni religiose e i media – sono più efficaci quando presentano in ciascun ambiente messaggi coerenti e aperti alla Comunità (Chou, 1998).

Principio 12

Quando le comunità adattano i programmi affinché corrispondano ai loro bisogni, alle norme della comunità o alle differenti richieste culturali, dovrebbero mantenere elementi essenziali dell'intervento originale basato sulla ricerca (Spoth, 2002) che includano:

- la struttura (come è organizzato e costruito il programma)
- il contenuto (le informazioni, le capacità e strategie del programma)
- la definizione (come il programma è adattato, implementato e valutato).

Principio 13

I Programmi per la Prevenzione dovrebbero essere a lungo termine, con interventi ripetuti (es. programmi di richiamo) per rinforzare gli scopi preventivi originali.

La ricerca mostra che i benefici ottenuti dai programmi di prevenzione per la scuola media diminuiscono in mancanza di programmi di *follow-up* nella scuola secondaria di secondo grado (Scheier, 1999).

Principio 14

I Programmi di Prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti sulle prassi per una buona gestione della classe, come premiare comportamenti appropriati dello studente.

Tali tecniche aiutano ad incoraggiare il comportamento positivo degli studenti, i risultati, le motivazioni scolastiche e il collegamento con la scuola (Ialongo, 2001).

Principio 15

I Programmi di Prevenzione sono molto efficaci quando impiegano tecniche interattive, quali i gruppi di discussione fra pari, nei quali i ragazzi interpretano i genitori in giochi di ruolo, che consentono un coinvolgimento attivo nell'apprendimento sull'abuso di droghe e rafforzano le capacità (Botvin, 1995).

Principio 16

I Programmi di Prevenzione basati sulla ricerca possono essere economicamente vantaggiosi. Recenti studi statunitensi dimostrano che per ciascun dollaro investito nella prevenzione si può giungere ad un risparmio anche fino a 10 dollari nel trattamento per abuso di alcol o altre sostanze (Pentz 1998; Hawkins 1999; Aos, 2001; Spoth, 2002).

Il Piano d'Azione Europeo per la Prevenzione

Il Piano d'Azione Europeo per la Prevenzione ha due priorità di intervento: migliorare l'accesso ai programmi di prevenzione nelle scuole e la loro efficacia, conformemente alle leggi nazionali e creare, sviluppare e migliorare la prevenzione selettiva e nuove metodologie per raggiungere gruppi mirati (ad es. tramite vari mezzi di comunicazione e le nuove tecnologie dell'informazione), tenendo conto delle raccomandazioni internazionali per una prevenzione efficace, che sono: (a) selezionare e definire chiaramente il target di riferimento; (b) considerare tutte le forme di abuso di sostanze; (c) evidenziare i maggiori fattori di rischio e protettivi; (d) coinvolgere le famiglie e le istituzioni; (e) intervenire precocemente e ripetutamente; (f) fare azioni informativa integrata; (g) fortificare le *life skills*.

Peer Education

L'educazione tra pari è un metodo messo a punto negli anni '70 negli Stati Uniti e a partire dagli anni '90 si è largamente diffuso in Europa come un approccio nuovo che ha messo in crisi il ruolo dell'esperto tradizionale e ha valorizzato le modalità di apprendimento partecipative, interattive e spontanee tra pari. L'ipotesi di fondo è di intervenire sul gruppo di ragazzi tramite un coetaneo (un pari), favorendo la modificazione degli atteggiamenti, in quanto si utilizzano fonti informative e codici di comunicazione omogenei. Il presupposto teorico si basa sulla forza della tendenza alla conformità che caratterizza i gruppi e al ruolo degli *opinion leaders* nell'adolescenza. Alcune caratteristiche rilevanti riguardano il fatto che questo approccio è più efficace di quelle metodologie che prevedono un ruolo rilevante degli adulti. I *peer leaders* vengono formati a lungo da persone competenti in campo educativo. Infine, la scelta deve avvenire all'interno del gruppo target.

Ne esistono diverse applicazioni nel contesto nazionale e internazionale e se ne possono distinguere tre modelli:

- a) **modello puro**: si caratterizza per interventi formativi brevi, gli educatori tra pari sono scelti dagli adulti secondo propri criteri di *leadership*, il tema di lavoro è determinato anch'esso dagli adulti e la formazione dei *peer educator* è prevalentemente di tipo addestrativo/informativo
- b) **modello misto**: si connota per una fase formativa breve e intensiva, prevede lo sviluppo del protagonismo dei ragazzi all'interno di progetti circoscritti, ha criteri variabili di individuazione degli educatori tra pari. Il tema di lavoro è scelto dagli adulti mentre la fase realizzativa svolta dai ragazzi

- c) **empowered peer education**: si privilegia da subito il rapporto dialogico tra competenze degli adulti e competenze dei ragazzi, infatti, gli educatori tra pari sono scelti autonomamente dai ragazzi stessi così come i temi di prevenzione su cui finalizzare le proprie azioni di cambiamento; il protagonismo e la corresponsabilità degli educatori tra pari sono considerevoli in ogni fase di lavoro.

Questa metodologia si sta diffondendo rapidamente in campo preventivo tuttavia, coerentemente con le intrinseche limitazioni a stabilire con certezza l'efficacia degli interventi preventivi, occorre definire con maggior chiarezza le peculiarità di questo tipo di intervento e condividere cosa si intende con il concetto secondo cui l'azione si realizza tra soggetti definiti pari. In particolare, alcuni elementi presentano delle criticità:

- *la definizione di "pari"*: in letteratura, il pari (o *peer*) viene qualificato principalmente in base all'età, ma lo stesso termine potrebbe essere utilizzato anche per designare una stretta cerchia di amici, oppure persone che si frequentano abitualmente o che occasionalmente sono coinvolte nella stessa attività. In altri casi il gruppo potrebbe essere strutturato in base ad altri elementi quali la razza, il genere, la classe sociale o l'esperienza. Anche se nei progetti di prevenzione all'abuso di sostanze l'età risulta essere l'elemento principale che normalmente viene preso in considerazione, questa potrebbe non essere sufficiente per l'identificazione tra le persone
- *la metodologia di intervento*: la connotazione distintiva è rappresentata dal protagonismo del gruppo target, anche se manca una validazione specifica di metodi e obiettivi. I primi interventi utilizzavano l'approccio comportamentale e proponevano il pari come modello, recentemente, invece, gli interventi hanno un'impronta più cognitivista e si fondano sull'ipotesi che il pari possa essere una fonte più credibile di informazioni
- lo sviluppo personale del *peer educator* e il suo livello di coinvolgimento negli interventi finalizzati
- il *peer delivery* ossia la trasmissione di conoscenze ai pari attraverso i pari.

Life Skills Education

Il modello delle *life skills* riconosce, nell'adolescente consumatore, la risultante di un mancato apprendimento di abilità di vita, e quindi promuovere tali abilità viene identificato come un obiettivo importante della prevenzione. Nelle fasi in cui si stanno sviluppando queste abilità (scuola dell'infanzia, primaria e secondaria) la prevenzione delle dipendenze coincide con la prevenzione universale, ponendosi come obiettivo il contrastare i fattori di rischio e promuovere i fattori difensivi dalle dipendenze. Le strategie utilizzate sono quelle dei modelli didattici partecipativi e attivi (lavoro di gruppo, giochi, dibattiti, ecc.). La ricerca ha infatti mostrato che i periodi più a rischio sono quelli di transizione (pubertà, adolescenza, fattori sociali come ad esempio trasferimenti da un quartiere all'altro, separazione dei genitori, ecc.).

Pur se la principale applicazione di questo metodo sia nel campo della prevenzione del coinvolgimento nel consumo di sostanze psicoattive di adolescenti, se ne è potuta dimostrare l'efficacia anche in campi diversi, quali il bullismo nella scuola. Il programma è costituito da tre componenti principali che coprono tre aree considerate critiche per l'avvicinamento all'uso di sostanze.

La prima area riguarda **la capacità di resistere alle possibilità di consumo di sostanze**. Vengono fornite informazioni e consigli pratici per rendere i ragazzi capaci di riconoscere e resistere alle pressioni verso l'uso di sostanze esercitate dai media e dai pari. La seconda concerne **lo sviluppo delle competenze individuali**, tipo *problem solving*, *decision making*, strategie di fronteggiamento delle situazioni stressogene (*coping* adattivo), strategie per il controllo dell'ansia, della rabbia e della frustrazione. Si insegna agli studenti a esaminare

l'immagine che hanno di se stessi e gli effetti che questa ha sul loro comportamento. Si pongono obiettivi e si tiene conto dei progressi fatti. Si cerca di analizzare situazioni problematiche e i relativi modi di affrontarle, considerando le possibili alternative di comportamento e le conseguenze, cercando di mettere in una luce positiva le sfide che si è costretti ad affrontare. L'obiettivo finale di quest'azione è promuovere i cambiamenti comportamentali, incrementando la padronanza di sé e l'autostima. Infine, la terza area riguarda le **competenze sociali**. Si illustrano agli studenti strategie per superare la timidezza, comunicare efficacemente ed evitare i fraintendimenti, condurre le conversazioni e rispondere alle richieste degli altri. Si insegna a utilizzare la propria assertività verbale e non verbale per fare o rifiutare le richieste degli altri e strategie di risposta agli stimoli alternative all'aggressività e alla passività.

Il programma è costituito da 30 lezioni che hanno come setting la classe, impartite agli studenti nell'arco di tre anni dai loro stessi insegnanti formati appositamente.

Nel corso degli anni sono state sperimentate diverse modifiche, una delle principali ha riguardato una "rilettura" del modello preventivo secondo i dettami della *Peer education* in cui a svolgere e coordinare le attività proposte erano ragazzi o ragazze coetanei o poco più grandi. La valutazione di tali esperienze ha evidenziato risultati controversi e quindi, viene, in genere, preferita la metodologia più sperimentata, in cui la responsabilità dell'implementazione del progetto è affidata agli stessi insegnanti dei ragazzi coinvolti nel progetto.

La maggior parte delle lezioni si svolge durante il primo anno, ma sono previste delle lezioni ulteriori nei due anni successivi, chiamate *booster sessions* (lezioni supplementari): si è visto infatti che questi follow-up aumentano sensibilmente l'efficacia dell'intervento e la durata degli effetti nel tempo.

Marketing sociale per la promozione della salute

Il marketing rappresenta un'evoluzione negli stili di orientamento delle aziende produttrici, avvenuta nei primi anni del XX secolo. Da un orientamento definito "al prodotto", in base al quale l'azienda poneva l'attenzione alla realizzazione del prodotto che il cliente passivamente acquistava, si passava ad una filosofia *marketing oriented*, in cui si assume la centralità del consumatore: la soddisfazione dei clienti è il mezzo per conseguire i propri obiettivi.

Secondo Philip Kotler, il marketing è una "*funzione d'impresa volta ad individuare i bisogni e i desideri insoddisfatti, a definirne e valutarne l'ampiezza, a determinare quali mercati obiettivo è opportuno considerare e a determinare infine, i prodotti, i servizi e i programmi appropriati a servire i mercati stessi*" (Kotler, 2006). Per ottenere questo obiettivo le aziende si dotano di strutture e strategie e utilizzano metodi e tattiche di indagine atte all'approfondimento della conoscenza del consumatore e dei suoi bisogni; il marketing si serve anche o soprattutto della comunicazione pubblicitaria, attraverso la quale veicolare messaggi intesi a sostenere il valore intrinseco del rapporto tra consumatore e prodotto. "*L'obiettivo della pubblicità è motivare il comportamento del consumatore al fine di vendere un prodotto, un servizio o un'idea*" (Bassat, 2005).

Strategie pubblicitarie ben condotte hanno il potere di interagire con la sfera dei bisogni e dei desideri dell'individuo, attraverso il coinvolgimento emotivo e l'evocazione di plus valori che trascendono il prodotto: non vendere automobili ma l'idea del viaggio, non bevande alcoliche ma forza, vigore e personalità... Non è raro osservare messaggi pubblicitari che, con l'obiettivo di promuovere prodotti destinati ai giovani, si servono di messaggi che contengono riferimenti positivi a valori e atteggiamenti riconosciuti come rischiosi per l'assunzione di comportamenti devianti o illegali. L'obiettivo è tuttavia quello di ottenere il consenso e modificare la percezione, non solo del gruppo target, ma anche dei componenti delle strutture correlate

(genitori, insegnanti, ecc.), rischiando di scivolare nella costruzione di sistemi di valori e riferimenti non sani.

Di strategie di marketing si servono le strutture del traffico di droga, con lo scopo di allargare il mercato dei consumatori, attraverso modalità volte alla riduzione del prezzo, alla prova gratuita, alla distribuzione attraverso canali non illegali, tra pari, ecc.

Lo stesso guru del marketing, P. Kotler, ha intuito la potenzialità del marketing in ambito sociale formulando una definizione estensiva del concetto: *“Processo mediante il quale una persona o un gruppo ottiene ciò che costituisce l’oggetto dei propri desideri creando e scambiando prodotti e valore con altri (transazione)”*, definizione ulteriormente puntualizzata successivamente, *“...il marketing sociale è l’utilizzo di principi e tecniche del marketing per influenzare i destinatari ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un beneficio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso”* (Kotler, 2002), tenendo conto delle dovute distinzioni, relative soprattutto all’oggetto dei benefici finali (l’azienda per il marketing commerciale, il destinatario, individuo o comunità, per quello sociale).

Gli obiettivi del marketing sociale sono quelli di promuovere l’adozione di stili di vita sani attraverso il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti e l’adozione di idee e valori, in una logica concorrenziale con stili di vita ritenuti non adeguati. Tali obiettivi si raggiungono attraverso lo sviluppo di un percorso progressivo di cambiamento, che passa per il **cambiamento cognitivo**, ovvero l’acquisizione di conoscenze grazie ad interventi informativi, il **cambiamento d’azione**, grazie all’incentivo di determinate scelte piuttosto che altre, il **cambiamento di comportamento**, attraverso l’educazione all’adozione di pratiche sane, fino al cambiamento di valori, grazie all’introiezione da parte di individui, gruppi o popolazioni di idee e valori di salute.

Diversi approcci, singolarmente o, ancor meglio, in modo combinato, possono favorire il cambiamento, attraverso interventi di tipo normativo (es. legge sul divieto del fumo di tabacco, restrizione alla vendita di alcolici, ecc.), tecnologico (es. di cinture di sicurezza, casco, airbag, ecc.), economico (es. aumento dei prezzi di prodotti potenzialmente dannosi, alcol e tabacco, per disincentivarne l’uso), informativo-educativo, grazie alla diffusione di messaggi persuasivi in contesti di comunicazione di massa o su gruppi mirati (es. interventi tra la popolazione scolastica). Come ben prospettato da V. Curzel (2002), la logica di marketing richiede una corretta pianificazione. La pianificazione di marketing prevede 4 fasi:

- 1) **analisi del contesto** socio-economico, culturale tecnologico, politico e normativo, nel quale agiscono le forze che sostengono le idee e i comportamenti considerati favorevoli e le forze contrarie, i diversi tipi di pubblico ostili, alleati o neutrali, la situazione della domanda
- 2) **sviluppo del piano**, che prevede la definizione degli obiettivi, la segmentazione della popolazione e individuazione dei gruppi-obiettivo, l’elaborazione delle strategie e dei programmi operativi
- 3) **attuazione**
- 4) **controllo e valutazione dell’efficacia**

Gli elementi costituenti le strategie di marketing vengono mutate, come accennato precedentemente, dall’esperienza consolidata del marketing commerciale, i cui punti salienti sono:

- **ricerca**: la ricerca quantitativa (epidemiologica) e qualitativa consente di ottenere dettagliate informazioni riguardo al problema di interesse, alla popolazione coinvolta, alle percezioni, atteggiamenti, oltre che ai valori condivisi e ai bisogni, espliciti e impliciti
- **segmentazione**: metodo per la suddivisione del mercato in gruppi di consumatori/utenti omogenei (per date caratteristiche prescelte) sulla base di variabili di tipo geografico, demografico (età, sesso, reddito, istruzione, religione, razza, gruppo familiare);

psicografico (classe sociale, stili di vita, interessi, opinioni), comportamentale (benefici ricercati, utilizzo di un bene o servizio e atteggiamento verso lo stesso, costi percepiti)

- **target groups**: individuazione dei gruppi di popolazione che per le loro caratteristiche risultano più idonee a recepire i contenuti della campagna di marketing o a fungere da target intermedio nel processo di diffusione dei contenuti della stessa ad altri gruppi
- **posizionamento**: collocamento del prodotto nella scala di bisogni e valori del target in modo da proporre, in termini competitivi, i vantaggi del comportamento da promuovere rispetto a quello da abbandonare
- **marketing mix**: identificato spesso con l'acronimo 4P: prodotto, prezzo, promozione e distribuzione (*place*). Il prodotto è in genere intangibile, un'idea, un valore, un comportamento, a volte associato a prodotti tangibili o servizi utili a favorire l'adozione dei comportamenti voluti; il prezzo è l'insieme dei costi economici, psicologici e fisici associati al comportamento da adottare (es. costo del prodotto tangibile, distanze, perdite di tempo, cambio di abitudini, timore di effetti spiacevoli); la promozione è l'insieme di strategie e metodi la cui finalità è informare, persuadere, e incentivare l'adozione del prodotto; la distribuzione è il sistema di strutture, risorse e canali utilizzati per avvicinare il prodotto al consumatore
- **valutazione**: processo continuo teso a determinare il raggiungimento degli obiettivi attraverso indicatori misurabili di efficienza, processo ed esito.

Questa breve e sommaria sintesi dei concetti principali del marketing sociale vuole semplicemente fungere da stimolo alla riflessione sulla necessità di acquisire un'idea della prevenzione che si ponga in una dimensione globale. La distinzione tra interventi efficaci e non, pur rappresentando un momento obbligato, deve condurre a pensare l'intervento selezionato come un importante elemento di una strategia più ampia, che veda coinvolti, nella promozione di stili di vita favorevoli e nell'abbandono di quelli potenzialmente dannosi, tutte le dimensioni sociali: dalla scuola, intesa come sistema complesso di incontro tra componenti (alunni, insegnanti, genitori), alle istituzioni sanitarie e sociali, alle realtà commerciali (es. gestori di locali di svago, rivendite di bevande, ecc.), alle istituzioni politiche nei loro momenti normativi ed esecutivi (forze dell'ordine), in logiche integrate e di sistema orientate al raggiungimento di un obiettivo comune e condiviso.

Certamente, i migliori interventi e le migliori tecniche rischiano l'inefficacia se condotte e isolate in un contesto non favorevole.

Esperienze realizzate

Si riportano a titolo di esempio, alcune esperienze realizzate nel territorio della città di Roma, della ASL RM D e ASL RM E, quest'ultime seguite dall'UOS Ser.T. del Municipio 17.

Sportelli sociali nella ASL RM E

Gli Sportelli Sociali nella ASL RM E, FNLD della Regione Lazio ('97-'98-'99), sono stati attivati nel 2000 e, in seguito a diverse proroghe, hanno svolto le loro azioni fino al 2005.

Il progetto ha previsto due sedi distaccate sul territorio della ASL, promotrice del progetto stesso, la prima in zona Primavalle e gestita dalla Coop. Magliana'80, la seconda in zona Prati, gestita dall'Associazione La Promessa.

Obiettivi

Gli obiettivi del progetto sono stati:

- Aumentare il livello di conoscenza dei giovani e delle famiglie sull'uso e l'abuso di sostanze psicotrope, con particolare attenzione alle nuove droghe e all'alcol, nonché i rischi ad esse correlate.
- Modificare i comportamenti a rischio derivanti dal consumo e dall'abuso di sostanze (droghe diseguate, alcol, ecc.).
- Svolgere una funzione di Segretariato Sociale tra i cittadini e le Agenzie Sociali e i Servizi presenti sul territorio.
- Promuovere la conoscenza reciproca tra le Agenzie Sociali e i giovani presenti sul territorio.
- Orientare e facilitare l'accesso dei giovani e delle loro famiglie alle Strutture Sociali e Sanitarie.
- Accompagnare i giovani e le loro famiglie alle Strutture Sociali e Sanitarie.
- Aumentare il grado di autonomia dei giovani, stimolando l'attivazione delle loro risorse interne e fornendo loro gli strumenti per l'auto-attivazione.

Metodologia

Il servizio di sportello ha accolto i giovani e le famiglie afferiti spontaneamente o inviati dai servizi in rete, con una particolare attenzione alle persone inviate dalle Unità di Strada attive sul territorio. Gli orari dei due sportelli gestiti dalle Cooperativa Magliana'80 e Associazione La Promessa hanno seguito il criterio dell'alternanza, in modo da garantire sempre il servizio nell'arco della settimana.

La relazione significativa che gli operatori sono stati in grado di stabilire con i giovani, a consentito loro di costituire un punto di riferimento per ottenere risposte concrete, discutere e approfondire le tematiche del disagio giovanile, con particolare attenzione all'uso di sostanze stupefacenti, tra cui le nuove droghe e l'alcol, e agli effetti dei comportamenti a rischio.

Azioni

I compiti prioritari dello sportello sono stati l'accoglienza dei giovani, l'analisi e la lettura della domanda, dare informazioni e fornire *counselling* sul rischio derivante dall'uso di sostanze stupefacenti, con particolare attenzione alle nuove droghe, orientare e inviare ai servizi sociali e sanitari del territorio, contribuire, attraverso il sostegno psicologico, all'attivazione delle risorse interne delle persone e alla stimolazione della crescita personale. Sinteticamente, le attività sviluppate per raggiungere gli obiettivi dichiarati precedentemente sono state l'accoglienza dei giovani utenti e delle loro famiglie, l'informazione e il *counselling* sulle sostanze stupefacenti e opportunità formative e lavorative, l'orientamento formativo e professionale, l'orientamento e l'invio a strutture di secondo livello e ai servizi del territorio, l'informazione sulla vita sociale e sul tempo libero, il sostegno e *counselling* psicologico e infine l'organizzazione di gruppi di incontro per giovani centrati su sostanze psicotrope e nuove droghe svolti per lo più negli Istituti secondari del territorio della ASL stessa (Istituto Magistrale "Caetani", Liceo Classico "Mariani", ITIS "Einstein" e "Fermi", Liceo Scientifico "Pasteur" e "Taletè", Liceo Artistico "Caravillani"). In particolare, sono stati realizzati due cicli di incontri, il primo a carattere informativo generale sulle droghe e il secondo dedicato all'approfondimento di tematiche emerse nell'incontro precedente. L'intervento è stato concordato con i docenti referenti per l'educazione alla salute ed è stato concepito in un'ottica di prevenzione. Si è pensato ad un intervento di promozione permanente alla salute rivolto ai giovani, potenziali soggetti a rischio, con l'obiettivo di stimolarne la partecipazione attiva in contrapposizione ad atteggiamenti passivi e di delega che spesso sono alla base della cultura della droga.

Gli obiettivi sono stati:

- Promuovere la diffusione di un corretto concetto di salute.
- Informare sulle sostanze stupefacenti e sui rischi correlati, sul valore simbolico, culturale e sociale del loro uso/abuso.

- Stimolare il confronto su problemi reali, favorendo il coinvolgimento dei partecipanti e il recupero dell'esperienza soggettiva.
- Migliorare la qualità della comunicazione e di ascolto, rafforzare i sentimenti di fiducia e autostima e favorire l'acquisizione delle capacità di lavorare in gruppo.
- Stimolare l'elaborazione personale delle conoscenze relative ai problemi di tossicodipendenza e della "dipendenza" in generale.
- Fornire strumenti utili alla comprensione e valutazione di situazioni connesse in modo diretto o indiretto con l'uso di sostanze stupefacenti.

È stato utilizzato come strumento di indagine un questionario volto a misurare il livello di conoscenza e a calibrare l'intervento informativo. Tenendo conto delle caratteristiche di ciascuna classe, del livello di interesse e delle conoscenze rilevate, sono stati trattati i seguenti argomenti: sostanze stupefacenti e loro usi, diverse tipologie di tossicodipendenza, patologie correlate alle tossicodipendenze, ruolo della famiglia nella prevenzione e cura, funzione delle strutture che si occupano di tossicodipendenza, loro organizzazione, modalità di accesso.

Centri giovanili nella ASL RM E

I Centri Giovanili sono stati attivati nel 2005, a chiusura dei progetti degli Sportelli Sociali, dei quali sono quindi un'evoluzione, e, in seguito a diverse proroghe, hanno svolto le loro azioni fino al 2008. Inizialmente finanziati dalla Regione Lazio, sono stati in seguito affidati all'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze.

Il progetto ha previsto due sedi distaccate sul territorio della ASL RM E, la prima in zona Monte Mario, gestita dalla Coop. Magliana'80, la seconda in zona Prati, gestita dalla Associazione La Promessa.

Obiettivi

Gli obiettivi del progetto, oltre a quelli indicati nel paragrafo precedente, sono stati:

- Promuovere attività socializzanti in senso positivo.
- Favorire la partecipazione alle suddette attività.

Metodologia

L'attivazione del Centro Giovanile è nato come implementazione di uno sportello sociale attivo da cinque anni sul territorio. Il Centro accoglie i giovani e le famiglie che possono afferirvi spontaneamente o inviati dai servizi in rete, con una particolare attenzione alle persone inviate dalle Unità di Strada attive sul territorio.

I compiti prioritari del Centro sono: accoglienza dei giovani, analisi e lettura della domanda, fornire informazioni e *counselling* personalizzato sulle opportunità formative e professionali, orientare e inviare a servizi sociali e sanitari, contribuire, attraverso il sostegno psicologico, all'attivazione delle risorse interne delle persone, nonché alla stimolazione della crescita personale. Il Centro, mediante la relazione significativa che gli operatori hanno instaurato con i giovani e che ha portato all'organizzazione di momenti di aggregazione (quali torneo di calcio, cineforum e realizzazione di un video spot con i ragazzi), è stata quella di diventare un punto di riferimento, dove i giovani potessero ottenere risposte concrete alle loro domande, nonché discutere e approfondire le tematiche del disagio giovanile, con particolare attenzione all'uso di sostanze stupefacenti, tra cui le cosiddette nuove droghe e alcol, e alla modifica dei comportamenti a rischio. Come nel caso degli Sportelli Sociali l'obiettivo di tale azione è duplice: fare prevenzione verso l'uso di sostanze e il disagio giovanile e promuovere attività socializzanti positive attraverso l'aggregazione.

Azioni

- Accoglienza dei giovani utenti e delle loro famiglie

- Informazione e *counselling* sulle sostanze stupefacenti e opportunità formative e lavorative
- Orientamento e invio a strutture di secondo livello e ai servizi del territorio
- Informazione su vita sociale e tempo libero
- Sostegno e *counselling* psicologico
- Organizzazione di attività aggregative socializzanti come, produzione di un video, tornei di calcetto, cineforum, altri laboratori creativi nati dalle esigenze e curiosità dei giovani afferiti presso i nostri Centri Giovanili.

Masterplan Prevenzione, “Giovani Oggi”

Il progetto Masterplan Prevenzione, “Giovani Oggi”, finanziato dal Fondo Sociale della Regione Lazio e promosso dall’Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze di Roma, ha avuto inizio in marzo 2007 ed è tuttora in corso. La realizzazione di questo progetto vede coinvolti la ASL RM E come ente capofila, la Cooperativa Magliana’80, l’Associazione La Promessa e l’Associazione ITCA/FAP. I soggetti partner sono alcune strutture scolastiche del territorio: Istituto Commerciale “Rosa Luxemburg”, ITI “Cartesio”, ITI “Einstein”, Liceo Scientifico “Pasteur”, Liceo Classico “Seneca”, Liceo Artistico “Caravillani”.

Il target

I destinatari ultimi delle attività progettuali sono i giovani tra i 12 e i 24 anni afferiti al territorio della ASL RME e i destinatari intermedi sono i genitori, gli insegnanti, gli operatori dei servizi e gli adulti significativi.

Obiettivi

Gli obiettivi sono stati:

- Promuovere azioni di informazione e sensibilizzazione sui rischi connessi all’uso di sostanze stupefacenti
- Favorire una cultura della salute che faciliti lo sviluppo armonico della personalità dei giovani
- Facilitare la comunicazione e il confronto tra i giovani
- Potenziare le risorse di rete attraverso l’attivazione di canali di connessione tra scuola, agenzie socio-culturali e servizi socio-sanitari presenti sul territorio.

Metodologia

La strategia educativa utilizzata concerne il modello della *peer education* ed è volta ad attivare un processo naturale di passaggio di conoscenze, di esperienze e di emozioni tra pari che va oltre il momento educativo e diviene occasione di confronto e di scambio per il singolo adolescente e il gruppo, che sostiene la centralità del ruolo degli adolescenti nella promozione del proprio benessere psicofisico, relazionale e ambientale nella scuola e nel territorio, che costituisce un efficace strumento in grado di sviluppare le competenze cognitive e relazionali dei singoli e di valorizzare la funzione educativa del gruppo, utilizzandolo come risorsa per l’apprendimento, la crescita e il cambiamento.

Gli interventi nelle scuole medie di secondo grado hanno visto una prima fase, svolta in orario scolastico di sensibilizzazione dei gruppi classe sulle tematiche oggetto del corso e l’individuazione dei possibili *peer educator* e una seconda fase, svolta in orario extrascolastico, presso l’ITI Einstein di attivazione di un corso per formare e supportare il gruppo dei *peer educator* individuati nella fase precedente, che ha eseguito l’azione formativa.

Il progetto ha visto anche l’azione di un’unità mobile attrezzata avente lo scopo di attività di informazione con gruppi informali attraverso il lavoro su strada con l’ausilio di un furgone attrezzato per interventi di manutenzione di cicli e motocicli.

Risultati attesi

L'implementazione delle attività progettuali prevede di raggiungere nei luoghi di aggregazione del territorio circa 1000 giovani con azioni finalizzate ad aumentare le conoscenze su tematiche relative alle dipendenze patologiche e ai comportamenti a rischio correlati; di reclutare e formare 20 *peer educator* per diffondere l'intervento preventivo con un effetto "a cascata" che coinvolga la popolazione giovanile più in generale; di integrare e implementare i progetti e le attività socializzanti promosse dai *peer educator*; di facilitare l'accesso precoce alla rete dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione a rischio in età compresa tra i 12 e i 24 anni e infine di coinvolgere e mettere in rete tutti i soggetti impegnati in attività con i giovani nel territorio (scuole, associazioni, centri di aggregazione, servizi socio-sanitari).

WWW.ADALTAVOCE.NET

Il progetto, che nasce su iniziativa del Dipartimento di Salute Mentale della ASL RM D, si inserisce nell'ambito del lavoro di prevenzione delle patologie psichiatriche; in particolare l'intervento si basa sul concetto di benessere psichico, quindi sulla promozione della salute mentale. La realizzazione è stata resa possibile grazie all'attenta considerazione verso le problematiche adolescenziali e il lavoro di prevenzione del DSM, dal finanziamento della Provincia di Roma e dalla collaborazione offerta dalle scuole coinvolte nel progetto, il Liceo Scientifico Statale "Morgagni", l'I.T.C.G. "Federico Caffè", l'I.T.A.S. "Colomba Antonietti".

Obiettivi

L'obiettivo del progetto è quello di stimolare l'interesse dei ragazzi verso la "cultura" intesa non in senso nozionistico ma come conoscenza degli eventi che accadono nel mondo in cui viviamo; ciò al fine di facilitare la creazione di *spazi per sapere* che favoriscano lo sviluppo di opinioni personali e quindi la costruzione di una identità in grado di porsi in maniera attiva nei confronti dell'ambiente circostante. Si ritiene infatti che la "conoscenza", unita alla ricerca della comprensione dei fatti, contribuisca alla formazione di "opinioni personali" e queste siano da considerarsi come fattori protettivi della salute mentale.

L'idea è quella di coinvolgere direttamente gli studenti nella progettazione, costruzione e gestione di un sito internet a loro dedicato. Si è ritenuto che l'utilizzo del web fosse non solo il più efficace mezzo di comunicazione, ma anche quello che per "cultura" più appartiene al mondo adolescenziale. Il sito è dunque un mezzo per favorire e valorizzare la partecipazione e il senso di appartenenza degli adolescenti e lo sviluppo della creatività nell'accezione ampia di *pensiero creativo*, ovvero la capacità di operare scelte e cambiamenti e affrontare le difficoltà mettendo in atto le proprie risorse.

Metodologia

La costruzione del sito è stata preceduta da un'indagine conoscitiva dell'ambiente scolastico e della propensione all'utilizzo del web attraverso la somministrazione di due differenti questionari, uno rivolto ai docenti e uno ai ragazzi.

La modalità d'intervento è basata sul principio della partecipazione interattiva tra operatori e gruppo classe. Sono state utilizzate tecniche di *role playing*, *brainstorming* con giochi ed esercizi dinamici su tematiche scelte dai ragazzi.

In totale sono state coinvolte nel progetto 18 classi terze e si sono costituiti 3 comitati di redazione composti da circa una media di 15 ragazzi per scuola. Il loro compito è quello di visionare gli articoli che vengono inviati al sito, proporre argomenti di discussione e promuovere la conoscenza del sito. Il coordinamento fra le scuole è affidato ad un comitato editoriale composto da 19 ragazzi, 3 insegnanti di riferimento e le psicologhe della ASL.

Il sito è stato registrato, è già attivo e sono stati pubblicati degli articoli scritti dagli studenti.

ALICESVEGLIATI

Questo progetto di un sito internet è stato realizzato in una struttura scolastica di Verbania e si riporta questa esperienza in quanto co-progettato e co-gestito dagli adolescenti stessi che hanno potuto immaginare, proporre, modificare la struttura di questo spazio potendosi confrontare con insegnanti e tecnici.

La co-gestione della parte interattiva del sito ha favorito l'assunzione negli studenti di un ruolo di responsabilità nei confronti degli utenti coetanei sviluppando una efficace comunicazione orizzontale, mentre negli adulti ha permesso una ridefinizione nei confronti dell'immagine dell'adolescente che appare non più come solo fruitore di servizi, ma soggetto capace di idearli e realizzarli. Il progetto prevede il coinvolgimento del gruppo adulti (insegnanti) e di un gruppo di adolescenti (studenti) con gli obiettivi di (a) realizzare uno spazio con la compresenza della comunicazione orizzontale e verticale, (b) aumentare la possibilità di ascolto di ciò che i ragazzi desiderano, (c) potenziare la possibilità dei ragazzi di esprimersi, aumentando il loro protagonismo, (d) realizzare uno spazio in cui sia possibile la presenza simultanea della dimensione globale e di quella locale.

Gli elementi qualificanti il progetto, riguardano sommariamente la gestione e la fruizione del sito internet, che diventa un luogo di ascolto, accessibile alla maggior parte dei giovani senza barriere, consente l'anonimato, il mascheramento, evitando la paura di essere giudicati e sottolinea il protagonismo giovanile, permettendo al ragazzo di sentirsi artefice dell'attività che lo riguarda.

Obiettivi

- Fornire agli adolescenti informazioni
- Fornire la possibilità d'incontro
- Fornire una modalità di ascolto nuova

Metodologia

La strategia educativa utilizzata è stata la comunicazione tra pari che si è rivelata utile per la co-progettazione studenti/insegnanti e che ha permesso di definire, anche, una relazione educativa non frequente per il contesto scolastico: un patto educativo in cui entrambe le parti lavorano, con ruoli diversi, per un unico obiettivo condiviso.

L'intervento ha previsto una prima fase di progettazione in tre classi quinte, in cui gli studenti attraverso una *brainstorming* hanno fatto emergere aspettative e desideri. Gli insegnanti hanno fatto proposte poi da rielaborare. Tutti gli alunni sono stati coinvolti nella scelta del nome e della struttura definitiva del sito attraverso un lavoro individuale, poi discusso nel grande gruppo. Il logo, le scelte grafiche, i contenuti e i testi sono stati elaborati in piccoli gruppi, formati spontaneamente, in base agli interessi. In questa fase gli insegnanti hanno avuto un ruolo di coordinamento di tempi e spazi, fornendo informazioni e chiarimenti solo se richiesti. L'arrivo ad una prima proposta, discussa dai ragazzi con i tecnici responsabili della parte informatica ha permesso sul confronto tra sogno e realtà. Il ruolo dell'adulto nella fase della realizzazione e messa in rete del progetto è stato quello di garante della continuità del progetto e sostegno alla motivazione, infondendo sicurezza sulla possibile conclusione positiva dell'attività intrapresa. La gestione della *chat* animata si è rivelata il momento della massima realizzazione della comunicazione educativa tra pari. Infatti, la sezione *chat* si è rivelata particolarmente utile, poiché è stata caratterizzata dall'assunzione del ruolo di animatore di *chat* dei ragazzi coinvolti nel progetto, dalla possibilità di un incontro virtuale tra coetanei, dall'anonimato che protegge e favorisce l'apertura spontanea verso gli altri, senza inibizioni. Infine, non è presente il vissuto giudicante, legato alla paura di sbagliare perché è il misterioso *nickname* che parla, non la persona.

Nel ruolo di animatore di *chat* sono stati coinvolti tutti gli alunni, fornendo una preparazione specifica sulle competenze e una riflessione sulle responsabilità. Gli allievi inoltre compongono i gruppi redazionali del sito, mentre gli adulti sono responsabili di una pagina in cui sono raccolti articoli sull'adolescenza e sono coinvolti nell'attività di alcuni gruppi, a richiesta o per fornire competenze specifiche. La *peer education* diventa la scena privilegiata per osservare come i gruppi non producano un imbarbarimento delle singole identità, ma un cambiamento dei singoli che assumono l'identità sociale in quel momento saliente per loro.

A portata di mano

Il progetto A PORTATA DI MANO è un'iniziativa del Centro Studi e Ricerche della ASL RME, realizzato con il patrocinio della Provincia di Roma e reso possibile dall'indispensabile contributo delle scuole secondarie di secondo grado. Nel progetto sono coinvolte diverse figure professionali, psicologi, medici, insegnanti, antropologi e tecnici, a formare un'equipé multidisciplinare capace di rispondere alle diverse esigenze dei giovani attraverso linguaggi e approcci innovativi.

Il sito (<http://www.aportatadimano.org>) è dedicato ai giovani e da loro progettato e gestito come uno spazio virtuale nel quale è possibile incontrarsi utilizzando diversi linguaggi. La radio, i forum, i video, le fotografie e la musica sono gli strumenti disponibili. Il web e i codici multimediali offrono l'occasione per raccontare le proprie esperienze e mettere a disposizione degli altri le proprie conoscenze. È un luogo comune che facilita il confronto con gli amici, le istituzioni, la scuola e la famiglia. Le informazioni di cui si ha bisogno sono a portata di mano perché rispondono alle reali esigenze dei giovani e sono fornite con un linguaggio comprensibile e familiare. In questo sito è possibile esprimere la propria opinione, conoscere nuove persone e cercare sostegno per fronteggiare le difficoltà. Infine, A PORTATA DI MANO è uno spazio in costruzione, nel quale partecipare è importante, ogni consiglio è utile, ogni contributo potrà servire a creare un luogo d'incontro e crescita.

Obiettivi

Gli obiettivi di A PORTATA DI MANO sono:

- riportare sul versante sociale la dimensione della salute e del disagio
- favorire la creazione di relazioni
- lavorare alla coesione di un gruppo di sostegno reciproco
- incentivare lo sviluppo di orizzonti culturali orientati ad una conoscenza senza pregiudizi.

L'idea è utilizzare internet come strumento di promozione della resilienza, definita come la capacità di proteggere la propria integrità anche sotto l'azione di forti pressioni facendo appello alla forza interiore che consente di reagire ai colpi della vita e risollevarsi.

Molti di noi riescono a affrontare rischi e difficoltà riacquistando nel giro di breve tempo l'equilibrio perduto o comunque mantenendo inalterata la propria capacità di reagire, di sentire, di dare un senso alla vita e portare avanti un progetto mantenendo intatta la propria personalità. Altri se la cavano, ma con costi notevoli per il loro equilibrio mentale e la vita di relazione: possono diventare aggressivi, violenti, insensibili al dolore altrui; se aggrediti e maltrattati possono identificarsi con l'aggressore e assumere la sua filosofia di vita, oppure, reprimere i sentimenti, isolarsi, chiudersi in se stessi, diventare incapaci di amare, di compatire, di comprendere, di trovare un senso nelle cose che fanno. Lo scossone provocato da un'esperienza negativa può essere superato se si fa appello alle proprie energie interiori, se si trova chi ci sostiene in un momento critico, se non si rimane troppo a lungo in una condizione di precarietà e di crisi, se si riesce a dare significato agli accadimenti.

I fattori che favoriscono la resilienza non sono sempre gli stessi in persone e situazioni diverse, per esempio avere vissuto una buona infanzia, poter contare su persone amiche e fidate,

essere flessibili, adattabili, curiosi, saper valutare gli accadimenti in prospettiva, avere sviluppato la capacità di assumersi delle responsabilità ma non le colpe altrui, avere senso dell'umorismo, immaginazione, interessi, saper comunicare, avere un progetto di vita, aiutare gli altri, e infine aver sviluppato la capacità di prendere l'iniziativa, non restare passivi, non adagiarsi nel ruolo di vittima.

Metodologia

Il coinvolgimento dei giovani è la prerogativa per la riuscita di questo progetto; a questo scopo, fin dalle prime fasi, è stata promossa e incentivata la partecipazione delle scuole, attraverso riunioni preliminari nelle quali sono stati individuati gli studenti disponibili a diventare referenti del progetto nei diversi istituti della provincia di Roma.

Ogni parte di questo sito è stata realizzata tramite la condivisione degli obiettivi e degli strumenti, tra i quali hanno avuto particolare successo la radio web e il forum.

La radio web funziona come tutte le radio e chi possiede un collegamento internet può ascoltarla da qualunque parte del mondo. Inoltre offre la possibilità seguire le trasmissioni in diretta o scaricarle tramite un *podcast*. La stazione base si trova nell'ITIS Fermi di Roma, ma tutti possono partecipare alle trasmissioni. È possibile inviare musica autoprodotta, dare consigli ed esprimere valutazioni sul palinsesto, inoltrare un proprio programma radiofonico o indicare gli argomenti da trattare.

I forum sono una piazza virtuale dove è possibile conoscere nuovi amici, raccontare le proprie esperienze, chiedere consigli ai coetanei. I moderatori dei forum di A PORTATA DI MANO sono studenti di alcune scuole superiori.

Esperienze in via di realizzazione

UNPLUGGED

Il programma *Unplugged* è un programma scolastico, basato su un approccio di influenza sociale comprensivo (*comprehensive social influence approach*). Questo programma è costituito da 12 unità della durata di un'ora circa, suddivise in tre parti; può essere somministrato dall'insegnante, dopo una formazione di 3 giorni.

Prima parte: Conoscenze e attitudini

Unità 1: Introduzione

Introduzione al programma e inizio di una riflessione sulle conoscenze disponibili sulle droghe.

Unità 2: Scelte- rischi e fattori di protezione

Gli studenti imparano che vi sono diversi fattori che influenzano le persone nella scelta di usare droghe (effetti desiderati, aspettative sugli effetti della sostanza, fattori ambientali e personali).

Unità 3: Droghe: essere informati

Gli studenti imparano quali sono gli effetti positivi, quelli negativi e i rischi legati all'uso delle singole sostanze stupefacenti.

Unità 4: Fumare tabacco: essere informati

Gli studenti imparano quali sono gli effetti, con particolare enfasi su quelli negativi, del fumo di tabacco; come gli effetti aspettati siano diversi da quelli reali e imparano che le conseguenze positive a breve termine spesso appaiono più importanti di quelle negative a lungo termine.

Seconda parte: Sviluppo di capacità interpersonali

Unità 5: Le tue convinzioni, le regole che segui e le informazioni che hai: sono corrette?

Gli studenti imparano ad essere critici verso le varie fonti di informazione e apprendono quali sono le differenze tra le proprie convinzioni e le conoscenze disponibili.

Unità 6: essere o non essere in un gruppo:

Gli studenti imparano a riconoscere quanto le proprie opinioni sono influenzate o vengono modificate dal gruppo e sperimentano come ci si sente quando si è esclusi dal gruppo, riflettendo su questa esperienza.

Unità 7: Esprimete voi stessi

Gli studenti sono stimolati ad imparare a comunicare le proprie emozioni in modo adeguato, a distinguere tra la comunicazione verbale e non verbale, a sperimentare che comunicare è più che parlare.

Unità 8: Party tiger

Gli studenti imparano a riconoscere e ad apprezzare le qualità positive dei propri compagni, ad accettare dei *feedback* positivi, a sperimentare come entrare in contatto con gli altri, come utilizzare modalità verbali e non per presentarsi agli altri.

Terza parte: Sviluppo di capacità individuali

Unità 9: Alzati in piedi

Gli studenti danno e ascoltano esempi di assertività, imparano a far riconoscere dagli altri le proprie ragioni, a sviluppare il rispetto delle ragioni e delle opinioni degli altri.

Unità 10: Apprendere nuove capacità

Conversazioni tra pari sulle proprie difficoltà e sulle proprie emozioni, gli studenti imparano che le emozioni negative non sono né negative né pericolose, affrontano le proprie debolezze e i propri limiti in modo costruttivo.

Unità 11: Risolvere i problemi e prendere le decisioni

Gli studenti imparano tecniche specifiche per risolvere i loro problemi, imparano un pensiero creativo, imparano a fermarsi e a pensare quando ritrovano di fronte ad un problema piuttosto che reagire impulsivamente, imparano a distinguere tra effetti positivi a breve-medio termine e conseguenze negative a lungo termine delle varie azioni e comportamenti.

Unità 12: Stabilire gli obiettivi

Gli studenti cercano di modificare gli obiettivi a lungo termine in obiettivi a medio termine, e gli viene richiesto di riflettere sulle opportunità di applicare nel loro individuale contesto ciò che hanno imparato nel corso e di esplorare situazioni e modalità per consolidare l'influenza positiva di queste lezioni sul gruppo classe.

Questo intervento è quello di base ed è stato somministrato in tutte le scuole coinvolte (escluse ovviamente quelle che fungevano da controllo). In alcune scuole, all'intervento base sono stati associati altri due interventi che prevedevano il coinvolgimento dei genitori e/o il coinvolgimento dei pari.

L'intervento che coinvolge i genitori prevede che l'intervento di base è condotto oltre che sugli alunni anche sui loro genitori al di fuori dell'ambiente scolastico da un esperto, nell'intervento che coinvolge i pari, l'intervento di base è condotto da alcuni alunni, opportunamente formati in ogni classe con una supervisione minima da parte dell'insegnante.

Di seguito, si propongono dei suggerimenti per l'utilizzo di *Unplugged*. Tutti i materiali sono scaricabili gratuitamente, previa registrazione dal seguente indirizzo www.eudap.net (ultima consultazione 29/05/2009).

Unità 1

Questa unità introduce il programma *Unplugged*. È importante spiegare agli alunni i motivi per cui svolgeranno questo programma, perché è stato scelto proprio *Unplugged*, in che cosa consiste, e discutere e chiarire le loro aspettative. È anche importante stabilire alcune regole per

creare un clima di rispetto e partecipazione alle attività. Tenuto conto che si tratta della fase iniziale, è fondamentale motivare gli alunni e suscitare entusiasmo nei confronti del programma.

Obiettivi

- presentare e introdurre lo scopo e il contenuto del programma
- chiarire le aspettative
- definire e discutere le regole che porteranno alla firma del contratto di classe
- analizzare ciò che gli alunni vogliono sapere sulle sostanze.

Materiali

- Il manuale per l'insegnante e il quaderno dello studente *Unplugged*, disponibile in modalità gratuita e previa registrazione all'indirizzo <http://www.eudap.net> (ultima consultazione 29/05/2009)
- Un cartellone con i titoli delle 12 unità.
- Tre grandi fogli di carta per documentare la discussione, le aspettative e le regole su cui la classe si è accordata. Queste ultime diventeranno il contratto di classe che sarà firmato da tutti gli alunni e dagli insegnanti e sarà esposto su una parete dell'aula.

Attività 1: Introduzione al programma

L'insegnante sceglie un luogo in cui sia possibile sedersi con il gruppo disposto in cerchio in modo che gli alunni possano vedersi tra loro. Un'idea potrebbe essere di chiedere alla classe di preparare l'aula durante una pausa, prima che il programma abbia inizio. Durante i primi 10 minuti, l'insegnante comunica agli alunni che stanno per iniziare un programma di 12 unità denominato *Unplugged* e chiede loro cosa ne pensano; spiega, inoltre, in cosa consiste il programma e come è organizzato. A questo scopo è possibile utilizzare la tecnica del brainstorming, con una durata di 15 minuti.

Un esempio

L'insegnante scrive il titolo del programma su un grosso foglio di carta e chiede agli alunni di esprimere, con una parola o una frase, tutto ciò che viene loro in mente in relazione a questo titolo. Elenca tutte le idee e i suggerimenti sul foglio di carta e sintetizza ciò che gli alunni hanno detto. A questo punto, l'insegnante presenta il foglio di carta con l'elenco delle unità e fornisce la descrizione di *Unplugged* e degli argomenti delle unità, spiegate per quale motivo ha scelto questo programma e perché pensa che la classe dovrebbe attuarlo.

L'insegnante spiega anche che durante *Unplugged* saranno usate tecniche di insegnamento interattivo, in base alle quali gli alunni saranno chiamati a partecipare attivamente a tutte le unità e avranno l'opportunità di parlare molto tra di loro in piccoli gruppi. Gli alunni impareranno non soltanto dall'insegnante e dal quaderno dello studente *Unplugged*, ma soprattutto gli uni dagli altri. È questo lo scopo degli esercizi e dei giochi incentrati sulle dinamiche di gruppo.

REGOLE CHE FAVORISCONO IL PROCESSO DI GRUPPO:

1. Ascolto chi parla
2. Non derido i compagni di classe
3. Evito di fare pettegolezzi su ciò che dicono i compagni
4. Rispetto il diritto di avere un'opinione diversa
5. Rispetto chi ha un'opinione diversa dalla mia
6. Cerco di essere il più onesto possibile
7. Rispetto il contratto
8. Mi assumo la responsabilità di osservare le regole della classe
9. Rispetto l'esigenza di privacy
10. Sono disposto a imparare cose nuove

Attività 2: “Che cosa ci aspettiamo?”

Lo svolgimento di questa unità richiede circa 20 minuti. L’insegnante divide la classe in 4-5 piccoli gruppi di un numero massimo di 6 alunni. Per dividere gli alunni in gruppi, è possibile utilizzare diversi giochi, ne vengono proposti a titolo di esempio due (Figura 24), gli altri sono rintracciabili nell’allegato 2 “Attività stimolanti o energizers” del manuale per l’insegnante.

<p>Macedonia</p> <p>L’insegnante divide gli alunni in un numero uguale di tre o quattro tipi di frutta. Gli alunni si dispongono quindi in cerchio, seduti su sedie. Una persona deve stare al centro del cerchio. L’insegnante grida il nome di uno dei frutti, per esempio “arance” e tutti gli alunni che appartengono al gruppo delle “arance” devono scambiarsi di posto. La persona che sta in mezzo cerca di rubare il posto ad uno degli alunni non appena questi si muovono, lasciando qualcuno al centro del cerchio senza sedia. La persona al centro del cerchio grida il nome di un altro frutto e il gioco continua. Se si grida “macedonia” tutti devono scambiarsi di posto.</p> <p>Una variante del gioco: l’insegnante realizza una serie di schede che riportano quattro o cinque frutti diversi, ad esempio banana, mela, arancia, ciliegia e kiwi. Le schede vengono distribuite a caso tra gli alunni. Questi ultimi devono formare una macedonia composta da tutti i frutti. È un modo per formare piccoli gruppi.</p>	<p>Corse in taxi</p> <p>Chiedere agli alunni di fingere di dover prendere un taxi. I taxi possono portare un numero limitato di persone, per esempio quattro, cinque o otto. Alcuni alunni sono i tassisti. Questi camminano per l’aula e prendono a bordo i passeggeri uno a uno fino a quando il loro taxi è “pieno”. Questo gioco è utile per dividere in gruppi le persone in modo casuale.</p>
--	--

Figura 24. Esempi di giochi da utilizzare per formare i gruppi

Distribuisce i quaderni dello studente *Unplugged* e chiede agli alunni di discutere in piccoli gruppi ciò che si aspettano di ottenere dalla loro partecipazione a questo programma.

Alcune domande utili:

- Che cosa ci aspettiamo di imparare?
- Quali esperienze ci aspettiamo di fare?
- Quali regole è necessario stabilire insieme per realizzare tali aspettative?

Se esistono regole già condivise dal gruppo classe, l’insegnante può far riferimento a queste, oppure nel quaderno dello studente *Unplugged* gli alunni possono trovare esempi di possibili di regole da utilizzare.

A questo punto, nel cerchio, ciascun gruppo espone il lavoro svolto; le aspettative e le regole vengono scritte su due distinti fogli di carta. L’insegnante commenta le aspettative e discute con la classe se possono essere realizzate durante le unità *Unplugged*. Ad esempio, se gli alunni esprimono l’aspettativa di poter incontrare durante le unità un ex tossicodipendente per imparare dalla sua esperienza, chiarite che questo non sarà possibile.

Il foglio con le regole della classe deve essere firmato da tutti gli alunni e dall’insegnante ed essere affisso in modo ben visibile su una parete dell’aula per tutta la durata delle unità. È importante che l’insegnante si assicuri che vi sia un nesso tra le regole e le aspettative menzionate: se si vogliono realizzare queste aspettative si devono rispettare le regole

concordate. È importante, inoltre, che ricordi agli alunni che hanno la responsabilità di mantenere un buon clima di gruppo che contribuirà ad arricchire la loro esperienza relativa al programma.

La prima unità si chiude, dedicando i 5 minuti di chiusura alle riflessioni personali. L'insegnante chiede agli alunni di completare le seguenti frasi contenute nel loro quaderno dello studente:

“Un dubbio che ho riguardo alle sostanze è...”

“Qualcosa che vorrei ottenere durante questo programma è...”.

Unità 2. Fare o non far parte di un gruppo

Obiettivi

- Sperimentare l'appartenenza al gruppo come momento necessario per la propria crescita personale.
- Apprendere le differenze tra gruppi spontanei e strutturati, con dinamiche esplicite e implicite.
- Imparare ad individuare in quale misura il comportamento può essere modificato da un gruppo.
- Sperimentare la sensazione di esclusione da un gruppo e riflettere su questo argomento.

Materiali

- Spazio per due giochi di situazione.
- Il disegno di Folon riprodotto nel quaderno dello studente *Unplugged*.

Attività 1: Introduzione

L'insegnante dedica i primi cinque minuti dell'unità al ripasso dell'unità precedente, chiedendo agli alunni quali argomenti di *Unplugged* ricordano ancora, se hanno commenti sugli obiettivi e le aspettative che hanno descritto nel proprio quaderno dello studente e fa riferimento alle regole e al contratto di classe. Introduce a questo punto l'argomento dell'unità, chiedendo agli alunni se ci sono state situazioni in cui hanno subito la pressione da parte dei pari quando hanno dovuto prendere una decisione. Le domande possibili possono essere:

- Quali tipi di situazioni riuscite ad immaginare in cui gli amici influiscono in qualche modo sulle vostre scelte?

Esempi: andate a scuola in bicicletta, automobile, autobus, a piedi? con quali amici parlate? quale tipo di abbigliamento indossate?

- Per far parte di un gruppo, avete mai fatto qualcosa che ritenete sbagliato?

Esempi: comportarsi scorrettamente con altri amici, fumare, mancare alle sessioni di allenamento sportivo, mancare alle lezioni scolastiche, mentire agli amici o ai genitori.

Annuncia, quindi, che la classe parteciperà ad un gioco di situazione in cui dovrà dimostrare un comportamento sbagliato e successivamente un comportamento corretto e chiede loro di alunni di pensare a situazioni reali mentre giocano: in effetti è possibile anche trovarsi nella situazione “sbagliata”!

Attività 2: Gioco di situazione “come agiscono a volte i gruppi e come non dovrebbero agire”

Il gioco ha una durata di circa 10 minuti. L'insegnante chiede chi vuole partecipare come volontario e a due di questi chiede di uscire dall'aula, con la consegna che al rientro, il loro compito sarà integrarsi nei gruppi che troveranno. A questo punto, divide la classe in due gruppi e definisce un gruppo come “codificato” e l'altro come “aperto”. Il gruppo codificato ha norme e criteri definiti cui attenersi per consentire ai due alunni di entrare a farne parte. Il gruppo aperto non ha un codice e pertanto gli alunni non devono fare niente di specifico per entrare a farne parte e si integrano senza problemi.

Il gruppo codificato deve decidere quali saranno con esattezza i criteri e il gruppo aperto può contribuire a stabilire il codice.

Alcuni esempi: “devono essere sicuri di sé e non troppo educati e devono sapere il nome di tre cantanti pop” oppure “devono sapere i risultati di alcuni eventi sportivi dell’ultimo fine settimana”.

Un gruppo si crea in base a...

Caratteristiche:

Maschi o femmine, stile di abbigliamento...

Abilità:

Talento sportivo, capacità di suonare strumenti musicali, tecniche acrobatiche in bicicletta...

Comportamenti:

Modo di ballare, fumare, non fumare...

Lingua:

Dialetto locale, sms, parole in codice...

L’insegnante chiude le istruzioni dicendo a entrambi i gruppi che dovranno indicare con chiarezza che la coppia è stata accettata offrendo una sedia per sedersi con il gruppo.

Ora è possibile far rientrare in classe i due alunni, i quali cercheranno di entrare a far parte prima di un gruppo e poi dell’altro. L’insegnante spiega che quando saranno accettati dal gruppo riceveranno una sedia; conduce la coppia innanzitutto verso il gruppo aperto, quindi verso quello codificato. Nel gruppo codificato i due alunni devono rivolgere domande a cui si deve rispondere con un “sì” o con un “no” per scoprire i criteri di appartenenza.

Al termine di questa prima parte, l’insegnante chiede ad altri due volontari di uscire dalla classe con lo stesso compito (anche questa attività durerà circa 10 minuti). I due gruppi sono ora entrambi “codificati”, e decidono i propri criteri. Gli alunni rientrano e ciascuno dei due gruppi deve dire chiaramente quali criteri devono essere soddisfatti per consentire loro di entrare nel gruppo, a loro volta, i due volontari decidono se accettare i criteri oppure no e spiegano la loro decisione al resto del gruppo.

Terminata anche questa seconda fase, è importante dedicare almeno 15 minuti alla valutazione del gioco. L’insegnante dà innanzitutto l’opportunità ai quattro volontari di parlare delle loro esperienze. Di seguito si propongono alcune domande come spunto per la discussione.

- Che cosa avete provato in relazione alle opinioni e ai pensieri espressi nel gioco di situazione?
- Come avete difeso la vostra opinione?
- Quali suggerimenti avete ricavato dall’attività di gruppo?
- Cosa ha facilitato il compito? Cosa lo ha reso difficile? Come lo avete affrontato?

Dopo i giochi di ruolo, rispondi a tre di queste domande insieme ai compagni del tuo gruppo:

- Che effetto hanno avuto la tua opinione e i tuoi ragionamenti?
- ... e le tue sensazioni?
- Quali consigli dei gruppi hai adottato?
- Cosa è stato semplice? Cosa è stato difficile? Come hai affrontato la situazione?
- In quali situazioni potresti usare i consigli forniti nel secondo gioco?
- Cosa rappresentano per il gruppo e per gli studenti che cercano di entrare a far parte di un gruppo?
- Quali possibilità hai di entrare nel gruppo e di affrontare l’eventualità di esserne escluso?
- Quale responsabilità si assume il gruppo quando decide di non accogliere una persona?
- Cosa faresti per entrare nel gruppo?
- Se dovessi scegliere di entrare in un gruppo, in base a quali aspetti prenderesti la decisione?

In seguito, chiede agli alunni di formare piccoli gruppi di cinque alunni per discutere delle attività appena svolte. Se gli alunni non ne parlano, si può aggiungere che è importante sostenere ciò in cui si crede e informarne gli altri. Gli stessi alunni possono decidere se vogliono far parte del gruppo (se vogliono accettare le condizioni imposte dal gruppo) oppure no.

Di seguito alcune domande che possono essere utilizzate come spunto:

- In quale tipo di situazioni potreste usare suggerimenti come quelli del secondo gioco?
- Cosa significa questa situazione per il gruppo e cosa per gli alunni che cercano di entrare nel gruppo?
- Quali possibilità hanno gli alunni di entrare nel gruppo e come possono affrontare un'esclusione?
- Quali effetti ha su di noi l'isolamento (ad esempio in termini di fiducia in noi stessi)?
- Quale responsabilità ha il gruppo quando decide di non accogliere qualcuno nel gruppo?
- Cosa fareste per entrare a far parte di un gruppo?
- Se aveste la possibilità di far parte di un gruppo, in base a quali aspetti decidereste?

Negli ultimi 10 minuti dell'unità, gli alunni esaminano singolarmente il disegno di Folon contenuto nel proprio quaderno e rispondono alle domande. Se non c'è abbastanza tempo, è importante che gli alunni rispondano soltanto all'ultima domanda. L'insegnante chiede ad alcuni alunni di leggere ad alta voce le proprie risposte.

Il disegno dell'artista belga Jean Michel Folon rappresenta la fluttuazione tra l'individuo e l'appartenenza ad un gruppo, che è un equilibrio molto importante per questa fase di sviluppo dei vostri alunni. Essere consapevoli di questo equilibrio contribuisce alla conoscenza di se stessi e alla fiducia in se stessi.

Bibliografia

- Albano T, Gulimanoska L. Le cause, i fattori di rischio e le possibili conseguenze della dipendenza. In: Albano T, Gulimanoska L. (Ed.). *In-dipendenza: un percorso verso l'autonomia. Vol. I. Manuale sugli aspetti eziopatogenetici, clinici e psicologici delle dipendenze*. Milano: Franco Angeli; 2006.
- Aos S, Phipps P, Barnoski R, Lieb R. *The comparative costs and benefits of programs to reduce crime*. Vol 4 (1-05-1201). Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy; 2001.
- Ashery RS, Robertson EB, Kumpfer KL. (Ed.) Drug abuse prevention through family interventions. *NIDA Research Monograph* Washington DC: US Government Printing Office: 1998;177:42-77.
- Baiocco R, Couyoumdjian A, Del Miglio C. Le dipendenze in adolescenza. In Caretti V, La Barbera D. (Ed.). *Le dipendenze patologiche: clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2005.
- Barman KE, Foshee VA, Ennett ST, Pemberton M, Hicks KA, King TS, Koch GG. The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol. *Am J Public Health* 2001;91(4):604-10.
- Bassat L, Livraghi G. *Il nuovo libro della pubblicità. I segreti del mestiere*. Il Sole 24 Ore. Milano; 2005.
- Battistich V, Solomon D, Watson M, Schaps E. Caring school communities. *Educational Psychologist* 1997;32(3):137-51.
- Beauvais F, Chavez E, Oetting E, Deffenbacher J, Cornell G. Drug use, violence and victimization among white American, Mexican American and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. *J Counsel Psychology* 1996;43:292-9.
- Boda G. *Life skill e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*. Milano: La Nuova Italia; 2001.
- Bonino S, Cattellino E, Ciairano S. *Adolescenti e rischio*. Firenze: Giunti; 2003.
- Botvin GJ, Baker E, Williams CL. Preventing the onset of cigarette smoking through Life Skills Training. *Preventive Medicine* 1980; vol. 11, pp. 199-211.

- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Tortu S, Botvin EM. Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a three-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;58:437-46.
- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury LD, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomised drug abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of American Medical Association* 1995;273:1106-12.
- Catalano S. *Strategie per il successo formativo. Competenze relazionali dell'insegnante e gestione della classe*. Napoli: Tecnodid; 2000.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC. Framework for Program Evaluation in Public Health. *MMWR* 1999; 48 (n RR-11).
- Chou C, Montgomery S, Pentz M, Rohrbach L, Johnson C, Flay B, Mackinnon D. Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *Am. J. Public Health* 1998; 88: 944-48.
- Cloninger CR. A systematic model for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:579-88.
- Cloninger CR. Temperament and Personality. *Curr Opin Neurobiol* 1994;4(2):266-73.
- Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety state. *Psychiatr Dev* 1986;4(3):167-226.
- Couyoumdjian A, Baiocco R, Del Miglio C. *Adolescenti e nuove dipendenze. Le basi teoriche, i fattori di rischio, la prevenzione*. Roma: Laterza; 2006.
- De Blasi M. I nuovi stili di consumo giovanile. In Caretti V, La Barbera D. (Ed.) *Le dipendenze patologiche: clinica e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2005.
- Dishion T, Kavanagh K, Schneiger AKJ, Nelson S, Kaufman N. Preventing early adolescent substance use: a family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science* 2002;3(3):191-202.
- Francescato D, Putton A, Cudini S. *Star bene insieme a scuola. Strategie per un'educazione socio-affettiva dalla materna alla media inferiore*. Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1986.
- Gerra G, Zaimovic A. Vulnerabilità per la tossicodipendenza. Fattori di rischio e fattori protettivi. In: Serpelloni G, Gerra G. (Ed.) *Vulnerabilità all'Addiction*. Venezia: Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, al Volontariato e Non-Profit; 2002. pag. 89-118.
- Gerstein DR, Green LW. *Preventing drug abuse: what do we know?* Washington DC: National Academy Press; 1993.
- Goleman D. *Intelligenza emotiva. Che cos'è. Perché può renderci felici*. Milano: Biblioteca Universale Rizzoli; 1996.
- Hansen WB. School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum. *Health Education Research* 1992;7(3):403-30.
- Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatric Adolescent Med* 1999;153:226-34.
- Hawkins JD, Catalano RF, Arthur M. Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 2002;90(5):1-26.
- Ialongo N, Poduska J, Werthamer L, Kellam S. The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *J Emotional Behav Disorders* 2001;9:146-60.
- Jeammet P, Corcos M. Aspetti psicopatologici della tossicomania nell'adolescenza. In: Ammanniti M. (Ed.). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2002.
- Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. *Monitoring the future national survey results on drug use, 1975-2002. Volume 1: secondary school students*. Bethesda MD: National Institute on Drug Abuse; 2002.

- Kosterman R, Hawkins JD, Spoth R, Haggerty KP, Zhu K. Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: proximal outcomes from preparing for the Drug Free Years. *J Commun Psychology* 1997;25(4):337-52.
- Kosterman R, Hawkins JD, Haggerty KP, Spoth R, Redmond C. Preparing for the Drug Free Years: session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *J Drug Education* 2001;31(1):47-68.
- Kotler P, Zaltman G. Social Marketing: an approach to planned social changes. *Journal of Marketing* 1971;35:3-12.
- Kotler P, Roberto N, Lee N. *Social marketing – Improving the quality of life*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2002.
- Kotler P, Armstrong G. *Principi di Marketing*. Torino, Milano: Pearson Education Italia; 2006.
- Kumpfer DL, Olds DL, Alexander JF, Zucker RA, Gary LE. Family etiology of youth problems. In: Ashery RS, Robertson EB, Kumpfer DL. (Ed). *Drug abuse prevention through family interventions*. NIDA Research Monograph n. Washington DC: US Government Printing Office; 1998;177:42-77.
- Leone L, Celata C. (Ed.). *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*. Milano: Il Sole 24 Ore; 2006.
- Maccacaro GA. *Per una Medicina da rinnovare. Scritti 1966/76*. Milano: Feltrinelli; 1976.
- Marmocchi P, Dall'Aglio C, Zannini M. *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità*. Trento: Erickson; 2004.
- Migani C. (Ed). *Dal disagio scolastico alla promozione del benessere*. Ministero della Solidarietà Sociale Relazione Annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2006. Roma: Carocci; 2004.
- Moon D, Hecht M, Jackson K, Spellers R. Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Subst Use Misuse* 1999;34 (8):1059-83.
- NIH, National Institute on Drug Abuse. Info Facts: *Lessons from Prevention Research*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.drugabuse.gov/infofacts/lessons.html>; ultima consultazione 14/8/2009.
- Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze. Prevenzione in materia di droghe nelle scuole dell'UE: l'importanza dei sistemi di informazione e monitoraggio. *Focus sulle droghe* 2002;5.
- Oetting E, Edwards R, Kelly K, Beauvais F. Risk and protective factors for drug use among rural American youth. In: Robertson EB, Sloboda Z, Boyd GM, Beatty L, Kozel NJ. (Ed.). *Rural substance abuse: state of knowledge and issues*. NIDA Research Monograph n. 168. Washington DC: US Government Printing Office: 1997. pp. 90-130.
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia per l'anno 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/relazione_droga_2007/Relazione_2007.pdf; ultima consultazione 14/8/2009.
- Pellai A, Rinaldin V, Tamborini B. *Empowered Peer Education. Manuale Teorico-pratico di Educazione tra pari*. Trento: Centro Studi Erickson; 2002.
- Pellai A. *Educazione sanitaria. Principi, modelli, strategie e interventi. Manuale per insegnanti ed operatori socio- sanitari*. Milano: F. Angeli; 1997.
- Pentz MA. Costs, benefits and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. In: Bukoski WJ, Evans RI. (Ed.). *Cost-benefit/cost-effectiveness research of drug abuse prevention: implication for programming and policy*. NIDA Research Monograph n. 176. Washington DC: US Government Printing Office: 1998. pp. 111-129.
- Ravenna M. *Psicologia delle tossicodipendenze*. Bologna: Il Mulino; 1997.
- Sackett DL, Roseberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence Based Medicine: what is and what isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.

- Santoro G. (Ed.). *La prevenzione: principi generali e linee-guida del NIDA*. SEDES: Perugia; 2005. Disponibile all'indirizzo www.informadroga.it/public/ser/8/SEDES_NIDA.pdf; ultima consultazione 14/8/2009.
- Scheier L, Botvin G, Diaz T, Griffin K. Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education* 1999;29 (3):251-78.
- Serpelloni G, Macchia T, Gerra G. (Ed.). *Cocaina: Manuale di aggiornamento tecnico-scientifico*. Dipartimento Nazionale per le politiche antidroga; 2006.
- Shiner M. Defining peer education. *Journal of Adolescence* 1999;22:555-66.
- Somaini L. Vulnerabilità e addiction. In: Marino V, Serpelloni G. (Ed.). *Marketing preventivo. Appunti per una nuova prevenzione al consumo di droghe*. Dipartimento delle Dipendenze ASL di Varese; 2007.
- Spoth RL, Guyull M, Day S. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: cost effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *J Studies on Alcohol* 2002;63:219-28.
- Spoth RL, Redmond D, Trudeau L, Shin C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002;16(2):129-34.
- Tamburini S. *Marketing e comunicazione sociale*. Milano: Lupetti & co; 1996.
- Tobler NS. Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues* 1986;17:537-67.
- Vanini P. Gli insegnanti come adulti di riferimento. *Innovazione Educativa* n. 5. Bollettino IRRSAE Emilia-Romagna 1998.
- Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. *J Consult Clin Psychology* 1998;66:715-30.
- Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in Head Start. *J Clin Child Psychology* 2001;30:282-302.
- Hawks D, Scott K, McBride N, Jones P, Stockwell T. *Prevention of Psychoactive Substance Use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. NLM Classification WM 270, 2002.
- World Health Organization. Ottawa, *Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, 21 November 1986.
- Wills T, McNamara G, Vaccaro D, Hirky A. Escalated substance use: a longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *J Abn Psychology* 1996;105:166-80.

PREVENZIONE DEL DOPING

Roberto Leone, Cristiano Chiamulera, Guido Fumagalli
Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Verona

Introduzione

Il fenomeno del doping coinvolge molteplici aspetti, alcuni legati alla rapida evoluzione della società che ha comportato la nascita di nuovi valori e credenze. La trasformazione dello sport da gioco di pochi a spettacolo di massa, gli enormi interessi economici coinvolti, la cultura dell'immagine, la spinta delle ditte produttrici di farmaci e integratori, il valore dell'ambizione che risuona nel concetto che per emergere e guadagnare si è disposti a qualsiasi compromesso o sotterfugio, l'idea che "ci sarà pure un farmaco per risolvere il problema" (tipica di una società farmacocentrica), sono tutti elementi che hanno contribuito nel tempo a diffondere il doping dal ristretto mondo degli atleti professionisti di vertice a quelli amatoriali, ai frequentatori delle palestre, ai giovani e fin anche ai bambini.

Nonostante che l'azione d'indagine e di sanzione esercitata dalle autorità sportive e giudiziarie (ricordiamo che in Italia è in vigore una legge che fa del doping un reato penale) possa fungere da deterrente, non vi è dubbio che la strategia principale da seguire consista nell'approccio educativo. In questo contesto la scuola gioca ovviamente un ruolo fondamentale. Non possiamo però dimenticarci che il giovane vive in un contesto che è anche extra-scolastico e che molto può influenzare il suo comportamento. Un adolescente appassionato di ciclismo è vittima predestinata di allenatori, compagni di squadra e medici sociali senza scrupoli se il sistema educativo (non solo scolastico!) non lo fornisce di quelle conoscenze che possano consentirgli di compiere le proprie scelte in modo consapevole. In questo senso l'approccio educativo non può limitarsi agli aspetti etici ma deve, senza timori e false remore, affrontare anche gli aspetti conoscitivi e informativi sul doping e sui problemi alla salute ad esso connessi.

In queste righe si tenterà di fornire agli operatori della scuola e del sistema sportivo quelle informazioni sul doping che, adeguatamente integrati con i principi etici e gli strumenti pedagogici classicamente presenti nei docenti di scuola e nei laureati in Scienze Motorie che operano presso società sportive, possono consentire di strutturare interventi formativi utili per proteggere i giovani dalle insidie e dai danni fisici, oltre che morali, che l'uso di sostanze dopanti comporta.

Definizione di doping

La parola doping deriva dal verbo inglese *to dope* ed è stata utilizzata per la prima volta durante il secolo XIX per indicare l'abitudine di "drogare" i cavalli prima delle corse. Probabilmente il verbo inglese origina dalla parola olandese *doop* (salsa) che a sua volta sembra risalire alle antiche usanze di popolazioni dell'Africa come i Cafri, i quali nel loro idioma chiamavano *dop* un estratto liquoroso eccitante che veniva bevuto durante le cerimonie religiose.

Oggi, in generale, con il termine doping ci si riferisce all'assunzione di sostanze farmacologiche o fisiologiche o all'utilizzo di pratiche non consentite con lo scopo di

incrementare le prestazioni dell'organismo. Vi sono diverse definizioni di doping, che differiscono tra loro essenzialmente in relazione all'aspetto che si vuole maggiormente rimarcare (etico, legale, sportivo, rischi per la salute, ecc.). Quella riportata di seguito è contenuta nell'articolo 1, comma 2, della Legge n. 376 del 18/12/2000: Disciplina della tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping. *“Costituiscono doping la somministrazione o l'assunzione di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive e l'adozione o la sottoposizione a pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche e idonee a modificare le condizioni psicofisiche o biologiche dell'organismo al fine di alterare le prestazioni agonistiche degli atleti”*. Nel comma successivo, del medesimo articolo di legge, si specifica che sono equiparate a doping anche tutte le pratiche tese a sfuggire ai controlli anti-doping.

Storia del doping e dell'anti-doping

La storia del doping ha origini molto lontane. Fin dai tempi antichi, prima di eventi, giochi o battaglie importanti, venivano usate pozioni a base di frutta o estratti di piante. Le sostanze adottate in quei tempi per alterare le prestazioni degli atleti non erano particolarmente efficaci, ma l'effetto placebo portava comunque a dei benefici. Nell'antica Grecia, l'attività sportiva era considerata un elemento importante nella vita sociale e aveva un ruolo paragonabile a quello della religione e della cultura. Con l'istituzione dei giochi olimpici (la prima Olimpiade è del 776 a.C.) e la diffusione di ricchi premi per i vincitori, l'interesse per le varie discipline sportive crebbe sempre più, e con esso l'afflusso di spettatori alle gare. Vista l'alta posta in gioco, aumentò progressivamente il numero di chi ricorreva ad imbrogli e sotterfugi per vincere le competizioni; i concorrenti erano disposti ad ingurgitare qualsiasi sostanza che fosse in grado di migliorare il loro rendimento, compresi semi di piante e funghi potenzialmente pericolosi per la loro vita. I Romani, che raccolsero l'eredità culturale dei Greci, praticavano diversi sport, ma erano attratti da altri tipi di discipline, come le corse delle bighe o le lotte tra gladiatori; in questo periodo l'uso di sostanze illecite riguardava quasi esclusivamente i gladiatori e i cavalli, ai quali venivano somministrate sostanze stimolanti.

Con l'avvento del Cristianesimo queste discipline, considerate troppo cruente, furono a poco a poco abolite, fino a quando l'imperatore Teodosio decretò la fine di tutte le forme sanguinarie e pagane di sport. Per quasi 15 secoli non si trova menzione storica della pratica del doping, probabilmente anche in relazione al fatto che le competizioni olimpiche, al pari di altre attività agonistiche, furono interrotte o persero d'importanza, dopo la caduta dell'Impero Romano.

Nel XIX secolo, con l'industrializzazione e l'urbanizzazione, le società occidentali riscoprirono l'interesse per le competizioni organizzate e nacque lo sport come oggi lo intendiamo. La tecnologia permise di mettere a punto nuove attrezzature ad esempio per il tennis o il golf e lo sviluppo dei trasporti rese possibile la competizione tra città anche molto lontane. Questo fece sì che il pubblico che seguiva gli eventi sportivi crescesse sempre più: si costruirono grandi stadi e si cominciò a parlare degli eventi sportivi anche sui mezzi di informazione. Nel 1896, infine, furono reintrodotte dal barone Pierre De Coubertin le moderne Olimpiadi.

Contemporaneamente alla ripresa significativa delle competizioni sportive, si assistette alla ripresa della pratica del doping: gli atleti assumevano sostanze zuccherine, caffè, alcol ma anche stricnina e nitroglicerina, che potevano sortire effetti collaterali talora gravemente invalidanti se non mortali. Nel 1886 si registra la prima morte conosciuta per doping, quella del gallese Arthur Linton colpito da una crisi cardiaca, durante la corsa ciclistica Parigi-Bordeaux, dovuta ad *overdose* dello stimolante trimetil. L'anno precedente, per la prima volta, una rivista scientifica

di medicina (*British Medical Journal*) riferiva di un caso di doping avvenuto ad Amsterdam durante una gara di nuoto.

Durante i Giochi Olimpici di Saint Louis del 1904, l'allenatore di Thomas Hicks, durante lo svolgimento della maratona (poi vinta dallo stesso Hicks), per farlo riprendere da due svenimenti gli iniettò un milligrammo di solfato di stricnina e gli offrì da bere del cognac. Episodi simili, con l'abitudine dei "beveroni" a base di alcol, si registravano frequentemente agli inizi del '900 in particolare nelle gare di maratona e di ciclismo.

Dagli anni trenta, grazie anche ai progressi compiuti in ambito scientifico, si diffuse l'uso di sostanze di sintesi, prime fra tutte le amfetamine. Negli anni della guerra fredda, quando la competizione tra USA e URSS si estese anche agli stadi, le squadre sovietiche iniziarono a somministrare ai propri atleti gli ormoni maschili, vincendo in tal mondo, quasi tutte le medaglie nel Campionato Mondiale di sollevamento pesi del 1954. La risposta degli americani non si fece attendere e negli stessi anni '50 svilupparono la ricerca per la produzione di steroidi di sintesi (il primo fu il metandrostenolone Dianabol, sintetizzato dal Dr. Ziegler).

Nel 1956, alle Olimpiadi di Melbourne, si cominciò a parlare dei rischi per la salute delle sostanze utilizzate dagli atleti. Durante le Olimpiadi di Roma del 1960 morì, per collasso causato da un'*overdose* di amfetamine, il ciclista danese Kurt Jensen. Tuttavia fu solamente a seguito del decesso del ciclista inglese Tommy Simpson, avvenuto durante il Tour de France del 1967, che emerse alla ribalta delle cronache e all'attenzione del grande pubblico l'uso di sostanze potenzialmente mortali da parte degli sportivi. Così alle Olimpiadi di Città del Messico del 1968, il Comitato Internazionale Olimpico (CIO) istituì per la prima volta la pratica dei controlli anti-doping e stilò un primo elenco di sostanze proibite, in verità molto parziale, contenente soltanto stimolanti e narcotici e non, ad esempio, gli steroidi anabolizzanti (inclusi nella lista a partire dal 1974) che, negli anni '60 e '70, dilagarono nel mondo dello sport, modificando la stessa pratica del doping: dall'assunzione di sostanze poco prima di una gara si passò alle *cure* dopanti da attuare durante i periodi di allenamento in modo da arrivare "puliti" al momento della gara.

Il ricorso agli steroidi anabolizzanti raggiunse il suo apice nella Germania dell'Est, dove fu attuato un piano governativo segreto che portò a far assumere sostanze dopanti ad oltre 10.000 atleti (Franke, Berendonk, 1997). Le vittorie fioccarono e la DDR arrivò seconda nel medagliere delle Olimpiadi del 1976, 1980 e 1988, con addirittura 11 vittorie su 13 gare da parte delle nuotatrici nelle Olimpiadi di Montreal! Ancora oggi resistono record mondiali, vecchi di oltre vent'anni (ad esempio negli 800 metri femminili o nel lancio del disco), che destano molti sospetti su come siano stati ottenuti. Uno dei casi più eclatanti di ricorso agli anabolizzanti è stato quello che ha coinvolto Ben Johnson, il canadese costretto a restituire la medaglia d'oro vinta nei 100 metri piani alle Olimpiadi di Seul del 1988.

L'edonismo sportivo della fine degli anni '80 e dei primi anni '90 portò ad enfatizzare gli aspetti estetici degli atleti favorendo l'affermazione di canoni fisici di muscolosità. Successe così che nelle palestre l'uso delle sostanze dopanti superò di gran lunga l'incidenza delle pratiche doping negli ambienti sportivi di alto livello. Nei paesi occidentali l'assunzione di ormoni anabolizzanti si è diffusa al punto da diventare un "tratto culturale" di molti sportivi, specialmente tra i cultori del *body building*.

Negli anni '90 altre sostanze si aggiunsero alla cosiddetta "farmacia del diavolo". Negli sport di resistenza, alla pratica delle trasfusioni di sangue, ad esempio, si affiancò l'uso dell'eritropoietina (EPO), ormone che stimola la produzione di globuli rossi. Il ricorso all'EPO diventa una costante sia nello sci da fondo sia nel ciclismo, coinvolgendo atleti di grande fama e valore come, ad esempio, Marco Pantani.

A fronte dell'evidente diffusione del fenomeno doping sia tra gli sportivi d'élite che a livello amatoriale, il mondo dello sport, pur con lentezza e con alcune zone d'ambiguità e connivenza,

incomincia ad intraprendere un'azione di contrasto più incisiva. Nel novembre 1999, in seguito alla conferenza mondiale sul doping, nasce la *World Anti-Doping Agency*⁹ (WADA) destinata a sostenere e promuovere i valori fondamentali dello sport inteso come fattore indispensabile di crescita individuale e collettiva. Nel 2003 la WADA è accettata, con la dichiarazione di Copenaghen, da 73 governi e dalle maggiori federazioni sportive (anche se non tutte). Nel 2004 esce la prima lista delle sostanze considerate doping emanata dalla WADA, che viene aggiornata annualmente.

Continuano, tuttavia, i casi di positività nelle varie discipline sportive. Alle Olimpiadi di Sydney del 2000, 27 atlete cinesi sono allontanate per doping e le squadre bulgare e romene di sollevamento pesi sono espulse. Sempre a Sydney la ginnasta rumena Andrea Raducan, di soli 17 anni, viene trovata positiva per l'assunzione di efedrina.

La tematica del doping entra nella quotidianità dei *mass media*. Le procure di numerose città italiane aprono continuamente inchieste e le perquisizioni dei NAS sono all'ordine del giorno. Una delle inchieste più importanti in Italia, uno dei pochi paesi del mondo in cui il doping è perseguito come reato penale, viene portata avanti a Torino dal procuratore aggiunto Raffaele Guariniello, dalla quale emerge l'elevato numero, rispetto all'incidenza attesa, di sclerosi laterale amiotrofica (morbo di Gehrig), tra ex-giocatori di calcio italiani (Belli, 2005).

Purtroppo le morti sospette continuano ad esserci, come quella di Florence Griffith Joyner, deceduta per crisi cardiaca all'età di soli 38 anni. Alcuni giocatori di calcio muoiono durante le partite, alcuni ciclisti per arresto cardiaco poco prima o addirittura durante le competizioni, come nel caso di Alessio Galletti nel 2005.

Alla vigilia delle olimpiadi di Atene 2004, i velocisti greci Kostas Kenteris ed Ekaterini Thanou, favoriti per la medaglia d'oro, simulano un incidente stradale per sfuggire ad un test anti-doping. È l'inizio di una lunga serie di controlli che porteranno a più di 20 squalifiche durante tutta la competizione olimpica.

Poco dopo la fine dei giochi olimpici, il *recordman* dei 100 metri con 9"78, Tim Montgomery, e altri velocisti sono coinvolti nel *caso Balco*, un laboratorio farmaceutico statunitense che somministrava ormoni e anabolizzanti ad atleti di alto livello. I vari vincitori delle ultimi anni di Giri d'Italia, *Tour de France* e *Vuelta*, sono coinvolti in inchieste di doping o squalificati perché risultati positivi ai vari controlli. È il caso di Floyd Landis, vincitore del Tour del 2006. Justin Gatlin lo statunitense campione olimpico dei 100 metri, nonché detentore a quel tempo del record del mondo, il 29 luglio 2006 risulta positivo al testosterone e gli viene revocato il record. Fino agli ultimi casi relativi alle Olimpiadi di Pechino del 2008 che hanno purtroppo coinvolto anche un ciclista italiano, positivo al farmaco CERA.

Ai casi di cronaca si aggiungono le preoccupazioni per il futuro, per il timore che i progressi nell'ambito della biologia molecolare trovino applicazione in ambito sportivo. Segnali in questo senso sono già emersi e non a caso il doping genetico è già stato inserito nella lista WADA dei metodi proibiti. L'Agenzia Mondiale Antidoping ha investito 1,8 milioni di dollari per finanziare nel 2005 le ricerche su questa innovativa pratica dopante.

Sebbene oggi vi sia una sovraesposizione del problema doping presso i mass-media e nonostante il CIO abbia da tempo istituito commissioni *ad hoc* per studiare il fenomeno, redatto liste di farmaci e pratiche il cui uso è vietato agli atleti che partecipano a competizioni sportive sotto la sua egida, e i controlli anti-doping siano sempre più diffusi e sofisticati, ciò non di meno si osserva che un certo numero di atleti continua ad utilizzare farmaci in modo improprio per ottenere un beneficio sportivo illecito, come se non si rendessero conto (o meglio fingono di non vedere il reale problema) del fatto che la maggioranza delle sostanze e pratiche utilizzate come doping presenta così tanti e gravi effetti avversi da sovrastare i vantaggi illeciti procurati. Le tecniche attuali di allenamento, estremamente sofisticate, sono certamente capaci di portare

⁹ www.wada-ama.org/en/ (ultima consultazione 25/8/2009)

un atleta ad esprimere al massimo le proprie capacità psicofisiche. Inoltre, questi atleti fingono di ignorare il loro ruolo di simbolo da emulare da parte degli atleti non professionisti, amatoriali e dei giovani. In questi ultimi, oltre ai pericoli intrinseci del doping, si aggiunge il problema che l'utilizzo di queste sostanze e pratiche avviene totalmente al di fuori di qualunque controllo medico.

Epidemiologia del doping

Non sono disponibili, purtroppo, molti dati e studi che consentono di quantificare in maniera esatta il fenomeno doping. Trattandosi di una pratica illecita viene, ovviamente, negata e sottaciuta. I risultati pubblicati dal CIO ogni anno sui test effettuati come controllo antidoping mostrano un grado di positività tra gli atleti testati variante tra 1,5 e 2,5%.

Ancora più bassi i dati forniti dal CONI, generalmente con una percentuale di campioni positivi inferiore all'1%. In ogni caso, anche se percentualmente i valori sono bassi, questi dati indicherebbero che alcune decine di migliaia di atleti aderenti al CONI utilizzano ogni anno sostanze dopanti, ma il fenomeno è sicuramente sottovalutato. Un'indagine condotta in Italia alla fine degli anni '80 (Scarpino, 1990) con interviste ad atleti e tecnici sportivi, ha mostrato che la percentuale di utilizzatori di sostanze dopanti arrivava fino al 27%.

Anche altre indagini, condotte tramite questionari in vari Paesi del mondo e in diversi contesti (ambito sportivo, popolazione generale) riportano percentuali di positività d'uso certamente superiori a quelle ricavabili dai controlli antidoping. In alcuni ambienti, inoltre, la percentuale di utilizzatori è particolarmente elevata, come dimostra uno studio condotto in Belgio (Delbeke, 1995) su praticanti di *body building* con test antidoping eseguiti senza preavviso, nel quale sono stati trovati positivi a diverse sostanze dopanti (in particolare steroidi anabolizzanti) il 42% dei soggetti esaminati.

Un'altra indagine condotta tramite questionario in Gran Bretagna (Korkia, 1997) in 21 palestre ha evidenziato che tra i 1.667 soggetti che hanno accettato di farsi intervistare (59% del totale del campione) il 9,1% dei maschi e il 2,3% delle donne aveva utilizzato anabolizzanti (6% dei maschi e 1,4% delle donne li utilizzava ancora al momento dell'intervista). Vi erano importanti differenze nell'uso secondo la palestra frequentata (da 0 al 46% di utilizzatori), dato che evidenzia l'influenza che l'ambiente esercita sul praticante sportivo. In questo studio risultava che l'utilizzo regolare di anabolizzanti era di circa due anni, con dosi che generalmente eccedevano quelle utilizzate a scopi terapeutici. Il 56% degli utilizzatori maschi riferiva di avere avuto atrofia testicolare, il 52% ginecomastia, il 36% aumento della pressione arteriosa, il 56% ritenzione idrica, il 26% disturbi tendinei e il 37% disturbi del sonno. Le donne riportavano nel 61% dei casi irregolarità mestruali, nel 61% ritenzione idrica, nel 31% allargamento del clitoride e sempre nel 31% disturbi del sonno. Solo il 14% del campione non riportava di avere avuto disturbi.

Anche una più recente indagine condotta in Svezia (Eklof, 2003) attraverso l'interessante istituzione di una linea-calda telefonica antidoping, ha evidenziato il notevole numero di reazioni avverse legate all'uso di steroidi anabolizzanti. In 5 anni (1996-2000) 4.339 utilizzatori di sostanze dopanti hanno riportato di avere avuto eventi negativi. Le principali reazioni riportate furono aggressività (835), depressione (829), acne (770), ginecomastia (637), ansia (637), problemi sessuali (413), atrofia testicolare (404), disturbi del sonno (328), ritenzione idrica (318), disturbi del comportamento (302) nonché, nelle donne, alterazioni mestruali, crescita di peli in faccia, abbassamento della voce e allargamento del clitoride.

Va anche ricordato che le sostanze dopanti sono generalmente assunte a dosaggi molto elevati, come ha evidenziato uno studio (Evans, 1997) effettuato tra gli utilizzatori di

anabolizzanti che ha sottolineato il ricorso a mega-dosi (da 250 a 3200 mg/settimana) ciclicamente per periodi variabili da 4 a 12 settimane. Circa 86% degli utilizzatori ricorreva anche ad altri farmaci con lo scopo di trattare (nascondere) gli effetti avversi degli anabolizzanti o i sintomi di astinenza.

Più recenti sono le indagini a proposito dell'utilizzo dell'eritropoietina (EPO). Considerazioni in merito ad un uso sistematico di questa sostanza nello sci di fondo sono state fatte a conclusione di studi sui valori di emoglobina di sciatori di fondo, finlandesi e svedesi condotti dal 1987 al 1999. Mentre nei campionati del Mondo di sci nordico del 1989 i valori di Hb degli atleti erano più bassi di quelli della popolazione di riferimento, a partire dal 1994 fu osservato un incremento nei valori degli atleti (in particolare dei valori massimi), ulteriormente aumentati nel 1996. Gli autori ipotizzarono un ruolo dell'EPO per spiegare i dati ottenuti (Videman, 2000).

In un altro studio (Stray-Gundersen, 2003) è stato confrontato il profilo ematologico degli sciatori di fondo partecipanti ai Campionati del Mondo di Sci (68% di tutti i partecipanti e 92% di quelli classificatisi tra i primi 10). Come valori di riferimento sono stati utilizzati quelli dei Campionati del Mondo di Sci Nordico del 1989. Tra gli sciatori classificati tra i primi 50 posti nelle competizioni, il 17% aveva profili ematologici altamente anormali, il 19% valori anormali e il 64% valori normali. Il 50% dei vincitori di medaglie e il 33% di quelli arrivati tra il IV e X posto avevano profili ematologici altamente anormali. In contrasto solo il 3% degli sciatori arrivati negli ultimi 10 posti (dal 41 al 50) aveva valori altamente anormali.

L'aspetto che maggiormente ci deve preoccupare e portare ad un crescente impegno, con interventi informativi/formativi oltre che di indagine, è quello della diffusione del doping a livello giovanile. Una meta-analisi su 31 studi epidemiologici (Laure, 2000) ha evidenziato una prevalenza del 3-5% di ricorso agli anabolizzanti nei bambini a partire dall'età di 8 anni. Lo studio ha anche dimostrato un maggior ricorso alle sostanze dopanti in chi pratica sport a livello amatoriale rispetto agli atleti professionisti.

Studi condotti negli USA tra gli adolescenti hanno dimostrato che almeno 375.000 ragazzi e 175.000 ragazze hanno utilizzato almeno una volta anabolizzanti (Elliot, 1996). Esperti americani in tema di doping stimano che 3-12% di maschi e 1-2% di femmine adolescenti utilizzano anabolizzanti (Yesalis, 2000). Dati altrettanto preoccupanti si riscontrano in Canada, dove il Center for Drugs Free Sport ha stimato che nel 1993 circa 83.000 ragazzi tra gli 11 e i 18 anni hanno utilizzato anabolizzanti (Dawson, 2001).

In Svezia uno studio (Nilsson, 2001) ha evidenziato una prevalenza d'uso di anabolizzanti del 3,6% nei maschi di 16 anni e del 2,8% nei maschi di 17 anni (lo studio non ha stabilito l'utilizzo tra le adolescenti di sesso femminile). I ragazzi utilizzatori di anabolizzanti utilizzavano alcol e oppioidi più frequentemente dei non utilizzatori della medesima età.

In uno studio condotto in Francia (Laure, 2004) intervistando 1.459 studenti praticanti sport, la percentuale di adolescenti che facevano uso di sostanze dopanti era pari al 4%. Negli USA in uno studio (Stilger, 1999) su studenti praticanti calcio si è riscontrata una percentuale di utilizzatori di anabolizzanti pari al 6,3%; in Canada la percentuale di utilizzatori di anabolizzanti tra tutti gli studenti (n. 16.119) è stata stimata essere del 2,8% (Melia, 1996).

Anche in Italia sono state condotte simili indagini epidemiologiche tra gli adolescenti e i risultati sono assolutamente confrontabili a quelli sopra riportati. Una ricerca dell'ASL 6 di Livorno (Becherini, 2005), basata su 1.248 questionari compilati da studenti della seconda classe delle medie superiori di Livorno, evidenzia che circa il 2% di giovani ricorre a farmaci o integratori (non necessariamente considerati dopanti dalla WADA) allo scopo di migliorare la loro prestazione fisica; la percentuale sale a circa il 12% come uso proiettato (riferire di conoscere persone che si dopano). In un'indagine simile condotta nelle Scuole Medie di Verona

e provincia, il ricorso al doping (come uso proiettato) tra gli adolescenti è risultato superiore al 25% (Serpelloni, 2006).

Infine, i risultati di un'ulteriore indagine conoscitiva (Leone, 2004) tra gli studenti di 8 scuole secondarie di II grado della provincia di Verona, mostrano che il 14% degli studenti ha un atteggiamento favorevole al ricorso a sostanze dopanti e un ulteriore 16% un atteggiamento di tipo ambiguo o comunque non decisamente contrario. E' interessante notare che gli atteggiamenti non contrari al doping sono più frequenti, in modo statisticamente significativo, tra i maschi che praticano sport.

In conclusione, nonostante la carenza di studi e i problemi metodologici nella raccolta dei dati che consentano di quantificare il numero delle persone che fanno ricorso al doping, si può affermare che il fenomeno è sicuramente diffuso con percentuali d'utilizzo tra i giovani stimabili complessivamente intorno al 2-5%. Tali valori diventano ancora più elevati in specifici contesti (es. palestre, ciclismo, sport individuali).

Principali classi di sostanze dopanti: meccanismi, effetti e rischi per la salute

Da sempre l'uomo utilizza sostanze su se stesso per cercare di vivere meglio e più a lungo. E' questa una tradizione antica la cui prassi è iniziata prima ancora che l'uomo si ponesse il problema di conoscere e comprendere i fenomeni naturali. La pratica medica e le conoscenze sull'uso dei rimedi per la salute è stata per millenni qualcosa di esoterico, riservata a caste o a "iniziati" come sciamani e stregoni. Ancora oggi, più che la forza dell'evidenza talvolta pesa la forza del convincimento. Per questo anche nei paesi sviluppati proliferano santoni, erboristi, *self-made* luminari della medicina e fenomeni di massa come la cura Di Bella.

In questo contesto deve essere inquadrato il fenomeno del doping, che da un lato, rappresenta il tentativo di migliorare le proprie prestazioni ricorrendo ad aiuti esterni, dimenticandosi del concetto di lealtà sportiva, dall'altro vive e si sviluppa in un ambiente che ignora i concetti di *evidenza scientifica* e i principi etici che vedono nella salute un importante bene individuale e pubblico. Molti atleti ancora oggi sono sottoposti (si sottopongono) a trattamenti che comportano rischi per la salute e che spesso non garantiscono neppure di poter effettivamente migliorare la prestazione sportiva.

L'atleta è un animale da laboratorio su cui sperimentare, poiché le capacità individuali necessarie per vincere variano secondo la disciplina: il centometrista è tutto forza e reattività, il maratoneta tutto resistenza, un pugile, oltre ad essere forte, deve anche sopportare il dolore, per il campione di tiro a segno, la mano ferma è più importante della mano forte.

L'uso dei farmaci per alterare la prestazione sportiva è, in linea di principio, mirato a modificare quelle capacità individuali la cui espressione è importante per la vittoria. Di conseguenza, non esiste un *doping universale*, così come non esiste un metodo di allenamento unico per tutti gli sport.

Poiché la sperimentazione porta (oltre alle morti e altre conseguenze nefaste) spesso a risultati imprevedibili, la lista dei farmaci con effetto doping non sarà mai completa. Sarà sempre una lista in evoluzione. La lista dei farmaci che oggi la WADA elenca come illeciti e proibiti nel mondo dello sport è quindi da considerarsi provvisoria e limitata, in quanto include solo i farmaci che effettivamente possono modificare la prestazione sportiva e comunque quelli che possono essere individuati (almeno potenzialmente). Questa lista non include i tanti altri farmaci sostanzialmente inutili per migliorare le prestazioni e probabilmente tossici di cui gli atleti fanno uso anche abbondante (vedi ad esempio gli

integratori a base di creatina o L-carnitina). La lista non contiene le tante sostanze che il sottobosco del mondo del doping sta sperimentando senza tener minimamente conto del fatto che l'atleta potrebbe un giorno ammalarsi per quel trattamento o anche morire. Di seguito riportiamo, per le sostanze proibite, maggiormente utilizzate, gli effetti conosciuti che le rendono appetibili per aumentare la prestazione sportiva e i principali rischi per la salute.

Steroidi androgeni anabolizzanti

Nella maggior parte degli sport serve avere muscoli. La massa dei muscoli di un individuo dipende in parte dal suo patrimonio genetico, in parte dall'allenamento, in parte dagli ormoni. Come è noto le masse muscolari si sviluppano dopo la pubertà e in modo chiaramente maggiore nei maschi rispetto alle femmine. Queste differenze tra sesso e in funzione dell'età dipendono dal fatto che gli ormoni sessuali maschili (androgeni) hanno un forte effetto positivo sulla crescita del tessuto muscolare (effetto anabolizzante). La struttura chimica di questi ormoni è steroidea. I farmaci analoghi degli ormoni maschili si chiamano perciò **steroidi androgeni anabolizzanti** (AAS, *Anabolic Androgenic Steroids*) e sono oggi tra i farmaci più utilizzati sia per aumentare la prestazione sportiva che per soli scopi estetici, come dimostra la loro diffusione tra i frequentatori delle palestre di fitness (Figura 1).

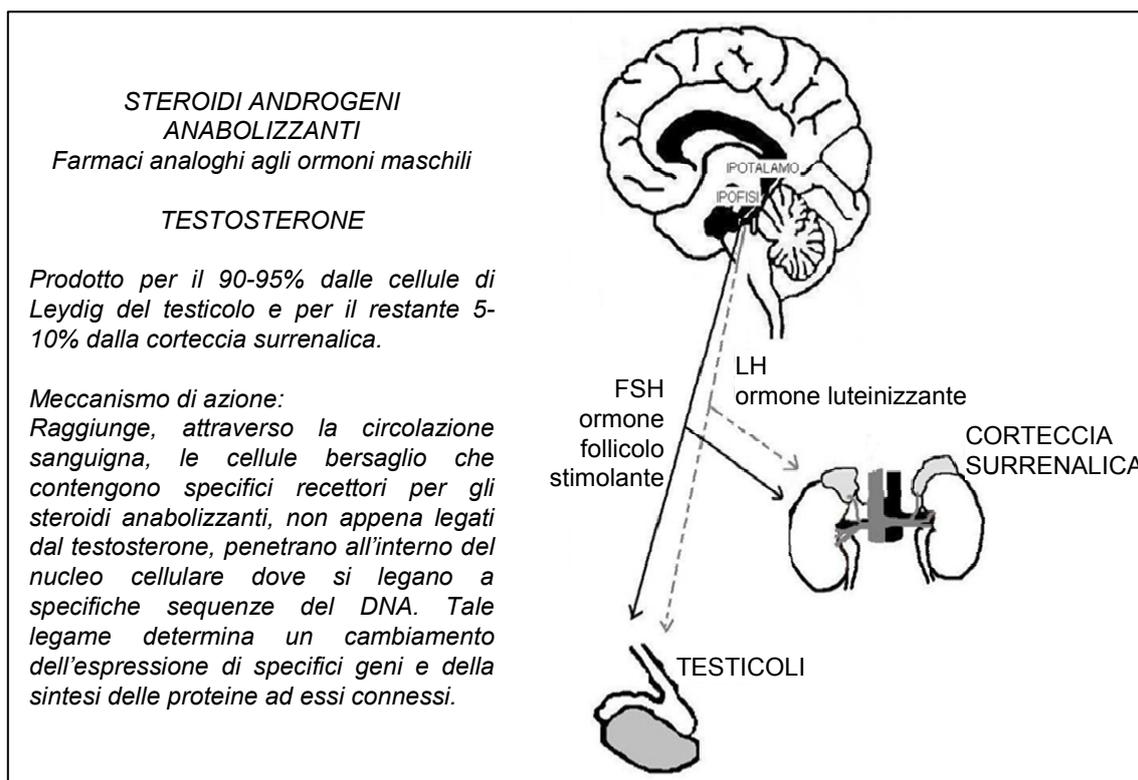


Figura 1. Steroidi androgeni anabolizzanti

Gli AAS sono distinti in **endogeni**, cioè gli ormoni prodotti fisiologicamente dall'organismo umano, ed **esogeni**, sostanze prodotte per sintesi chimica simili agli ormoni naturali. La scoperta del testosterone, principale composto endogeno dotato di attività anabolizzante e androgena, avvenne nel 1935, mentre il suo uso in ambito sportivo, come già detto, risale ai primi anni '50. Abbiamo già evidenziato, nel paragrafo *Epidemiologia del doping*, la loro ampia diffusione a livello amatoriale e tra i giovani.

Il **testosterone** (T) viene prodotto, nei soggetti di sesso maschile, per il 90-95% dalle cellule di Leydig del testicolo e per il restante 5-10% dalla corteccia surrenalica. Nella donna la produzione del testosterone è per opera del surrene, del corpo luteo e del tessuto adiposo. La produzione di testosterone è regolata, attraverso un meccanismo a *feedback*, dall'asse ipotalamo-ipofisi. A seconda dei livelli di testosterone presenti nel sangue, l'ipotalamo rilascia l'ormone GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*: ormone che stimola il rilascio di gonadotropine) che trasmette l'input all'ipofisi anteriore (adenoipofisi, ghiandola endocrina situata alla base del cervello e collegata con l'ipotalamo) di rilasciare le gonadotropine (LH, *ormone luteinizzante*; FSH, *ormone follicolo stimolante*) che inducono, a loro volta, la produzione del testosterone da parte di tessuti specifici (specialmente gonadi e surrene). Il substrato di partenza per la sintesi è rappresentato dal colesterolo.

Secondo il tipico meccanismo d'azione di tutti gli ormoni, il testosterone o il suo principale metabolita **diidrotestosterone** (dotato di azione anabolizzante ancora più potente) raggiunge, attraverso la circolazione sanguigna, le cellule bersaglio dove esplica la sua azione. Tali cellule contengono specifici recettori per gli steroidi anabolizzanti che, non appena legati dal testosterone, penetrano all'interno del nucleo cellulare dove si legano a specifiche sequenze del DNA. Tale legame determina un cambiamento dell'espressione di specifici geni e della sintesi delle proteine ad essi connessi. Questi cambiamenti causano gli effetti degli steroidi androgeni anabolizzanti. Le cellule bersaglio degli AAS sono presenti in numerosi tessuti. Nella Tabella 1 sono riassunti i principali organi bersaglio e i più importanti effetti determinati dagli AAS.

Tabella 1. Principali organi e tessuti contenenti cellule bersaglio degli steroidi androgeni anabolizzanti e relativi effetti biologici

Organo/tessuto bersaglio	Principali effetti
Cute	Crescita di peli, aumento produzione di sebo
Fegato	Diminuita sintesi di HDL (High Density Lipoprotein) il cosiddetto "colesterolo buono"
Genitali	Differenziamento, maturazione e sviluppo durante varie fasi della vita (da quella gestazionale alla pubertà)
Ipotalamo/ipofisi	Diminuzione della produzione di ormone rilasciante le gonadotropie e delle gonadotropine stesse (LH e FSH), aumento della produzione di ormone della crescita
Muscolo	Aumento della massa muscolare magra e della forza muscolare
Ossa	Aumento della densità ossea
Petto	Aumento della dimensione
Prostata	Aumento della dimensione
Rene	Stimolazione della sintesi di eritropoietine con conseguente aumento del numero dei globuli rossi nel sangue (vedi capitolo relativo all'eritropoietina), ritenzione idrosalina
Sistema immunitario	Diminuita produzione di anticorpi
Sistema nervoso centrale	Aumento della libido, sensazione di benessere, aumento dell'aggressività
Tessuto adiposo	Aumento della lipolisi, diminuzione grasso addominale

Nel caso del testosterone, diversi studi hanno evidenziato la sua efficacia come sostanza dopante, anche per somministrazioni a dosi superiori a quelle prodotte dall'organismo umano. In particolare, va ricordato il lavoro di Bhasin e collaboratori (1996) che ha chiaramente dimostrato l'incremento della massa e della forza muscolare determinato dalla somministrazione di testosterone. Sempre lo stesso Autore (2001) ha evidenziato come incrementando la dose di testosterone assunta aumentino proporzionalmente gli effetti anabolizzanti. Questi esperimenti hanno anche dimostrato che l'effetto del testosterone è massimo quando associato ad intensi allenamenti.

Gli steroidi anabolizzanti vengono assunti, sia per via orale che iniettiva, in modo ciclico: tipicamente per periodi di 6-8 settimane intervallati da un uguale periodo di astensione. Si utilizza uno schema di tipo piramidale con dosi crescenti e poi decrescenti; se la somministrazione è interrotta bruscamente, senza la riduzione progressiva del dosaggio, compare una tipica sindrome da sospensione in quanto l'organismo non ha il tempo di regolarsi al nuovo stato ormonale.

Spesso si ricorre all'uso contemporaneo di più anabolizzanti (generalmente uno per via orale e uno iniettivo) per evitare la tolleranza ad un particolare steroide, questa modalità di assunzione è chiamata *stacking* (letteralmente accatastare). L'aumento della forza muscolare determinato dall'assunzione degli AAS viene potenziato da adeguati protocolli di allenamento.

Gli atleti che ricorrono agli steroidi anabolizzanti utilizzano contemporaneamente anche altre sostanze, per contrastare gli effetti avversi, per evitare di essere individuati ai controlli antidoping o per potenziare l'azione anabolizzante, un esempio è la gonodotropina corionica umana, utilizzata per stimolare la produzione di testosterone endogeno soppresso dall'assunzione cronica degli steroidi.

I "vantaggi" che gli AAS possono dare ad un atleta in termini d'incremento della massa e della forza muscolare, di riduzione dei tempi di recupero, di maggiore determinazione nel perseguire la "vittoria" vengono "pagati" in termini di salute.

Gli steroidi androgeni anabolizzanti presentano un quadro particolarmente ampio e di notevole gravità di reazioni avverse, conseguenza delle loro azioni e dei dosaggi elevati che vengono utilizzati (Tabella 2).

Tabella 2. Principali effetti indesiderati degli steroidi androgeni anabolizzanti

Apparato/organo	Reazioni avverse osservate
Cardiovascolare	Cardiomiopatia, ipertensione, eventi trombotici (inclusi infarto del miocardio e ictus cerebrale)
Fegato	Danno epatocellulare, colestasi, adenoma, carcinoma
Riproduttivo maschile	Atrofia testicolare, oligospermia/azospermia, impotenza, ipertrofia prostatica, carcinoma della prostata, priapismo
Riproduttivo femminile	Irregolarità mestruali, ipertrofia del clitoride, atrofia dell'utero
Laringe	Abbassamento della voce
Muscolo-scheletrico	Chiusura prematura dell'epifisi nei bambini, aumentata frequenza di strappi/stiramenti muscolari, aumentato rischio di tendinite e rotture del tendine
Endocrino	Diminuita tolleranza al glucosio, ginecomastia
Rene	Tumore di Wilm
Cute	Irsutismo, acne, alopecia
Generali	Aumentato rischio di infezioni, edemi per ritenzione idrosalina, aumento di peso
Psicologiche	Aggressività, sbalzi d'umore, dipendenza

Come si può notare, gli effetti negativi sono molteplici e spesso gli atleti che utilizzano gli AAS come sostanze dopanti fanno ricorso a numerosi farmaci per contrastarli, ad esempio antibiotici e tretinoina contro l'acne, testolattone per contrastare la ginecomastia, diuretici per

gli edemi, ecc.; così ai possibili danni derivanti dall'uso degli AAS si aggiungono quelli degli altri farmaci.

La dipendenza psicologica da AAS è relativamente frequente, mentre più raramente si osserva dipendenza fisica che si manifesta con una sindrome d'astinenza bifasica: in una prima fase, di 1-2 settimane, si manifesta agitazione e disturbi vasomotori, in una seconda fase, che può durare anche alcuni mesi, compaiono depressione (fino alla tendenza al suicidio), debolezza generalizzata, disturbi nella sfera affettiva, comportamentale e sessuale.

In conclusione, pur non avendo stime esatte sull'incidenza delle reazioni avverse e sulla mortalità da AAS nel doping, è indubbio che le modalità del loro utilizzo comportano gravi rischi per la salute.

Eritropoietina e doping ematico

Negli sport di resistenza (ciclismo, sci da fondo, maratona, ecc.) uno dei fattori determinanti per una performance ottimale è rappresentato dall'apporto di ossigeno ai tessuti, che ne aumentano la richiesta in conseguenza dello sforzo fisico prolungato. Da molto tempo, pertanto, si sono cercate delle strategie per aumentare la disponibilità di ossigeno ai tessuti degli atleti allo scopo di migliorare la loro performance. La tecnica più recente e diffusa (soprattutto nel ciclismo e nello sci da fondo) è la somministrazione di **eritropoietina** (EPO) (Figura 2).

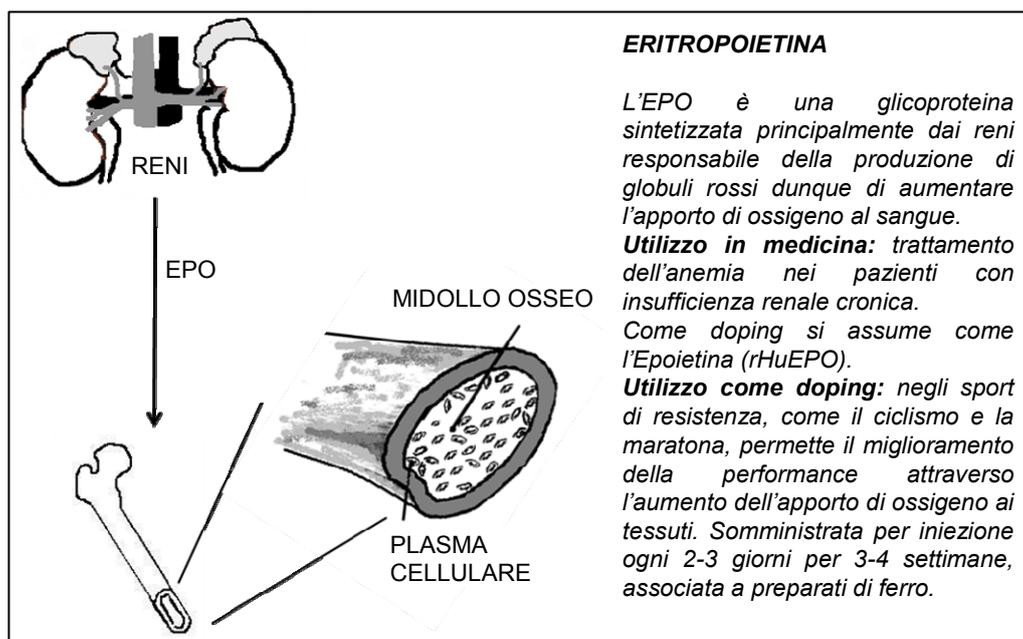


Figura 2. Eritropoietina

L'eritropoietina è un ormone prodotto dal rene che ha la funzione di regolare la produzione dei globuli rossi (GR), le cellule del sangue, che hanno il compito di trasportare l'ossigeno ai tessuti.

Come doping si utilizza l'eritropoietina ricombinante umana (epoietina, rHuEPO) che presenta solo lievi differenze rispetto all'EPO fisiologica. Tali differenze sono tuttavia rilevabili con alcune sofisticate tecniche di analisi. Ai fini ergogenici, ricercati negli sport di resistenza, la

rHuEPO è utilizzata con somministrazioni iniettabili ogni 2-3 gg, per 3-4 settimane, associata a preparati di ferro. Infatti, in condizioni di stimolazione da eritropoietina, diventa necessario fare sintetizzare l'emoglobina negli atleti ad un ritmo più elevato rispetto alla norma e ciò necessita di un adeguato rifornimento di ferro per mantenere l'efficienza eritropoietica. L'EPO ha una vita relativamente breve nell'organismo, mentre il suo effetto stimolante può durare fino a due settimane. Raggiunta la fase di mantenimento l'assunzione può avvenire a dosi più basse, di più difficile individuazione ai controlli antidoping. Viene anche utilizzata come sostanza dopante il farmaco CERA (acronimo di *Continuous Erythropoietin Receptor Activator*), una nuova molecola che permette di ottenere gli stessi effetti dell'eritropoietina con 1-2 somministrazioni al mese.

La possibilità di individuare gli atleti che ricorrono alla somministrazione di eritropoietina è stata (e per certi versi rimane) un problema di non facile e sicura soluzione. Per la difficoltà di identificare l'eritropoietina esogena (differenziandola da quella endogena) e per la breve permanenza della stessa nell'organismo, si è ricorsi a parametri indiretti come indice dell'uso dell'EPO come doping, quali la misura della densità dei globuli rossi (ematocrito espresso in percentuale), dei livelli di emoglobina (Hb), o la conta dei reticolociti. Nel ciclismo misurazioni dell'ematocrito superiore al 50% portano alla sospensione. Valori superiori al 50% sono ritenuti sospetti dal CIO. La Federazione Internazionale di Sci ha imposto un limite di emoglobina di 18,5 g/dL nell'uomo e di 16,5 g/dL nella donna (i valori normali sono rispettivamente 14-18 g/dL e 12-16 g/dL). Se i livelli riscontrati prima di una gara superano i limiti, l'atleta non può partecipare alla competizione per tutelare la sua salute. Bisogna sottolineare che i valori di ematocrito ed emoglobina possono variare da atleta ad atleta e in risposta allo stesso esercizio. L'ideale sarebbe quello di avere il profilo ematologico nel tempo di ciascun atleta.

L'utilizzo di eritropoietina porta comprovati vantaggi nella performance degli atleti impegnati negli sport di resistenza. Allo stesso tempo, come tutte le altre sostanze dopanti, anche l'eritropoietina può provocare gravi danni alla salute. Di seguito si riportano le principali possibili reazioni avverse determinate dal suo utilizzo:

- ipertensione arteriosa (incidenza 1-30%)
- dolore osseo (non grave, transitorio, incidenza elevata, circa 40%)
- convulsioni (per rapido incremento viscosità del sangue e perdita vasodilatazione ipossica con conseguente aumento resistenze vascolari)
- cefalea
- fenomeni tromboembolici (embolia polmonare, infarto acuto del miocardio, *ictus*), tutti legati all'iperviscosità ematica
- anemia post-trattamento per diminuita produzione di EPO endogena
- disordini mieloproliferativi (documentati con studi su animali, forse ipotizzabili nell'uomo con trattamenti a lungo termine).

I dati sulle reazioni avverse dell'eritropoietina elencate in precedenza derivano quasi esclusivamente dai trattamenti terapeutici su pazienti con patologie sottostanti. Non ci sono, infatti, sufficienti studi sul danno da eritropoietina usata come doping su atleti sani. Di particolare pericolosità sembra essere l'aumento di viscosità del sangue indotto dall'aumento dei globuli rossi. Prima dell'utilizzo dell'eritropoietina come sostanza dopante, la tecnica più utilizzata per aumentare l'apporto di ossigeno ai tessuti era il cosiddetto doping ematico, cioè il ricorso alle trasfusioni di sangue. Tale pratica è oggi meno diffusa di un tempo in quanto soppiantata dall'uso più semplice dell'EPO, anche se sembra un fenomeno in ripresa, come evidenziano anche le recenti indagini che hanno coinvolto, tra gli altri, i ciclisti Basso e Ulrich. Un pioniere del ricorso alle trasfusioni di sangue in ambito sportivo è stato il prof. Conconi, agli inizi degli anni '80, quando ancora non erano considerate doping. Con questa tecnica, ad esempio, il famoso ciclista Francesco Moser riuscì ad ottenere nel 1984 il record dell'ora.

Il **doping ematico** può essere di tipo **omologo** (utilizzo di sangue proveniente da un'altra

persona) o di tipo **autologo** (autotrasfusioni). Vengono anche utilizzati i sostituti plasmatici impiegati in medicina. Con le trasfusioni si può incrementare la massa eritrocitaria del 20%. In genere nell'autotrasfusione si effettua un prelievo di sangue (ad esempio di 900 mL) 5 settimane prima della gara che, dopo centrifugazione, viene infuso 1 o 2 giorni prima della gara. Rispetto al doping omologo quello autologo ha il vantaggio di evitare il rischio di contrarre patologie (es. infezioni o epatiti) e l'insorgenza di reazioni da sangue non compatibile; lo svantaggio è quello di avere una diminuzione della performance sportiva, durante l'allenamento, dopo l'estrazione del sangue. Il ricorso al doping omologo è più facilmente individuabile rispetto a quello autologo, in quanto si possono identificare gli antigeni minori del sangue del donatore.

Oltre alle trasfusioni di sangue e all'EPO esistono altre tecniche per aumentare la disponibilità di ossigeno nel sangue. I trasportatori di ossigeno come i **perfluorocarburi** (PFC), particelle inerti in forma di emulsioni, possono aumentare la concentrazione o la disponibilità di ossigeno arterioso per i muscoli, senza aumentare la concentrazione di emoglobina e/o il numero dei globuli rossi circolanti. I PFC sono capaci di aumentare la concentrazione di ossigeno disciolto come gas (senza quindi utilizzare l'emoglobina dell'organismo) con effetto praticamente immediato dopo la somministrazione e con successiva rapida eliminazione per via respiratoria. Le controindicazioni e i rischi non sono del tutto conosciuti. Tuttavia sono state registrate le seguenti reazioni avverse: incremento temperatura corporea (oltre 40 °C), diarrea, tossicità renale, epatica e polmonare, infezioni ematologiche batteriche da prodotti contaminati, tromboembolia. Le emoglobine di varia origine (umana, bovina, prodotta attraverso tecniche di ingegneria genetica) variamente modificate per renderle più stabili e meno tossiche possono essere conservate, a differenza del sangue, per un lungo periodo. Queste emoglobine di sintesi non sono rintracciabili nelle urine, ma sono identificabili esclusivamente nel sangue, purché il prelievo del campione venga effettuato praticamente a ridosso della gara (poche ore prima o dopo). Si tratta infatti di sostanze che sono rapidamente eliminate dal circolo sanguigno, entro 12-24 ore al massimo.

Infine, rientrano tra le sostanze dopanti anche quei prodotti che consentono di modificare allostericamente l'emoglobina endogena al fine di aumentare il rilascio di ossigeno della stessa a livello periferico.

Ormone della crescita

L'**ormone della crescita** (GH, acronimo dell'inglese *Growth Hormone*) è una sostanza che ha trovato impiego a scopo dopante negli ultimi 25 anni, dopo la scoperta della sua potente azione anabolica e soprattutto dopo l'avvio della sua sintesi in laboratorio, che ha reso disponibile l'ormone in quantità potenzialmente illimitate (Figura 3).

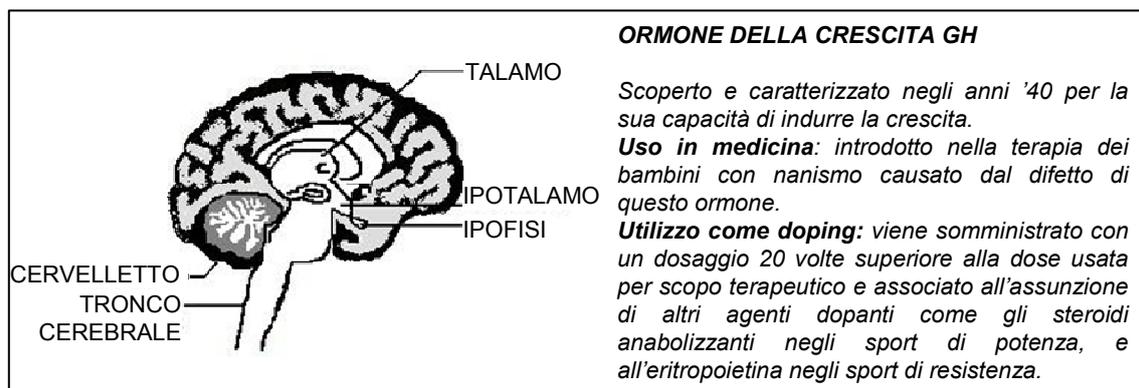


Figura 3. Ormone della crescita: scheda sintetica

Il GH fu scoperto e caratterizzato negli anni '40 per la sua capacità di indurre la crescita e dalla fine degli anni '50 fu introdotto nella terapia dei bambini con nanismo causato dal difetto di questo ormone. Il GH in commercio è d'origine sintetica, resa possibile dalla metà degli anni '80 dallo sviluppo della tecnologia del DNA ricombinante.

L'uso del GH in ambito sportivo si è diffuso soprattutto dai primi anni '90, nonostante l'ormone fosse stato inserito nella lista delle sostanze proibite già dal 1989. Non vi sono dati epidemiologici precisi su quest'abuso, anche per la difficoltà di rilevazione della presenza di GH non naturale. È noto tuttavia che atleti di diverse discipline e *body-builder* utilizzano questa forma di doping. Anche la cronaca ha fornito ripetute evidenze dell'uso dopante di GH, spesso in associazione con altri ormoni, in occasione delle perquisizioni effettuate negli ultimi anni nel corso di gare ciclistiche di alto livello. È verosimile che vi sia un uso significativo di questo ormone anche fra gli sportivi non professionisti, nonostante i costi elevati e i rischi connessi all'incerta provenienza del farmaco sul mercato clandestino (Saugy, 2006).

Nella Tabella 3 sono elencati i principali organi bersaglio e i più importanti effetti determinati da questo ormone.

Tabella 3. Principali organi e tessuti bersaglio del GH e relativi effetti biologici

Organo/ tessuto bersaglio	Principali effetti
Apparato scheletrico	Differenziazione e proliferazione delle cellule cartilaginee, apposizione ossea
Apparato cardiovascolare	Aumento contrattilità cardiaca, aumento frequenza cardiaca, riduzione resistenze vascolari, ipertrofia miocardica
Fegato	Aumento glicogenolisi e neoglucogenolisi, aumento chetogenesi
Tessuto adiposo	Aumento della lipolisi con diminuzione del grasso corporeo (specie addominale)
Muscolo	Aumento della massa muscolare, aumento forza (?)
Rene	Ritenzione idro-salina
Intestino	Aumento assorbimento di calcio
Cervello	Senso di benessere e di energia, capacità di concentrazione
Cute	Crescita dei peli
Azioni ubiquitarie	Insulinoreistenza, proliferazione cellulare

L'utilizzo del GH come agente dopante si basa sull'ipotesi che l'effetto anabolico di questo ormone, da solo o più spesso in combinazione con steroidi anabolizzanti o altre sostanze, possa permettere di conseguire dei vantaggi in termini di crescita della massa e della forza muscolare. Inoltre, non vi è evidenza scientifica che l'utilizzo di GH è efficace nel migliorare la prestazione sportiva. Vari studi (Stacy, 2004) indicano in particolare la capacità del GH di stimolare la lipolisi e di indurre una riduzione della massa grassa e un aumento della massa magra nei soggetti con deficit dell'ormone, ma non vi sono prove certe di un incremento della forza neppure a fronte di questi risultati. In generale, gli studi disponibili (Ehrnborg, 2005; Berggren, 2005) non sembrano testimoniare una grande efficacia del GH nell'aumentare la performance sportiva, ma negli studi sperimentali, per esigenze etiche, la quantità di ormone somministrato e la durata del trattamento sono sempre relativamente contenute. Si stima che alcuni atleti arrivino invece a somministrarsi, una quantità che è circa 20 volte superiore a quella utilizzata a scopo terapeutico dai soggetti adulti con deficit ormonale. Inoltre, il GH è abitualmente associato all'uso di altri agenti dopanti, quali gli steroidi anabolizzanti negli sport di potenza e l'eritropoietina in quelli di resistenza.

L'abuso di questo ormone sembra un fenomeno piuttosto diffuso, anche considerando atleti non di *élite*. Uno studio americano dei primi anni '90 (Rickert, 1992) ha stimato che il 5% degli

studenti maschi delle scuole superiori di quel Paese utilizzava o aveva fatto comunque uso improprio di questo ormone, nonostante i costi elevati e le difficoltà di approvvigionamento.

Le informazioni sulle modalità di assunzione del GH a scopo dopante sono molto limitate. L'ormone deve essere somministrato per via iniettiva; è verosimile che l'utilizzo nel doping preveda generalmente periodi di assunzione e di interruzione e che in ogni caso la somministrazione non sia necessariamente quotidiana.

La somministrazione di GH, in dosi anche di poco superiori al fisiologico, comporta la comparsa di vari disturbi soprattutto edemi, per ritenzione idrosalina, e la sindrome del tunnel carpale, che sono stati riportati negli studi sull'uso di questo ormone nella terapia dei soggetti adulti con deficit di GH. Altri effetti avversi sono dolori muscolari e articolari, aumento della pressione, cefalea e ipersudorazione. Gli effetti negativi della somministrazione di GH sono molteplici e va ricordato che spesso gli atleti che utilizzano questo ormone fanno ricorso a *cocktail* con altri farmaci per potenziarne gli effetti, con risultati complessivi non sempre facili da prevedere.

Limitate sono le conoscenze sugli effetti a distanza della somministrazione protratta di un eccesso di GH. Da questo punto di vista possiamo però intuire queste conseguenze dalle manifestazioni cliniche dell'**acromegalia**, una malattia indotta nel soggetto adulto dalla secrezione patologica cronica di ormone della crescita, in genere conseguente alla presenza di un tumore ipofisario GH-secrente (Tabella 4).

Tabella 4. Principali manifestazioni dell'acromegalia, malattia generalmente conseguente alla presenza di un tumore GH-secrente, riconducibili direttamente all'eccesso cronico di GH

Apparato/organo	Manifestazioni cliniche
Volto	Modificazioni della fisionomia, con protrusione della mandibola, sporgenza degli zigomi, ispessimento dei tessuti molli, allargamento degli spazi interdentali
Muscolo-scheletrico	Accrescimento in larghezza delle ossa delle mani e dei piedi (con aumento di taglia di guant, anelli, scarpe), artropatie, parestesie, ridotta performance fisica
Organi interni	Ingrandimento generalizzato dei visceri (fegato, rene, milza, lingua, ecc.)
Cardiovascolare	Cardiomegalia, e in fase avanzata, cardiomiopatia ipertrofica. Iperensione arteriosa
Riproduttivo femminile	Irregolarità mestruali
Riproduttivo maschile	Ingrossamento della prostata
Endocrino-metabolico	Insulinoresistenza con alterata tolleranza al glucosio (fino al diabete)
Cute	Irsutismo, ispessimento della pelle
Intestino	Adenomi (tumori benigni) e carcinomi (tumori maligni) del colon
Altro	Ipersudorazione, edemi

Al momento non vi sono segnalazioni che questi fenomeni si verificano anche negli sportivi che fanno uso protratto dell'ormone, ma va sottolineato che le manifestazioni dell'eccesso di GH endogeno si presentano solo dopo diversi anni dall'inizio della patologia.

Insulina

L'insulina è un ormone che svolge numerose e importanti funzioni nell'organismo, con un'azione regolatrice sul metabolismo intermedio, in particolare su quello del glucosio, di fondamentale importanza fisiologica (Figura 4). Questo ormone è entrato ufficialmente a far parte delle sostanze dopanti da tempo relativamente breve e precisamente durante i Giochi Olimpici invernali di Nagano del 1998, dopo che un dirigente medico della delegazione russa

sottopose al CIO un quesito sulla liceità dell'uso dell'insulina in atleti non affetti da diabete mellito. La domanda suonò sospetta e attirò per la prima volta l'attenzione sul potenziale ruolo dopante di questo ormone, fino a quel punto non considerato. Precauzionalmente l'insulina fu subito inserita nella lista delle sostanze bandite.

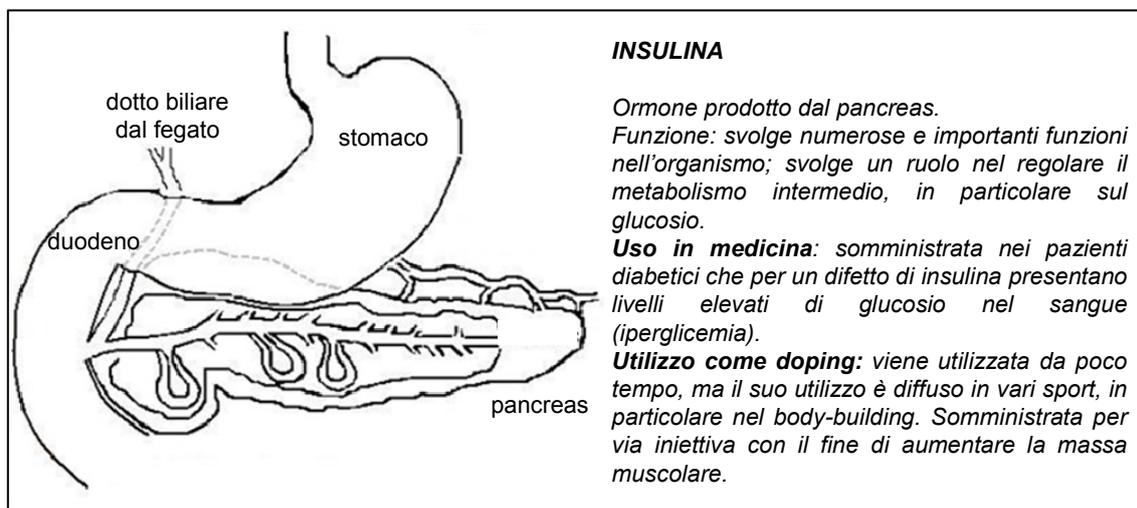


Figura 4. Insulina: scheda sintetica

Da indagini successive, condotte nel Regno Unito, emerse che effettivamente l'uso dell'insulina era già diffuso in vari sport. Fra i *bodybuilders*, in particolare, risultò che almeno il 10% ammetteva l'assunzione di insulina. Da dati americani dello stesso periodo, ricavati dall'intervista di frequentatori di palestre che dichiaravano l'uso di steroidi anabolizzanti per via iniettiva, risultò che il 25% di questi soggetti associava agli anabolizzanti l'insulina, allo scopo di aumentare la massa muscolare (Rich, 1998). In queste prime segnalazioni, le modalità di assunzione dell'ormone erano analoghe a quelle dei pazienti diabetici, con iniezioni di quantità moderate (in media 10 Unità) di insulina ogni 3-10 giorni nei 6 mesi precedenti l'intervista. La maggior parte di questi soggetti riferiva di consumare bevande o cibi contenenti zuccheri subito dopo la somministrazione dell'insulina, per evitare il calo della glicemia indotto dall'insulina e nessuno lamentava apparenti episodi di ipoglicemia. Successivamente sono stati segnalati, sempre in *bodybuilder*, ripetuti casi di grave coma ipoglicemico con danni neurologici (Elkin, 1997; Reverter, 1994; Evans, Lynch, 2003) conseguenti all'assunzione incongrua di elevate quantità di insulina (fino a 320 Unità in poche ore, una quantità pari a circa 10 volte il fabbisogno giornaliero di un diabetico). Le informazioni sulle modalità d'uso e i dosaggi dell'insulina derivavano dal "passaparola" e l'insulina veniva procurata attraverso amici diabetici, dal "mercato nero" o direttamente in farmacia.

Negli ultimi anni, la cronaca ha documentato un ampio uso d'insulina come agente dopante anche nel ciclismo professionista. Perquisizioni effettuate nel corso del Giro d'Italia e del *Tour de France* hanno infatti portato alla luce il possesso ingiustificato del farmaco da parte delle equipé mediche di varie squadre, talora in combinazione con il GH. Non è noto se il fenomeno coinvolge anche il ciclismo amatoriale, che non è oggetto di controlli analoghi, ma questa ipotesi appare verosimile.

L'insulina regola tutti i principali metabolismi, glucidico, lipidico e aminoacidico, agendo principalmente su tessuti quali muscolo, fegato e tessuto adiposo. In risposta all'assunzione di

un pasto e al conseguente aumento delle concentrazioni di glucosio nel sangue, la secrezione insulinica aumenta e questo induce l'utilizzazione prioritaria del glucosio ai fini energetici, immagazzinamento di glucosio e trigliceridi e inibizione della protidolisi con stimolo indiretto all'utilizzo degli aminoacidi per la sintesi di nuove proteine. Al contrario una riduzione della secrezione insulinica, come avviene nel digiuno prolungato, comporta un ridotto utilizzo del glucosio e una mobilitazione a fini catabolici dei vari tipi di depositi energetici.

L'effetto dell'insulina sul metabolismo proteico ha un particolare interesse in relazione all'uso dell'ormone come agente dopante. L'insulina esplica in vivo la sua azione anabolica soprattutto inibendo, a livello epatico e muscolare, la degradazione delle proteine e l'ossidazione degli aminoacidi essenziali.

Il principale evento avverso legato all'uso dell'insulina, peraltro direttamente collegato all'effetto fisiologico, è l'ipoglicemia. Tale evento può essere di entità lieve-moderata e presentarsi con sintomi legati sia all'attivazione del sistema adrenergico (pallore, tremori, sudorazione, tachicardia), che alla carenza di glucosio a livello del sistema nervoso centrale (irritabilità, cefalea, deficit sensitivi e motori). Tuttavia, se l'ipoglicemia è grave e non è prontamente corretta, la sintomatologia può rapidamente peggiorare sino all'insorgenza di convulsioni, coma, danni neurologici permanenti e infine la morte. Va ricordato che il cervello necessita di un apporto costante di glucosio in quanto non è in grado né di sintetizzare né di immagazzinare tale substrato.

Un'altra potenziale fonte di eventi avversi è legata alle modalità di somministrazione dell'ormone. La somministrazione iniettiva, se praticata senza rispetto delle norme igieniche (uso di siringhe monouso, in particolare) espone infatti, come per altre sostanze che utilizzano questa via, alla possibilità di trasmissione di infezioni.

Sostanze psicoattive (amfetamine, cocaina, alcol, oppiacei)

Molte competizioni si basano sulla reattività e sull'aggressività. Questo atteggiamento richiede un cervello attivo, in stato di allerta e che non si distrae o stanca. Sono effetti che gli atleti realizzano concentrandosi prima o durante la gara e che si possono facilmente ottenere con farmaci detti *psicostimolanti* (Figura 5). È importante considerare che molti di questi farmaci, che comprendono le amfetamine e la cocaina, sono anche potenti stimolatori del sistema cardiovascolare. I loro effetti di doping si riferiscono quindi sia agli aspetti psichici sia a quelli fisici. Gli psicostimolanti, oltre ad aumentare la reattività e l'aggressività, riducono fortemente la percezione della fatica. Questo effetto è pericolosissimo negli sport di resistenza, come testimoniato dalla morte del ciclista Simpson durante una famosa tappa sul Mont Ventoux del giro di Francia.

Per **amfetamine** s'intende una classe di molecole derivate dall'amfetamina. Un derivato che recentemente ha avuto una preoccupante diffusione è la **metamfetamina**. Altri stimolanti a struttura chimica simile sono l'efedrina, la pseudoefedrina e la fenilpropanolamina. Questi farmaci sono utilizzati nel raffreddore come vasocostrittori nasali (ma anche illegalmente come anoressizzanti) ed hanno effetti simili alle amfetamine (anche come reazioni avverse) quando impiegati a dosaggi elevati. Le **efedrine** sono presenti in prodotti da banco e in alcuni prodotti *erboristici* facilmente disponibili in internet. Sono assunte per via orale sotto forma di compresse, ma possono anche essere fumate, iniettate o sniffate. Gli effetti mediante queste vie d'assunzione sono più intensi, ma durano meno. Le amfetamine agiscono direttamente nel cervello aumentando il rilascio di **dopamina**, il neurotrasmettitore che permette alle persone di stare bene quando fanno attività piacevoli: mangiare, bere, accoppiarsi – funzioni essenziali per la sopravvivenza – come

tante altre. Grazie a tale meccanismo, queste azioni piacevoli avranno maggiore probabilità di essere ripetute. La maggior parte delle droghe rilascia dopamina in eccesso dai neuroni del cervello, dando un effetto piacevole ma artificiale e solo temporaneo. Con l'uso cronico d'amfetamine diminuisce la quantità disponibile di dopamina e si riduce la capacità dell'individuo di provare piacere (tolleranza). Le persone devono quindi continuare a prenderne sempre di più (*addiction*, in inglese) e, ad un certo punto, non possono più farne a meno (dipendenza).

PSICOSTIMOLANTI	
<i>Aumentano la reattività e l'aggressività. Riducono fortemente la percezione della fatica.</i>	
AMFETAMINE <i>Agiscono nel cervello aumentando il rilascio di dopamina. Come doping: assunte poco prima della competizione aumentano il rendimento psicomotorio e diminuiscono la sensazione di stanchezza.</i>	COCAINA <i>Agisce nel cervello aumentando il rilascio di dopamina con conseguente effetto euforico ed eccitante sia motorio che psichico; influenza sia la durata dell'attività sia la potenza esplosiva. Come doping affina i riflessi, riduce la stanchezza e aumenta l'euforia.</i>
OPPIACEI <i>Principio attivo è la MORFINA. EROINA: derivato sintetico della morfina. Come doping: possiede effetti euforici e ipnotici che consentono l'attività dopo traumi che causano dolore.</i>	CANNABINOIDI <i>Il principio attivo è il Tetraidrocannabinolo (THC). Come doping agisce come miorilassante</i>

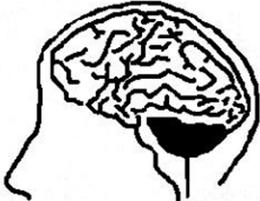


Figura 5. Psicostimolanti: scheda sintetica

Sono state originariamente proposte come farmaci anoressizzanti, in altre parole per il controllo dell'appetito e del peso. Nello sport sono utilizzate dagli atleti poco prima della competizione in quanto gli effetti ricercati di aumento del rendimento psicomotorio e di minore sensazione di stanchezza si evidenziano a breve termine e non con l'uso cronico. Sono pertanto vietate (e ricercate nei controlli) solo durante le competizioni.

Le amfetamine sono probabilmente le sostanze che hanno provocato più morti nella storia del doping a causa delle gravi reazioni avverse. Gli effetti indesiderati più frequenti sono: tachicardia, ipertensione, palpitazioni, tremori, irritabilità, aggressività, anoressia, cefalea, insonnia, nausea, vertigini e vomito. L'ipertermia, in pratica la perdita del controllo della temperatura corporea, è indotta da tutte le amfetamine ed è la causa principale di morte. Sono stati inoltre associati all'assunzione d'amfetamine, sia in alte dosi sia in modo protratto: *angina pectoris*, collasso circolatorio, convulsioni, delirio, emorragia cerebrale e infarto del miocardio. A lungo termine, le amfetamine inducono dipendenza, con crisi d'astinenza e frequenti ricadute; possono instaurarsi disturbi psichiatrici come psicosi, paranoia, con esiti omicidi o suicidi, sensazioni fisiche allucinatorie (per es. insetti che camminano sulla pelle).

La **cocaina** è la sostanza estratta dalle foglie di coca, un arbusto che cresce in Sudamerica, si presenta in due forme, il **cloridrato** e la **base**. Il cloridrato, detto anche "*neve*", è solubile e viene assunto per inalazione o iniezione. La base, detta anche "*crack*", insolubile, viene assunta mediante combustione in pipa. La cocaina può essere assunta per diverse vie di

somministrazione, ma quella più comune è l'aspirazione nasale. Le diverse vie di somministrazione possono differentemente influire sull'intensità e la durata degli effetti. La cocaina, come gli altri stimolanti (amfetamine, ecc.) è proibita nello sport soltanto durante le competizioni.

La cocaina, similmente alle amfetamine, provoca un aumento dei livelli di dopamina. Ne conseguono effetti euforici ed eccitanti sia dal punto di vista psichico che motorio. L'effetto della cocaina è sia sulla durata dell'attività, sia sulla sua potenza esplosiva. L'uso nello sport è principalmente per affinare i riflessi, ridurre la stanchezza e aumentare l'euforia.

Gli effetti avversi sono molteplici e particolarmente gravi, quali: aritmie cardiache, infarto del miocardio, ipertensione o ipotensione, ansia, depressione, attacchi di panico, aggressività, irritabilità, psicosi, tremori, convulsioni, alterazione dei riflessi, mancata coordinazione motoria, paralisi muscolare, respirazione irregolare e morte.

Gli effetti avversi da cocaina si possono ricondurre ad azioni acute, spesso per intossicazione, e ad azioni derivanti dall'uso cronico e protratto. L'esposizione cronica a cocaina porta ad un neuroadattamento che si manifesta con una globale riduzione della funzionalità dopaminergica, e implica evidenti modifiche nella sfera dell'umore, con crisi depressive che caratterizzano il primo periodo d'astinenza. Paradossalmente, la prolungata assunzione di cocaina comporta un neuroadattamento in direzione opposta agli effetti della sostanza. Spesso ne derivano frequenti disturbi di tipo psicotico. Altri disturbi psichiatrici si possono manifestare come conseguenza dell'astinenza.

Altre sostanze psicoattive considerate doping sono i cannabinoidi, l'alcol e gli analgesici oppiacei.

I **cannabinoidi** sono derivati dalla canapa indiana (*Cannabis indica*) pianta originaria dell'Asia Centrale, delle zone tropicali e temperate, ormai coltivata in tutto il pianeta. Dalle infiorescenze femminili della canapa indiana, e in minor misura dalle foglie, si preparano la *marijuana* e l'*hashish*. La *marijuana* è la mistura secca di foglie, steli, semi e fiori della pianta. L'*hashish* è la pasta resinosa ottenuta dai fiori, e si presenta in pezzi compatti più o meno secchi e di colore variabile dal verde-marrone al nero. I derivati della canapa contengono diversi principi attivi, il principale dei quali è il **tetraidrocannabinolo** (THC). Derivati sintetici sono: nabilone e dronabinolo, che presentano potenza superiore ai derivati naturali. Si riporta anche l'uso di THC con lo scopo dopante di indurre azione miorelassante. Alcuni studi mostrano un maggior uso negli atleti maschi rispetto ai non atleti, l'inverso per le femmine. Gli effetti dei derivati della *cannabis*, come tutte le sostanze ad azione psicoattiva, più che migliorare possono peggiorare la prestazione sportiva. Sono sostanze presenti nella lista della WADA con uso vietato solo durante le competizioni. Poiché lo sport è considerato uno dei pochi strumenti a disposizione per trasmettere i valori positivi della convivenza civile e per stimolare l'adozione di sani stili di vita, l'inclusione nella lista del doping dei cannabinoidi, così come degli oppiacei, ha soprattutto il significato di combattere il fenomeno della tossicodipendenza all'interno del mondo dello sport. Cronicamente, i derivati della canapa possono indurre sindromi amotivazionali, paranoia, disturbi psicomotori, tachicardia, cefalea, diminuzione del testosterone e infertilità quando usati a lungo. S'instaura forte tolleranza e dipendenza psicologica soprattutto dovuta al piacere indotto dalla sostanza e al condizionamento del gruppo. Essendo assunte principalmente per via inalatoria, il consumatore cronico presenta tutti i rischi e i problemi respiratori e cardiovascolari tipici da fumo.

Gli **oppiacei** (morfina e derivati) sono vietati nello sport solo in competizione, nella lista delle sostanze proibite della *World Anti Doping Agency*. Vengono elencate sotto il termine, scientificamente confondente, di narcotici. Come detto in precedenza il divieto è legato più alla motivazione di contrastare l'uso di sostanze stupefacenti che non al fatto che venga

alterato il risultato sportivo. Infatti, come per l'alcol, gli effetti degli oppiacei non migliorano la performance sportiva ma al contrario la deprimono.

Gli oppiacei sono i derivati dell'oppio (dal termine greco *opos*), ovvero il succo naturale estratto dai calici maturi del *Papaver somniferum*. L'oppio è assunto come tale o fumato nei paesi di origine. Il suo principale costituente chimico, la **morfina**, è stato estratto e assunto come tale sin dal 1800. Nel Novecento, sono stati prodotti derivati sintetici della morfina tra i quali il più noto e potente è l'**eroina**. Morfina ed eroina possono essere fumate, ma l'uso più frequente è l'iniezione endovenosa.

Negli anni '70, si scoprì che gli oppiacei si legavano a specifiche strutture biologiche (recettori) presenti nell'organismo, attraverso le quali, eroina e morfina esercitano i loro effetti psicoattivi. In realtà, si sostituiscono a delle sostanze normalmente presenti nel nostro corpo e cervello – gli **oppioidi endogeni** come le **encefaline** e le **endorfine** – che svolgono un ruolo fisiologico nella riduzione dello stress e del dolore. Gli effetti acuti degli oppiacei appaiono subito e, se iniettati endovena, velocemente. Dopo un'iniezione di eroina, il soggetto riporta un forte effetto euforico accompagnato da effetti periferici diffusi. Dopo questa iniziale euforia, subentrano sedazione e ipnosi con depressione generalizzata delle funzioni cerebrali. Gli effetti indesiderati degli oppiacei sono molteplici, quali: stitichezza, nausea, vomito, debolezza muscolare, ritenzione urinaria e sonnolenza. Se il dosaggio è troppo elevato (*overdose*) la depressione cerebrale colpisce anche la regolazione della respirazione con rischio di arresto respiratorio, coma e morte. Altri esiti letali sono aborto spontaneo, edema polmonare o collasso cardiocircolatorio. L'iniezione di eroina, in condizioni non igieniche, espone al rischio di contrarre infezioni virali come HIV ed epatiti.

L'uso tra gli atleti è di tipo voluttuario per gli effetti euforici e ipnotici. Sono utilizzati nello sport anche per consentire l'attività dopo traumi che causano ancora dolore. Tuttavia, non facendo percepire il dolore possono aggravare il trauma esistente.

Con l'uso regolare subentra tolleranza, in altre parole l'effetto indotto diminuisce. Per avere gli stessi effetti, i soggetti aumentano i dosaggi fino a raggiungere dosi letali.

S'instaura dipendenza fisica e psicologica. La dipendenza fisica si manifesta con la comparsa della sindrome d'astinenza quando il soggetto non assume più l'oppiaceo. La sindrome d'astinenza compare dopo poche ore, con diversi sintomi, tra cui: forte bisogno della droga, dolori muscolari e ossei, diarrea, vomito, spasmi gastrointestinali e movimenti incontrollabili. La sindrome raggiunge l'apice in due-tre giorni e può durare fino ad una settimana. La dipendenza psicologica permane anche dopo il superamento della crisi d'astinenza, e può manifestarsi con forte desiderio psicologico, incontrollabile, anche dopo mesi dalla cessazione causando la ricaduta.

L'abuso cronico di eroina e morfina, oltre ad esporre il soggetto a patologie correlate alla droga e alle modalità di assunzione, debilita il fisico ed espone con maggiore probabilità ad ulteriori rischi di contrarre malattie, come per esempio: polmoniti, epatiti, AIDS, ascessi, infezioni cardiache, artriti e altri problemi reumatologici.

È difficile pensare all'alcol come una sostanza dopante in quanto i suoi effetti, a breve e lungo termine, piuttosto che migliorare deteriorano la prestazione sportiva. Pertanto l'alcol è vietato soltanto in particolari discipline sportive, dal momento che il suo utilizzo rappresenta un rischio per l'atleta stesso e per gli altri. La sua presenza è rilevata tramite l'analisi dell'esperto e/o del sangue.

Le discipline sportive in cui l'alcol è proibito durante le competizioni (tasso alcolemico consentito $\leq 0,1$ g/L; come paragone si ricorda che in Italia il limite legale per la guida è di 0,5 g/L) sono: aeronautica, automobilismo, bocce, karate, motociclismo, motonautica, pentatlon moderno (discipline di tiro), tiro con l'arco.

L'abuso degli integratori come primo passo verso il doping

L'attività sportiva, ma più in generale qualsiasi attività fisica, comporta un maggiore dispendio energetico che deve essere adeguatamente compensato per garantire lo stato di salute e per consentire una performance ottimale.

Il problema che si pone è trovare il sistema migliore per integrare le perdite. Il modo che viene ritenuto più appropriato è quello di adeguare la propria alimentazione all'attività sportiva praticata. Purtroppo quello che osserviamo, soprattutto negli ultimi anni, è una diffusa e scarsa attenzione all'alimentazione (problema che si riscontra sia nella popolazione generale sia in chi pratica sport) con il ricorso sempre più crescente agli integratori alimentari, considerati un sistema più semplice e rapido, anche se più costoso, per reintegrare le perdite. In Italia, ma dati simili si riscontrano in altri paesi occidentali, la spesa annuale per gli integratori alimentari è elevatissima superando la cifra di 1.500.000.000 euro. A questo dobbiamo aggiungere l'acquisto di integratori attraverso internet e il commercio illegale.

Particolare allarme desta, inoltre, la diffusione degli integratori tra i giovani: ad esempio un'indagine condotta a Roma nel 2001 ha evidenziato che il 7% di ragazzi tra gli 11 e i 13 anni (8% tra i maschi, 6% tra le femmine) ricorre ad integratori, soprattutto contenenti creatina e aminoacidi, e la percentuale cresce al crescere dell'età. Senza dimenticare l'uso sproporzionato tra i giovanissimi di prodotti, quale il famoso Red Bull, contenente tra l'altro dosi elevate di uno stimolante come la caffeina. D'altra parte basti pensare che il 65-70% degli sportivi italiani, sottoposti ad analisi antidoping, dichiara di ricorrere abitualmente agli integratori (Zuccaro, 2006).

A questo punto qualcuno potrebbe porre la domanda *“Ma che male c'è a ricorrere agli integratori alimentari? Male sicuramente non fanno, sono aminoacidi, vitamine, insomma sostanze naturali.”* Prima di cercare di rispondere a questa domanda e alla relativa osservazione, cerchiamo di capire meglio di cosa stiamo parlando.

I prodotti per “compensare” un intenso sforzo muscolare, soprattutto per gli sportivi, (definizione contenuta nella circolare 30/11/2005 n. 3 del Ministero della Salute) sono classificati nelle seguenti categorie: (a) prodotti finalizzati ad un'integrazione energetica (ergogenici); (b) prodotti con minerali destinati a reintegrare le perdite idrosaline; (c) prodotti finalizzati all'integrazione di proteine; (d) prodotti finalizzati all'integrazione di aminoacidi e derivati; (e) altri prodotti con valenza nutrizionale adattati ad un intenso sforzo muscolare; (f) combinazione dei suddetti prodotti.

Appare chiaro, dalle raccomandazioni fornite dal Ministero della Salute, che mentre i prodotti a base di carboidrati o di minerali, se privi di altri elementi, destano poche preoccupazioni per la salute, nel caso di prodotti con composizione diversa emergono problemi e controindicazioni. In effetti i prodotti solo a base di carboidrati e di minerali possono essere un facile metodo di integrazione delle perdite. Ricordiamo però che gli stessi risultati con costi molto minori si ottengono con una corretta alimentazione e con l'apporto di bevande “preparate in casa”.

Diverso è il discorso per i prodotti finalizzati all'integrazione proteica o a base di aminoacidi e derivati che, come detto, sono molto di moda tra i giovani. Gli aminoacidi maggiormente presenti negli integratori sono quelli ramificati e la glutamina. L'ipotesi che l'assunzione di aminoacidi ramificati migliori la prestazione sportiva non è dimostrata da alcuno studio clinico, così come non sono dimostrati gli effetti ergogenici della glutamina o il suo effetto stimolante sul sistema immunitario. Al contrario, è dimostrato che l'assunzione di aminoacidi non contrasta la fatica muscolare e non migliora la performance fisica. Si deve anche evidenziare

che il loro uso, soprattutto a dosi elevate e prolungate, può determinare alcune reazioni avverse anche se non di particolare gravità se l'assunzione avviene per via orale. I disturbi maggiormente riferiti sono quelli a carico dell'apparato gastrointestinale, quali diarrea, dolori addominali, ecc. Elevate dosi di arginina hanno provocato anche cefalea, ipotensione e tossicità renale. È da aggiungere il fatto che l'eliminazione di residui azotati (dovuti all'eccessiva assunzione di aminoacidi) può sovraccaricare gli organi di pulizia del corpo, in particolare rene e fegato.

Il ricorso a tali integratori si basa sulla convinzione che i supplementi proteici servono per costruire i muscoli. Il razionale di questa affermazione si basa sul fatto che i muscoli sono fatti da proteine: quindi, più proteine (sotto forma di supplementi) più muscolo. In realtà il 70% del muscolo è costituito da acqua e la quantità di proteine necessaria a rimpiazzare quelle che si perdono con l'attività fisica è piccola ed è fornita dall'alimentazione. L'eccesso di proteine è invece eliminato dal corpo con una maggiore attività degli organi (fegato, rene) deputati alla loro degradazione ed eliminazione. L'assunzione di alte quantità di proteine può causare squilibri metabolici e problemi di assorbimento. Bisogna anche ricordare che **tutti** gli aminoacidi essenziali (i mattoni delle proteine) sono necessari per costruire i muscoli, mentre i singoli aminoacidi, come supplementi, non costruiscono i muscoli. Spesso, inoltre, negli integratori le proporzioni tra le quantità dei diversi aminoacidi sono squilibrate rispetto agli alimenti (Tabella 5).

Tabella 5. Confronto del contenuto di arginina e leucina tra integratori e alcuni cibi

Alimenti	Arginina (mg)	Leucina (mg)
2 albumi	380	600
1 scatoletta tonno	2.100	3.700
1 capsula integratori	500	250

Non possono esserci dubbi sul fatto che i cibi forniscano un apporto più equilibrato di aminoacidi e che per la "costruzione" dei muscoli gli aspetti fondamentali siano l'allenamento e un'adeguata (mai eccessiva) assunzione di proteine tramite l'alimentazione. Ricordiamo, infine, che la disgregazione delle proteine (digestione) richiede molti liquidi (quasi due volte di più che la disgregazione dei carboidrati e dei grassi). Ciò è particolarmente critico nei climi caldi e può portare a disidratazione. Infine l'eccesso di proteine nella dieta incrementa la perdita di calcio, effetto particolarmente rilevante per le donne.

Tra i derivati, degli aminoacidi quello maggiormente presente negli integratori e maggiormente utilizzato dagli atleti è sicuramente la **creatina**. Secondo la già citata circolare del Ministero della Salute la dose consigliata è di 3 grammi al giorno. Apporti giornalieri di 4-6 g sono ammessi solo in rapporto ad un più elevato peso corporeo, sotto controllo medico e per un periodo massimo di 30 giorni. Anche per i prodotti a base di creatina in caso di uso prolungato (oltre le 6-8 settimane) è necessario il parere del medico. Sono controindicati nei casi di patologia renale, in gravidanza, al di sotto dei 14 anni.

La creatina è prodotta da fegato, reni e pancreas, è poi trasportata a muscoli (95%), cervello e cuore; nella dieta si ritrova soprattutto nella carne e nel pesce. La creatina viene convertita nell'organismo a **fosfocreatina** (all'interno del muscolo 70% della creatina viene convertita in fosfocreatina). Durante la contrazione muscolare l'**adenosina trifosfato (ATP)** si trasforma in **adenosina bifosfato (ADP)** liberando un radicale fosforico che fornisce energia. Il ruolo della fosfocreatina è quello di riformare ATP a partire dall'ADP.

La richiesta giornaliera di creatina è di 2 grammi, metà proveniente dalla dieta normale e metà dalla produzione endogena. Negli atleti la supplementazione è normalmente fatta con una dose da carico di 5 g per 4 volte al giorno (20 g/die) per 4-6 giorni seguiti da 2 g/die per 3 mesi, uno studio (Peyrebrune, 2005) mostra che tale dose di mantenimento non apporta ulteriori benefici sulla performance. Ad ogni ciclo di creatina orale segue un mese di astinenza. Quantità di creatina superiori a quelle riportate sono eliminate dal rene.

La supplementazione di creatina può portare ad un incremento di circa il 20% delle riserve muscolari di fosfocreatina. Esistono diversi studi circa gli effetti sulla performance sportiva della supplementazione di creatina. I risultati non sono sempre concordi e per alcuni Autori la creatina è efficace per altri no. Circa un 30% degli atleti ricadono nella categoria dei non responsivi, forse perché hanno già riserve massimali di fosfocreatina. Ad ogni modo la sua efficacia è stata dimostrata solo per scatti o per sforzi corti di esercizi anaerobi e non per attività aerobica (Calfee, Fadale, 2006).

Anche nel caso della creatina, va sottolineata la possibilità d'insorgenza di reazioni avverse; si può avere un aumento del peso corporeo che può determinare, paradossalmente rispetto allo scopo dell'assunzione della creatina, un peggioramento in alcuni tipi di performance. Sono stati riferiti disturbi gastrointestinali, quali dolore addominale, nausea e diarrea, così come crampi e strappi muscolari. A livello muscolare si può osservare un aumento di ritenzione idrica.

Un altro derivato degli aminoacidi spesso presente negli integratori e che avuto in passato dei "momenti di gloria" è la **carnitina**. La L-carnitina è sintetizzata dal fegato a partire dalla lisina; la sua funzione è quella di trasportare gli acidi grassi all'interno dei mitocondri dove vengono ossidati.

La carnitina si trova in particolare nel muscolo scheletrico e nel miocardio. Il suo utilizzo viene propagandato per gli effetti ergogenici. Può causare nausea, vomito e crampi addominali. Le evidenze scientifiche evidenziano che non si osservano effetti ergogenici con supplementazione di L-carnitina (2 grammi per 7 giorni) durante ripetuti cicli di esercizi anaerobici ad alta intensità, nonostante gli elevati livelli serici di carnitina (Trappe, 1994). Allo stesso modo non migliora performance e il recupero in maratoneti (Colombani, 1996). Un'analisi della letteratura che ha preso in considerazione gli studi disponibili sulla L-carnitina, solleva dubbi sulle evidenze di effetti ergogenici e di miglioramenti della performance (Brass, 2000). Due *review* più recenti sugli effetti della L-carnitina nella performance fisica giungono a conclusioni differenti: la prima sostiene che non ci sono ancora evidenze sufficienti per stabilire un ruolo positivo e sicuro della carnitina, la seconda che vi sono evidenze di un effetto benefico nell'allenamento, competizione e recupero da esercizi estremi (Brass, 2004; Karlic, Lohninger, 2004). È indubbio che sono necessari ulteriori studi, ben condotti e metodologicamente corretti, per chiarire la reale utilità della carnitina in ambito sportivo.

Un altro aspetto da discutere è quello della necessità da parte di chi fa attività sportiva di assumere supplementi vitaminici. Com'è noto le vitamine sono sostanze che l'organismo non è in grado di produrre e che sono introdotte con gli alimenti. Si distinguono in **vitamine liposolubili** (A, D, E, K) e **idrosolubili** (gruppo B e vit. C). Non esistono studi clinici che hanno dimostrato un reale effetto delle vitamine contro la stanchezza muscolare o come ergogenici. Un'alimentazione adeguata fornisce all'organismo il fabbisogno necessario di vitamine, pertanto, a parte negli accertati casi di carenza, la supplementazione di vitamine non è necessaria e può provocare fenomeni di tossicità da sovradosaggio. Allo stesso modo le vitamine, pur essendo indispensabili per la vita, possono determinare effetti negativi: ad esempio un eccesso di vitamina C può causare perdita di calcio dalle ossa, danni renali, cefalea, disturbi gastrointestinali; un eccesso di vitamina A può portare ad insonnia, disturbi gastrointestinali, gengiviti, reazioni cutanee, perdita di capelli; un eccesso di vitamina E può provocare emorragie, alterazioni del sistema immunitario, alterazioni della funzione sessuale.

Altre sostanze che, pur non rientrando nella tabella del Ministero della Salute degli integratori adattati all'intenso sforzo muscolare, sono propagandate come utili per l'attività sportiva sono il **bicarbonato di sodio** e il **picolinato di cromo**. Il primo viene utilizzato in base all'idea che può neutralizzare l'acido lattico che si accumula nei muscoli durante l'attività fisica. Al di là della totale assurdità dell'affermazione e della mancanza di significato biologico, per fare questo sarebbero necessari dosaggi estremamente elevati. Gli studi clinici effettuati non dimostrano un chiaro miglioramento dell'attività fisica dopo l'assunzione di bicarbonato. Può invece provocare diarrea esplosiva, crampi addominali, vomito e meteorismo.

Il picolinato di cromo è un minerale essenziale. La dose necessaria e sicura varia da 50 a 200 microgrammi. Il deficit di cromo può portare ad intolleranza al glucosio in quanto esso è un potenziatore dell'azione dell'insulina. Diversi sono, comunque, gli alimenti che possono fornire cromo all'organismo in quantità adeguate, ad esempio formaggi, spinaci, funghi, pollo.

L'uso del picolinato di cromo in ambito sportivo è propagandato sostenendo che provoca un aumento della massa muscolare (viene offerto come alternativa ai più rischiosi steroidi), diminuisce il grasso corporeo e aumenta la sensibilità all'insulina. In uno studio non è stato possibile osservare effetti benefici da supplementi di cromo sulla composizione corporea di uomini partecipanti ad allenamenti di sollevamento pesi (Walker, 1998). Supplementi di cromo utilizzati durante un programma aerobico non hanno avuto effetti sulla riduzione del grasso corporeo, mentre si è osservato un aumento dell'escrezione urinaria del cromo nei soggetti studiati sottoposti agli esercizi (Clancy, 1994). Il picolinato di cromo ha determinato, inoltre, un aumento del peso in donne sollevatrici di pesi (principianti) e nessun effetto nei maschi (Hasten, 1992). In definitiva, anche per il picolinato di cromo mancano le evidenze scientifiche che ne supportino un ruolo positivo nell'attività sportiva. Infine, alcuni studi hanno mostrato che l'acido picolinico, contenuto nel picolinato di cromo, può alterare la ghiandola parotidea importante per il metabolismo del calcio e sono anche stati evidenziati casi di danno renale a dosi elevate (Cerulli, 1998).

Un ultimo aspetto da sottolineare riguardo gli integratori è quello sul loro reale contenuto. La già citata circolare del Ministero della Salute richiede alle aziende produttrici di autocertificare la non presenza nei loro prodotti di sostanze dopanti (anche in tracce come contaminanti), ma non esistono ulteriori controlli. Una recente indagine condotta a livello internazionale, in cui sono stati esaminati 693 diversi integratori, ha evidenziato che circa il 15% dei prodotti conteneva sostanze dopanti, quasi sempre steroidi anabolizzanti o precursori (Geyer, 2004). Va rilevato che i prodotti esaminati erano tutti commercializzati legalmente. Vengono i brividi a pensare a cosa può esserci nei prodotti commercializzati illegalmente o attraverso internet!

I risultati di questo studio evidenziano da una parte la necessità di maggiori controlli sulla reale composizione degli integratori, dall'altra la possibilità che un atleta venga trovato positivo ai controlli antidoping a seguito di un'assunzione inconsapevole di sostanze vietate.

Oltre alla presenza di steroidi anabolizzanti negli integratori altre possibilità "reali" di positività inconsapevole sono: la positività alla cocaina dopo aver bevuto tè boliviano o peruviano; positività agli steroidi mangiando carni di animali trattati con steroidi; positività all'efedrina per assunzione di farmaci o di prodotti erboristici che contengono questo principio attivo; positività alla morfina dopo assunzione di farmaci contenenti codeina (Yonamine, 2004).

Gli atleti dovrebbero pertanto essere sempre molto attenti alle loro abitudini alimentari e all'assunzione di farmaci o altri prodotti. Tuttavia il doping non intenzionale è spesso la giustificazione a cui ricorre chi in realtà ha utilizzato consapevolmente sostanze dopanti e viene scoperto.

Problemi simili a quelli evidenziati con gli integratori si possono avere anche con i prodotti a base di erbe. Tra i più reclamizzati in ambito sportivo ci sono l'**efedra** (*Ma Huang*), il **Ginseng** e il **Tribulus terrestris**. Per questi, come per altri prodotti a base di erbe, non si riesce a sapere

con certezza quale è il reale contenuto delle preparazioni in termini di principi attivi e di dosaggi. Inoltre ci sono pochi dati a sostegno della loro efficacia così come sulla mancanza di eventi avversi. In alcuni casi, l'uso prolungato o ad alte dosi dei prodotti erboristici può provocare gravi reazioni avverse o interazioni con terapie farmacologiche in atto. L'uso prolungato di Ginseng può determinare: ipertensione arteriosa (segnalati rari casi di ipotensione), stimolazione del SNC con nervosismo, insonnia, vertigini, cefalea, ipoglicemia, diabete gestazionale, emorragia vaginale, sanguinamento intermestruale, diarrea mattutina (Pinato, 2002). Ancora più gravi gli effetti dell'efedra, il cui principale componente è l'efedrina. Come già detto in precedenza, l'efedrina è uno stimolante di tipo amfetaminico, che può causare reazioni avverse a livello dell'apparato cardiovascolare (ipertensione, tachicardia, aritmie e arresto cardiaco), gastrointestinale (nausea, vomito e stipsi) e del Sistema Nervoso Centrale (psicosi, pensieri suicidari, convulsioni, tremori, disturbi vestibolari, insonnia e nervosismo). Diverse sono le morti attribuite all'uso dell'efedra: una delle più famose è quella del pitcher dei Baltimore Orioles, Steve Bechler avvenuta il 17 Febbraio 2003.

In conclusione si può affermare che molte persone spendono molti soldi e dedicano molta attenzione all'assunzione di integratori e supplementi alimentari la cui composizione, efficacia e sicurezza non è sufficientemente controllata. Questo avviene a discapito di un'alimentazione corretta che invece è: 1) sicuramente efficace nel migliorare la performance; 2) sicuramente innocua e anzi positiva per la salute; 3) sicuramente meno costosa.

Gli integratori danno un falso senso di sicurezza e possono incoraggiare abitudini alimentari scorrette. Nessuno studio ha dimostrato che qualunque integratore o supplemento migliori la performance in presenza di un'alimentazione scorretta. Non esistono integratori o prodotti di qualsiasi tipo che rendono più "robusti, forti o veloci" come per magia. Da un certo punto di vista essi incarnano l'idea che è necessario ricorrere a qualche sostanza per migliorare le proprie prestazioni sportive. Gli integratori possono perciò rappresentare un primo passo verso il doping!

Motivazioni, fattori di rischio, programmi di prevenzione

Il doping è ritenuto il più pericoloso fenomeno degenerativo dello sport della fine del secolo scorso e dell'inizio del terzo millennio. Questa degenerazione è influenzata, oltre che dal desiderio di alte prestazioni da parte degli atleti, dai guadagni sempre più elevati connessi all'uso delle sostanze dopanti sia da parte degli utenti (atleti di vertice) che dei produttori. Tutto ciò avviene senza che si tenga conto dei danni per la salute e dell'etica sportiva.

In questo scenario complesso troviamo il giovane adolescente alle prese con la costruzione della propria identità. In questa fase di cambiamenti egli è spesso spinto alla ricerca di oggetti onnipotenti senza difetti che possano dare risposte immediate senza coinvolgerlo attivamente. Una ricerca di strumenti che possano dargli la percezione di acquisire un'immagine e un ruolo sociale soddisfacente. In questo contesto può nascere il ricorso a *sostanze* che consentono di credere di essere come si desidera, o come gli altri si aspettano che noi potremmo essere.

La partecipazione regolare dei bambini e degli adolescenti alle attività sportive non è importante solamente per gli effetti benefici esercitati sulla salute ma anche perché contribuisce a:

- Sviluppare abilità sociali e comportamenti morali ed etici.
- Sviluppare abilità personali come il *problem solving*, la comunicazione, il *decision making* e la *leadership*.
- Comprendere e sentire l'inclusione nel gruppo e l'empatia con le necessità altrui.

- Trasmettere le norme e i valori culturali.
- Creare la possibilità di sviluppare l'identità personale e di gruppo.
- Migliorare e mantenere la salute fisica, mentale ed emotiva.
- Utilizzare in modo produttivo il proprio tempo libero.

Creare dei valori nei giovani attraverso la pratica delle attività sportive significa comprendere cosa li spinge a prendere parte a tali attività, fornire un ambiente che sappia rispondere alle loro aspettative e attraverso le esperienze altrui incoraggiarli costantemente all'attiva partecipazione.

Nella vita dell'adolescente, lo sport dovrebbe rappresentare un momento di crescita all'interno del gruppo, un momento nel quale la salute intesa come equilibrio psicofisico è costantemente messa alla prova per poter migliorare le proprie prestazioni fisiche con l'esercizio e l'impegno. Lo sport rappresenta un'opportunità di coinvolgimento in un'attività positiva; sentirsi fisicamente in forma, ben inseriti nel gruppo di coetanei, competenti dal punto di vista dello sport praticato, provare piacere e divertimento nel fare sport, insieme con un insegnamento basato sull'assunzione di responsabilità rispetto alla propria e altrui sicurezza dovrebbero essere tutti elementi sufficienti a tenere lontani dalle droghe e quindi anche dal doping. Lo sport, quasi per definizione, dovrebbe favorire comportamenti positivi costruiti grazie all'apporto degli adulti. Sappiamo che questo non sempre si realizza. Uno degli aspetti negativi diviene, in tal caso, il ricorso alle sostanze dopanti.

Vale la pena sottolineare a questo punto che, spesso, la stessa motivazione che spinge il bambino/adolescente a praticare sport è fondamentale nel costruire un atteggiamento possibilista verso il doping, in particolare, ci riferiamo al contesto in cui l'adolescente vive, alla pressione degli adulti significativi (famiglia e allenatore), alla scarsa autostima, all'influenza dei pari (Messina, 2006). Secondo Gill e coll. (1983) vi sono diversi fattori che spingono a praticare uno sport: (a) **riuscire** (la voglia di vincere, di essere popolari, di ricevere premi, ecc.); (b) **essere in forma fisica**; (c) **essere in squadra** (la voglia di appartenere a un gruppo); (d) **liberare energia** (voglia di scaricare le tensioni, di muoversi, di stare fuori di casa); (e) **costruire rapporti di amicizia** (coltivare nuove o vecchie amicizie); (f) **divertirsi**; (g) **sviluppare o migliorare le abilità sportive**. Praticare un'attività sportiva a livello agonistico, significa anche gareggiare e quindi competere con gli altri e diversi ricercatori si sono chiesti se esistono correlazioni tra motivazione a fare sport e pratica del doping.

Si ritiene che il diverso significato che ciascuno può dare al concetto di successo nello sport identifichi due diversi orientamenti motivazionali: **l'orientamento al compito** (dimostrare la propria capacità relativamente a quello che si fa) e **l'orientamento all'ego** (dimostrare la propria capacità superando un altro). Sembra che le persone che sono orientate al compito (cioè chi cerca di fare del proprio meglio, di apprendere nuove abilità, di progredire per superare difficoltà), in altre parole chi ritiene che la capacità dipenda dall'impegno, sia meno propenso al doping. Al contrario chi è orientato all'ego (primeggiare sugli altri a qualunque costo, identificazione del successo con la sconfitta dell'altro) abbia maggiori possibilità di cadere nella trappola del doping.

Il tipo di orientamento motivazionale (al compito o all'ego) sembra anche essere connesso con l'autostima, con i comportamenti morali e anche con gli stili di vita e alimentari. In particolare chi è orientato all'ego ha una tendenza ad avere una bassa stima di sé e fatica a sopportare le sconfitte, che sono vissute come una messa in discussione totale della propria persona. In questo contesto psicologico, il ricorso al doping rappresenta una sorta di ancora di salvezza. La stessa problematica della dismorfofobia muscolare, che colpisce quasi esclusivamente i maschi spingendoli oltre che a passare ore a rinforzare i propri muscoli anche all'assunzione degli steroidi anabolizzanti, può essere posta in relazione all'orientamento all'ego.

Non sufficientemente indagata è la correlazione tra il ricorso al doping e la personalità del soggetto, anche se una personalità di tipo ansioso sembra essere predisponente.

Meglio indagati sono i fattori di rischio che predispongono ad un atteggiamento mentale favorevole al doping. I fattori individuali comprendono l'eccessivo orientamento al successo, l'alta influenzabilità, il basso livello di norme morali e le abitudini di vita non sane. Tra i fattori familiari e amicali ritroviamo l'eccessivo rinforzo del successo, lo scarso supporto familiare, l'esempio negativo, la mancanza di regole. Anche il sistema sportivo e sociale contribuiscono a predisporre al doping attraverso gli esempi negativi dei campioni, l'infrazione delle regole di *fair-play*, l'inadeguatezza dei controlli anti-doping, la medicalizzazione della società, l'eccessivo valore all'aspetto esteriore.

A nostra conoscenza non esistono studi specifici che hanno analizzato l'efficacia, la fattibilità e l'efficienza di interventi informativi/formativi di prevenzione del doping attuati a livello dell'ambito sportivo o scolastico. Possiamo tuttavia riferirci, pur con le dovute differenze, a quanto disponibile nel campo della prevenzione delle tossicodipendenze. Di seguito riportiamo, pertanto, i principi generali della prevenzione delle dipendenze stilati dal *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) sulla base di studi scientificamente attendibili¹⁰.

- **Principio 1.** Gli interventi di prevenzione dovrebbero aumentare i fattori protettivi e opporsi/ridurre i fattori di rischio. Va ricordato che il potenziale impatto di specifici fattori protettivi o di rischio si modifica con l'età, ad esempio fattori di rischio nella famiglia hanno un impatto maggiore sui bambini, mentre la relazione con pari che utilizzano sostanze d'abuso ha un impatto maggiore per gli adolescenti.
- **Principio 2.** Gli interventi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati verso tutte le forme d'abuso, includendo l'uso minorile di sostanze legali (alcol, tabacco), l'uso di sostanze illegali (es. eroina), l'uso inappropriato di sostanze legali (es. farmaci da banco).
- **Principio 3.** Gli interventi di prevenzione andrebbero indirizzati verso il problema di abuso prevalente nella comunità locale.
- **Principio 4.** Gli interventi di prevenzione vanno adattati agli specifici fattori di rischio della popolazione a cui ci si rivolge, quindi in relazione all'età, genere ed etnia.
- **Principio 5.** Gli interventi di prevenzione basati sulla famiglia dovrebbero aumentare le capacità di relazione familiare incluse le capacità genitoriali; andrebbero discusse le pratiche e le opinioni familiari sulle droghe e dovrebbero essere fornite informazioni e percorsi formativi.
- **Principio 6.** Gli interventi di prevenzione in età prescolare vanno indirizzati verso specifici fattori di rischio, quali comportamenti aggressivi, scarsa attitudine a socializzare, difficoltà di apprendimento.
- **Principio 7.** Gli interventi di prevenzione per gli alunni delle scuole primarie dovrebbero avere come obiettivo il miglioramento dell'apprendimento scolastico e socio-emotivo ed essere indirizzati a fattori di rischio specifici per l'abuso di sostanze, quali l'aggressività, l'insuccesso o l'abbandono scolastico. I programmi educativi si dovrebbero focalizzare specificatamente su alcune abilità, quali l'autocontrollo, la consapevolezza emotiva, la comunicatività, ecc.
- **Principio 8.** Gli interventi di prevenzione per gli alunni delle scuole secondarie di I e II grado dovrebbero portare ad incrementare le competenze scolastiche e sociali tramite le seguenti abilità: abitudini di studio e sostegno scolastico, comunicazione, relazione tra pari, auto-efficacia, comportamento deciso, capacità di resistenza alle droghe, rinforzo delle abitudini anti-droga, rafforzamento delle convinzioni personali contro l'abuso.
- **Principio 9.** Gli interventi di prevenzione mirati ai momenti di transizione (per esempio dalla scuola primaria alla secondaria) possono produrre effetti benefici anche verso

¹⁰ www.drugabuse.gov/prevention/principles.html (ultima consultazione 25/8/2009)

bambini e famiglie ad alto rischio. Essendo programmi generali e non specifici per soggetti a rischio, evitano le etichettature e facilitano il legame con la scuola e la comunità.

- **Principio 10.** Gli interventi di prevenzione combinati, per esempio un intervento scolastico e uno rivolto alle famiglie, possono essere più efficaci rispetto ad un singolo intervento.
- **Principio 11.** Gli interventi di prevenzione che raggiungono la popolazione in *setting* multipli, quali scuole, società sportive, organizzazioni religiose, ecc., risultano più efficaci in relazione alla coerenza tra di loro.
- **Principio 12.** Quando si adattano interventi di prevenzione alle esigenze specifiche di una comunità, bisogna mantenere gli elementi principali dell'intervento originale.
- **Principio 13.** Gli interventi di prevenzione dovrebbero essere a lungo termine sostenuti da interventi ripetuti (richiami) di rinforzo degli obiettivi di prevenzione originali. Diversi studi dimostrano che i benefici dei programmi di prevenzione a livello delle scuole secondarie di I grado diminuiscono se non sono seguiti da programmi a livello delle scuole secondarie di II grado.
- **Principio 14.** Gli interventi di prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti nelle pratiche di gestione delle classi, come la capacità di gratificare i comportamenti appropriati degli studenti. Tali tecniche aiutano nel sostenere i comportamenti positivi degli studenti, il rendimento e la motivazione scolastica.
- **Principio 15.** Gli interventi di prevenzione sono molto efficaci quando impiegano tecniche interattive, come la discussione tra pari e il gioco di ruolo, con il coinvolgimento attivo degli studenti nell'apprendimento sulle sostanze d'abuso e nel rinforzare le capacità.
- **Principio 16.** Gli interventi di prevenzione si sono rivelati economicamente vantaggiosi. Recenti ricerche americane dimostrano che per un dollaro investito in prevenzione se ne risparmiano dieci nel trattamento delle dipendenze.

Un programma educativo utilizzato nelle scuole superiori americane indirizzato ai ragazzi di sesso maschile che praticano attività sportive è l'*Athletes Training and Learning to Avoid Steroids*, ATLAS¹¹; il programma è finalizzato alla riduzione dell'utilizzo degli steroidi anabolizzanti, di alcool, di sostanze illecite e di integratori sportivi utilizzati per migliorare le prestazioni atletiche. ATLAS, attraverso la "*peer education*", promuove una piena comprensione, da parte dei ragazzi, dei fattori di rischio e protettivi cercando di ridurre i primi a favore dei secondi. In particolare, il programma cerca di arginare l'influenza esercitata dai pari che utilizzano sostanze con finalità di doping (fattore di rischio) mentre stimola l'importanza dell'allenamento e di una corretta alimentazione come alternative all'utilizzo di sostanze, la fiducia nelle proprie capacità di prendere decisioni, la conoscenza degli effetti nocivi legati all'assunzione degli steroidi (fattori di protezione).

Il corrispettivo al femminile è il programma "ATHENA", *Athletes Targeting Healthy Exercise and Nutrition Alternatives*, per il medesimo target di età. Anche in questo programma la componente educativa viene affidata ad atlete che hanno dimostrato di possedere capacità di leadership, per essere trainanti e riuscirà a rappresentare per le ragazze un modello positivo con cui identificarsi. In particolare gli argomenti trattati durante gli incontri riguardano: gli effetti legati all'utilizzo di sostanze d'abuso e all'adozione di comportamenti che minacciano il rendimento sportivo, il riconoscimento dell'importanza rivestita dalla corretta alimentazione come anche dall'azione di comportamenti salutari, la corretta lettura dei tanti messaggi pubblicitari che spingono verso l'assunzione degli integratori con la presentazione di raffigurazioni del corpo femminile stereotipate che agiscono distortendo la propria immagine

¹¹ www.ohsu.edu/ohsuedu/academic/som/medicine/hpsm/education_training.cfm (ultima consultazione 25/8/2009)

corporale soprattutto in un momento psicologicamente fragile come l'adolescenza oppure in ragazze con proprie fragilità psicologiche.

Un aspetto da sottolineare per qualunque tipo d'intervento è che l'informazione da sola non rappresenta un modello vincente. Diversi studi dimostrano come i consumatori di droghe dispongano di un patrimonio di informazioni oggettive molto superiore a coloro che non sono interessati al fenomeno. Al contempo, un'informazione calata dall'alto, che drammatizzi gli effetti nocivi delle sostanze, che risulti minacciosa e moralistica può risultare controproducente se fornita ad adolescenti (Orlandini, 2006). Questo non significa, a nostro parere, che fornire informazioni scientificamente corrette non sia utile: significa soltanto che non è sufficiente.

Com'è evidenziato anche nella breve descrizione dei programmi educativi sopra riportati è importante lavorare con i ragazzi rispetto ad una riduzione dei fattori di rischio e ad un rinforzo dei fattori di protezione.

Tra i fattori di rischio su cui poter lavorare c'è una sovrastima del numero di coetanei che utilizzano sostanze d'abuso per fini di doping, l'atteggiamento del "vincere a tutti i costi", la poca conoscenza degli effetti collaterali, il rinforzo sociale dei comportamenti ostili e aggressivi, l'influenza esercitata dai mass-media e dal gruppo dei pari, la percezione di essere invulnerabili agli aspetti avversi, una "cattiva" percezione del proprio corpo, una scarsa fiducia nelle proprie capacità personali ecc.

Come per i fattori di rischio, anche i fattori protettivi agiscono a livelli diversi della persona e riguardano aspetti diversi della stessa; a livello di educazione e adozione di adeguati stili di vita ci sono la conoscenza del fenomeno doping, delle sostanze d'abuso e dei rispettivi aspetti avversi, le conoscenze necessarie ad attuare una sana alimentazione, l'adozione di stili comportamentali adeguati e salutari per lo svolgimento di attività sportive ecc. Numerosi studi hanno dimostrato che la sola informazione non è sufficiente per garantire l'adozione di comportamenti positivi, occorre lavorare sul potenziamento delle risorse psicologiche che guidano l'individuo nelle interazioni con gli altri e che forniscano le chiavi di lettura del mondo che li circonda, diventano pertanto fattori di protezione il potenziamento delle *life skills*, della fiducia in se stessi, dell'autostima, ma anche un rapporto sano con il proprio corpo, l'identificazione con modelli positivi con cui identificarsi, la capacità di gestire i conflitti, la coesione del gruppo dei pari ecc.

Dal punto di vista scolastico, poi, il modello da preferire (come affermato nel principio 15 del NIDA) è quello del coinvolgimento diretto degli alunni, che non devono essere soggetti passivi ma attivi. In altre parole la lezione *ex-cathedra* o il seminario tenuto da un esperto del settore può essere un modo per iniziare un discorso sul doping, ma bisogna lasciare poi lo spazio al lavoro di gruppo, allo scambio di idee, alle posizioni "discutibili" e alla ricerca attiva. I programmi più efficaci, inoltre, sono quelli che mirano a rinforzare i rapporti interpersonali dei giovani e a sviluppare un atteggiamento critico che supporta scelte ragionate e consapevoli. Ovverosia, bisogna mettere al centro dell'attività formativa l'educazione alla parola e al pensiero (Agosti, 2006).

In conclusione si può affermare che stroncare la piaga del doping oltre ad essere una questione di autorità di controllo, rappresenta un problema culturale e di divulgazione dell'informazione. Costituisce, infine, una questione di dialogo e apertura nei confronti dei giovani.

ATTIVITÀ PRATICHE PER LA PREVENZIONE DEL DOPING

Sofia Listorto
Associazione Il Caleidoscopio, Roma

Attività pratiche per le scuole primarie

In considerazione della complessità della fase di esecuzione e di rielaborazione è preferibile che le attivazioni proposte siano realizzate da conduttori adulti: un esperto oppure un insegnante. Tutte le attività possono essere attuate durante l'orario scolastico, utilizzando spazi come la palestra o nel cortile della scuola.

ATTIVITÀ 1: DISPOSTO A TUTTO PER VINCERE

Tutti i bambini e i ragazzi si confrontano con le proprie aspettative di crescita e vorrebbero essere forti, specialmente coloro che si occupano di un'attività sportiva in modo agonistico: calcio, nuoto, ciclismo, tennis, ecc. Talvolta un conoscente, un sedicente esperto o un amico, sembrano far capire che per vincere bisogna essere "disposti a tutto" e i ragazzi si lasciano convincere ad utilizzare qualche "piccolo aiutino", entrando - spesso inconsapevolmente - nella strada del doping.

Obiettivo: (a) aumentare la conoscenza dei danni indotti dal doping; (b) rendere più adeguati i comportamenti di auto-protezione.

Descrizione: si invita la classe a partecipare ad una simulata con la conseguente elaborazione in gruppo, durante la quale si esamineranno i vissuti del ragazzo che ha interpretato l'atleta sollecitato a doparsi. Il conduttore attiverà un dibattito con il gruppo per valutare la scelta fatta dall'atleta della simulata ed eventuali scelte diverse proposte da altri studenti al fine di individuare le più idonee.

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 1

Simulata

In una gara di corsa impegnativa con 10 concorrenti, vengono premiati Giulio che arriva primo, Filippo che arriva secondo e Renato che arriva terzo.

Al termine della premiazione il Sig. Filiberto Rossi si avvicina a Filippo, dicendo di essere un allenatore di una famosa palestra e portandolo da un lato del campo, con fare misterioso gli propone di utilizzare "un aiutino" per vincere la volta successiva, ventilando l'idea che il vincitore lo stia già usando; Filippo cercherà di resistere alla sollecitazione ma il Sig. Filiberto Rossi sarà molto convincente. Cosa deciderà alla fine Filippo?

A questo punto, il conduttore effettua un'analisi sulle conseguenze nocive del doping per l'organismo e sulle modalità di reazione riconosciute come ottimali di fronte ad una sollecitazione a fare uso di sostanze illecite. L'esperienza si conclude con la costruzione di cartelloni da parte dei ragazzi che verranno esposti nell'aula magna della scuola per informare i compagni delle altre classi, al fine di valorizzare il lavoro svolto dai ragazzi e migliorare il loro senso di auto-efficacia e la loro autostima.

ATTIVITÀ 2: C'È UNA COSA CHE NON TI HO MAI DETTO

I bambini e i ragazzi a volte vivono situazioni di difficoltà ma si vergognano a parlarne e in questo modo non riescono a trovare il modo per farsi aiutare. È opportuna un'attività preliminare sui danni fisici procurati dal doping.

Obiettivo: (a) aumentare la consapevolezza del disagio psicologico di chi fa uso di doping; (b) stimolare l'autoconsapevolezza; (c) aumentare le capacità di empatia.

Descrizione: il conduttore propone una simulata con la conseguente elaborazione in gruppo, durante la quale si esamineranno i vissuti del ragazzo che ha interpretato la parte di chi ha utilizzato sostanze dopanti e quelli dell'amico che ha raccolto la confessione-

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 2

Simulata

Piero e Ferdinando sono in montagna davanti ad un camino. Hanno trascorso la giornata sciando, sono stanchi ma rilassati.

Ad un certo punto Ferdinando comincia a raccontare, con visibile imbarazzo, di aver utilizzato sostanze 'dopanti' per poter vincere una gara.

Piero ascolta con attenzione e cerca di facilitare l'amico nel racconto. Alla fine cerca di dargli dei consigli per stimolare l'amico a smettere di utilizzare sostanze 'dopanti'.

Successivamente, il conduttore aiuterà i ragazzi a riflettere sulle capacità empatiche dimostrate e quelle relative alle capacità di comunicare in modo efficace per stimolare l'amico a farsi aiutare a "uscire dal giro".

ATTIVITÀ 3: FAI COME NOI

I giovani sentono il bisogno di sentirsi accettati dal gruppo dei pari, e quindi tendono ad imitare comportamenti che possono anche essere nocivi alla salute, pur di sentirsi inseriti nel gruppo. È opportuna un'attività preliminare sui danni fisici procurati dal doping.

Obiettivo: sviluppare le capacità di *coping* (gestione di situazioni stressanti) dei giovani.

Descrizione: il conduttore propone una simulata con la conseguente elaborazione in gruppo nella quale si esamineranno i vissuti dello studente che ha interpretato il ragazzo sollecitato a 'doparsi', le sue reazioni e la sua decisione finale. Il conduttore attiverà un dibattito con il gruppo per valutare la scelta fatta dal protagonista della simulata ed eventuali scelte diverse proposte da altri studenti al fine di individuare le più idonee.

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 3

Simulata

L'azione si svolge in una palestra in cui un gruppo di studenti si avvicina a Paolo, un nuovo iscritto, prendendolo in giro perché mingherlino e invitandolo a fare come gli altri, che usano degli "integratori speciali".

Cosa farà Paolo? Seguirà i pericolosi "consigli" degli amici?

Successivamente proporrà alla classe un'analisi sulle modalità di reazione riconosciute come ottimali di fronte ad una sollecitazione a fare uso di sostanze illecite da parte di un gruppo di coetanei.

ATTIVITÀ 4: SCOPERTO!

I bambini e i ragazzi sovente non valutano le conseguenze delle loro azioni. È opportuna un'attività preliminare sui danni fisici procurati dal doping.

Obiettivo: aumentare la consapevolezza del disagio psicologico e delle difficoltà relazionali conseguenti a un eventuale riconoscimento di una condizione di doping.

Descrizione: il conduttore propone una simulata alla classe, rielaborando dopo con loro i vissuti emozionali dei personaggi. In particolare, si esamineranno i vissuti del ragazzo che ha interpretato la parte dell'atleta che è stato scoperto aver utilizzato sostanze dopanti, degli altri atleti e degli stessi ragazzi facenti parte del "pubblico".

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 4

Simulata

È il momento finale di una gara di corsa. Non si procede alla premiazione perché tardano ad arrivare i risultati delle analisi anti-doping. C'è molto nervosismo nel pubblico e agitazione tra gli atleti.

In particolare Edoardo, il primo arrivato, sembra non riuscire a stare fermo, e continua a camminare a lunghi passi avanti e indietro.

Finalmente arriva il giudice di gara e dichiara che Edoardo è stato squalificato perché ha fatto uso di sostanze 'dopanti'. Edoardo si allontana di corsa a testa bassa, mentre il pubblico esplode in urli e fischi al suo indirizzo.

Successivamente, il conduttore aiuterà il gruppo a riflettere sulle conseguenze delle proprie azioni nello sport, così come in altre circostanze della propria vita.

ATTIVITÀ 5: MI VERGOGNO!

Gli adolescenti spesso hanno difficoltà a rendersi conto di poter subire nel loro fisico le ripercussioni di scelte inadeguate, quali il consumo di sostanze dopanti. È opportuna un'attività preliminare sui danni fisici procurati dal doping.

Obiettivo: (a) aumentare la consapevolezza del disagio psicologico e fisico di chi fa uso di doping; (b) aiutare i ragazzi a sviluppare le capacità di empatia; (c) stimolare le capacità di prendere decisioni salutistiche.

Descrizione: l'insegnante propone alla classe una simulata; al termine della quale esorterà il gruppo a rielaborare le sensazioni legate all'esperienza, riflettendo insieme sui vissuti del ragazzo che ha interpretato la parte di chi ha utilizzato sostanze dopanti e quelli della ragazza che è andata a trovarlo in ospedale, e che non ha potuto aiutarlo prima che la situazione precipitasse in una forma di malessere fisico conclamato. Infine, ci sarà una riproposizione da parte del conduttore delle informazioni, già proposte precedentemente, sulle conseguenze nocive del doping per l'organismo.

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 5

Simulata

Andrea è ricoverato in ospedale a causa degli effetti prodotti dal consumo di doping.

Eleonora, la sua ragazza, lo va a trovare.

Andrea sta male fisicamente, è visibilmente preoccupato di aver danneggiato il suo fisico irrimediabilmente, ma soprattutto è imbarazzato che la sua ragazza sia venuta a saperlo.

Attività pratiche per le scuole secondarie

In considerazione della complessità della fase di esecuzione e di rielaborazione è preferibile che le seguenti attività siano realizzate da conduttori adulti: un esperto, oppure un insegnante

(preferibilmente di educazione fisica), oppure un *dispeer* (ovvero uno studente universitario a favore degli studenti del triennio, oppure uno studente del triennio a favore degli studenti del biennio; è comunque consigliabile una supervisione dei *dispeer* da parte di un esperto). È possibile realizzarle all'interno della classe, durante l'orario normale di lezione, dopo un'attività preliminare sui danni fisici procurati dal doping.

ATTIVITÀ 1: IO LO SO

Obiettivo: (a) aumentare la consapevolezza del danno fisico di chi fa uso di doping; (b) sviluppare le capacità di empatia; (c) stimolare le capacità di prendere decisioni vantaggiose per la salute.

Descrizione: nella prima fase, attraverso la tecnica del *cooperative learning*, gli studenti vengono attivati dal conduttore a studiare gli effetti nocivi delle varie sostanze dopanti sull'organismo, con ricerche in internet. Nella seconda fase si realizza una gara tra quattro gruppi formati nella classe sulla conoscenza degli effetti delle sostanze dopanti. Nella terza fase, l'insegnante propone, invece, un dibattito con il gruppo-classe per riflettere insieme sui danni fisici prodotti dal doping.

ATTIVITÀ 2: IL MIO SEGRETO

Obiettivo: (a) aumentare la consapevolezza del disagio psicologico e fisico di chi fa uso di doping; (b) aumentare le capacità di empatia; (c) stimolare le capacità di prendere decisioni salutistiche.

Descrizione: considerando la difficoltà degli adolescenti di immedesimarsi con le ansie e i sensi di colpa di un campione che usa sostanze dopanti, si propone la seguente attività, sottolineando anche l'importanza di un'attività preliminare sui danni fisici procurati dal doping.

Nella prima fase si chiede ad ogni ragazzo di scrivere una lettera, immaginando di essere un campione del mondo del calcio che confida ad un amico di avere utilizzato nel passato sostanze dopanti e di risentirne fisicamente e moralmente. Quando tutti gli studenti hanno scritto la loro lettera, a turno ne leggono il contenuto e, in un secondo momento, l'insegnante inviterà tutto il gruppo a riflettere sui vissuti emersi durante le letture, dedicando particolare attenzione alle capacità empatiche dimostrate e all'autoconsapevolezza espressa da chi si è immedesimato nella parte, discutendo sulle emozioni emerse e sulle difficoltà nella gestione dello stress da prestazione sportiva. Infine, l'insegnante propone di preparare la lettera che l'amico potrebbe scrivere in risposta ad una confidenza di questo genere.

ATTIVITÀ 3: LA BIOGRAFIA DI PANTANI

Obiettivo: (a) stimolare la capacità di riconoscere l'ambivalenza insita nella valutazione di certi comportamenti inadeguati effettuati da campioni dello sport; (b) aumentare la consapevolezza del danno fisico e del danno all'immagine dell'atleta che fa uso di doping.

Descrizione: la premessa a quest'attività è che alcuni atleti sono considerati un "mito" e i loro comportamenti – anche problematici - diventano oggetto di imitazione da parte degli adolescenti. Quest'attività potrebbe essere preceduta da un lavoro sulla scorrettezza sportiva insita nell'uso di queste sostanze. Gli studenti vengono divisi in due gruppi e lavorano attraverso al tecnica del *cooperative learning*. Il primo gruppo è invitato a raccogliere informazioni in merito alla storia sportiva e alle vittorie del ciclista Pantani, mentre l'altro a cercare le informazioni relative al suo consumo di doping e di cocaina. Successivamente, l'insegnante dà vita a una discussione in classe tra le due parti: i sostenitori del Pantani campione, e quelli che ne raccontano la drammatica storia del consumatore di sostanze dopanti

e cocaina, mentre due studenti avranno il compito di fare uno da **moderatore** della discussione e l'altro da **giornalista**, prendendo appunti su quanto viene espresso dai compagni. Al termine della discussione, il giornalista scriverà un articolo contenente i due lati della vita di Pantani, l'atleta e il consumatore di doping e cocaina e l'ambivalenza che suscita la sua figura; su questi temi l'insegnante attiverà nuovamente un dibattito per riflettere insieme sulla figura dell'atleta. Al termine dell'esperienza, con eventuali nuovi apporti, l'articolo sarà pubblicato sul sito della scuola.

ATTIVITÀ 4: I VECCHI CAMPIONI

Obiettivo: (a) aumentare la consapevolezza del disagio psicologico e fisico di chi fa uso di doping; (b) sviluppare le capacità di empatia; (c) stimolare le capacità di prendere decisioni vantaggiose per la salute.

Descrizione: la premessa a quest'attività è una caratteristica tipica dell'adolescenza, ossia la scarsa capacità di immaginare le conseguenze a lungo termine dei comportamenti attuati.

Viene proposta alla classe una simulata e successivamente si propone la rielaborazione dei vissuti in gruppo, ponendo particolare attenzione ai vissuti del ragazzo che ha interpretato la parte di chi ha utilizzato sostanze dopanti e quelli dell'amico che è venuto a scoprirlo in modo così imprevisto.

TRACCIA PER L'INSEGNANTE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 4

Simulata

Filippo e Ferdinando sono due anziani; entrambi sono stati campioni di ciclismo. Filippo, con molto imbarazzo, ammette con l'amico di aver fatto uso di doping e racconta i suoi vissuti di allora e di oggi nei momenti in cui ci ripensa, e i suoi sentimenti in proposito.

Ferdinando si arrabbia, lo rimprovera, si sente tradito come amico e ingannato come atleta a causa del comportamento sleale di Filippo.

Filippo si vergogna e chiede scusa all'amico, teme di avere rovinato per sempre una bella amicizia. Ferdinando lo ascolta con attenzione e si rende conto che in realtà Filippo è stato un debole, che ha usato il doping perché era profondamente insicuro delle sue capacità di poter vincere onestamente.

Viene quindi attivato un dibattito con il gruppo per riflettere insieme sul vissuto – anche a distanza di anni – di un campione che deve le proprie vittorie per un uso di sostanze dopanti e non alle sue reali capacità. Infine, verrà effettuata una riattualizzazione da parte del conduttore sulle informazioni già proposte precedentemente sulle conseguenze nocive del doping per l'organismo.

ATTIVITÀ 5: NON FARTI MALE

Obiettivo: aumentare la capacità di assumersi delle responsabilità rispetto alla propria salute e a quella dei propri conoscenti.

Descrizione: attraverso la tecnica della *dispeer education* gli studenti del triennio vengono attivati a studiare gli effetti nocivi delle varie sostanze dopanti sull'organismo e a preparare del materiale informativo per realizzare degli incontri di informazione e di sensibilizzazione sul tema del doping con i ragazzi del biennio, durante i quali si attiva un dibattito per riflettere insieme sui danni fisici e psicologici prodotti dal doping. I ragazzi che hanno partecipato agli incontri procederanno alla preparazione di materiale che verrà inserito sul sito della scuola, sui danni a breve, medio e lungo termine prodotti dal doping. Alcuni esempi sul sito: <http://www.asinochidoping.it> (ultima consultazione 29/09/2008).

Bibliografia

1. Agosti A. I giovani di fronte al doping: metodologie didattiche formative per imparare ad educare al diniego consapevole e responsabile. In: Serpelloni G, Rossi A (Ed.). *Doping: aspetti medici, nutrizionali, psicopedagogici, legali ed etici e indicazioni per la prevenzione*. Vago di Lavagno: Tipografia La Grafica; 2006.
2. Belli S, Vanacore N. Proportionate mortality of Italian soccer players: is amyotrophic lateral sclerosis an occupational disease? *Eur J Epidemiol* 2005;20:237-42.
3. Brass EP. Supplemental carnitine and exercise. *Am J Clin Nutr* 2000;72:618S-623S.
4. Brass EP. Carnitine and sports medicine: use or abuse? *Ann NY Acad Sci* 2004;1033:67-78.
5. Becherini D *et al.* *I giovani livornesi e il doping*. Azienda USL n 6 Livorno, Unità Funzionale Medicina dello Sport, 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sportpro.it/doping/ricerche/livornodop05.htm>; ultima consultazione 14/9/2009.
6. Berggren A, Ehrnborg C, Rosén T, Ellergård L, Bengtsson B, Caidahl K. *et al.* Short-term administration of supraphysiological recombinant human growth hormone (GH) does not increase maximum endurance exercise capacity in healthy, active young men and women with normal GH-insulin-like growth factor I axes. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:3268-73.
7. Bhasin S, Storer TW, Berman N, Callegari C, Clevenger B, Phillips J, Bunnell TJ, Tricker R, Shirazi A, Casaburi R. The effects of supraphysiologic doses of testosterone on muscle size and strength in normal men. *New Engl J Med* 1996;335:1-7.
8. Bhasin S, Woodhouse L, Casaburi R, Singh AB, Bhasin D, Berman N, Chen X, Yarasheski KE, Magliano L, Dzekov C, Dzekov J, Bross R, Phillips J, Sinha-Hikim I, Shen R, Storer TW. Testosterone dose-response relationships in healthy young men. *Am J Physiol Endocrinol Metab* 2001;281:E1172-E1181.
9. Calfee R, Fadale P. Popular ergogenic drugs and supplements in young athletes. *Pediatrics* 2006;117:e577-89.
10. Cerulli J, Grabe DW, Gauthier I, Malone M, McGoldrick MD. Chromium picolinate toxicity. *Ann Pharmacother* 1998;32:428-31.
11. Clancy SP, Clarkson PM, DeCheke ME, Nosaka K, Freedson PS, Cunningham JJ, Valentine B. Effects of chromium picolinate supplementation on body composition, strength, and urinary chromium loss in football players. *Int J Sport Nutr* 1994;4(2):142-53.
12. Colombani P, Wenk C, Kunz I. Effects of L-carnitine supplementation on physical performance and energy metabolism of endurance-trained athletes: a double-blind crossover field study. *Eur J Appl Physiol Occup Physiol* 1996;73:434-9
13. Dawson RT. Drugs in sport - the role of the physician. *J Endocrinol* 2001;170:55-61.
14. Delbeke FT, Desmet N, Debackere M. The abuse of doping agents in competing body builders in Flanders (1988-1993). *Int J Sports Med* 1995;16:66-70.
15. Ehrnborg C, Ellegård L, Bosaeus I, Bengtsson BA, Rosén T. Supraphysiological growth hormone: less fat, more extracellular fluid but uncertain effects on muscles in healthy, active young adults. *Clin Endocrinol* 2005;62:449-57.
16. Elkin SL, Brady S, Williams IP. Bodybuilders find it easy to obtain insulin to help them in training. *BMJ* 1997;314:1280
17. Elliot D, Goldberger L. Effects of a multidimensional anabolic steroid prevention intervention. The Adolescents Training and Learning to Avoid Steroids. *Am J Sport Med* 1996;20:1552-63.
18. Eklof AC, Thurelius AM, Garle M, Rane A, Sjöqvist F. The anti-doping hot-line, a means to capture the abuse of doping agents in the Swedish society and a new service function in clinical pharmacology. *Eur J Clin Pharmacol* 2003;59:571-7.

19. Evans NA. Gym and tonic: a profile of 100 male steroid users. *Brit J Sport Med* 1997;1:54-8.
20. Evans PJ, Lynch RM. Insulin as a drug of abuse in body building. *Br J Sports Med* 2003;37:356-7.
21. Franke WW, Berendonk B. Hormonal doping and androgenization of athletes a secret program of the German Democratic Republic government. *Clin Chem* 1997;43:1272-9.
22. Geyer H, Parr MK, Marlck U, Reinhart U. Analysis of non-hormonal nutritional supplements for anabolic-androgenic steroids - results of an international study. *Int J Sports Med* 2004;25:124-9
23. Gill DL, Gross JB, Huddleston S. Participation motivation in youth sports. *Int J Sport Psychol* 1983;14:1-14.
24. Hasten DL, Rome EP, Franks BD, Hegsted M. Effects of chromium picolinate on beginning weight training students. *Int J Sport Nutr* 1992;2:343-50.
25. Karlic H, Lohninger A. Supplementation of l-carnitine in athletes: does it make sense? *Nutrition* 2004;20:709-15.
26. Korkia P, Stimson GV. Indications of prevalence, practice and effects of anabolic steroid use in Great Britain. *Int J Sports Med* 1997;7:557-62
27. Laure P. Doping: epidemiological studies. *Presse Med* 2000;29:1365-72
28. Laure P, Lecerf T, Friser A, Binsinger C. Drugs, recreational drug use and attitudes towards doping of high school athletes. *Int J Sports Med* 2004;25:133-8
29. Leone R, Fumagalli G. Il doping: fenomeno con molti rischi. In: Filippi N, Fumagalli G, Sanguanini B, (Ed.). *Sport formazione umana società*. Padova: CLEUP; 2004. pp. 235-50.
30. Melia P, Pipe A, Greenberg L. The use of anabolic-androgenic steroids by Canadian students. *Clin J Sport Med* 1996;6:9-14
31. Messina M. Gli aspetti motivazionali dell'uso di sostanze dopanti. In: Serpelloni G, Rossi A (Ed.). *Doping: aspetti medici, nutrizionali, psicopedagogici, legali ed etici e indicazioni per la prevenzione* Vago di Lavagno: Tipografia La Grafica; 2006.
32. Nilsson S, Biagi A, Fridlund B. The prevalence of the use of androgenic anabolic steroids by adolescents in a county of Sweden. *Eur J Public Health* 2001;11:195-7.
33. Orlandini D. La prevenzione delle dipendenze e le nuove modalità di consumo. In: Serpelloni G, Macchia T, Gerra G, (Ed.). *Cocaina* Vago di Lavagno (Verona): Tipografia La Grafica; 2006. pp. 505-28.
34. Peyrebrune MC, Stoker K, Hall GM, Nevil ME. Effect of creatine supplementation on training for competition in elite swimmers. *Med Sci Sports Exerc* 2005;37:2140-7.
35. Pinato S, Mosele E. Super Ginseng? *Dialogo sui Farmaci* 2002;6:315-17.
36. Rich JD, Dickinson BP, Merriman NA, Thule PM. Insulin use by bodybuilders. *JAMA* 1998;279(20):1613.
37. Rickert VI, Pawlak-Morello C, Scheppard V, Jay MS. Human growth hormone: a new substance of abuse among adolescents? *Clin Ped* 1992;31:723-6.
38. Reverter JL, Tural C, Rosell M, Domínguez M, Sanmartí A. Self-induced insulin hypoglycemia in a bodybuilder. *Arch Intern Med* 1994;154:225-6.
39. Saugy M, Robinson N, Saudan C, Baume N, Avois L, Mangin. Human growth hormone doping in sport. *Br J Sports Med* 2006;40(suppl 1):35-9.
40. Scarpino V, Arrigo A, Benzi G. Evaluation of prevalence of "doping" among Italian athletes. *Lancet* 1990;336:1048-50.
41. Serpelloni G, Zermiani M, Rossi A, Dal Cengio D, Aldegheri F, il gruppo di lavoro "No doping". Indagine sullo stile di vita degli adolescenti che praticano attività sportiva nel territorio veronese. In:

- Serpelloni G, Rossi A (Ed). *Doping: aspetti medici, nutrizionali, psicopedagogici, legali ed etici e indicazioni per la prevenzione*. Vago di Lavagno: Tipografia La Grafica; 2006.
42. Stacy JJ, Terrell TR, Armsey TD. Ergogenic aids: human growth hormone. *Curr Sports Med Rep* 2004;3:229-33
 43. Stilger VG, Yesalis CE. Anabolic-androgenic steroid use among high school football players. *J Community Health* 1999;24:131-45
 44. Stray-Gundersen J, Videman T, Penttila I, Lereim I. Abnormal hematologic profiles in elite cross-country skiers: blood doping or? *Clin J Sport Med* 2003;13:132-7
 45. Trappe SW, Costill DL, Goodpaster B, Vukovich MD, Fink, WJ. The effects of L-carnitine supplementation on performance during interval swimming. *Int J Sports Med* 1994;15:181-5
 46. Videman T, Lereim I, Hemmingsson P. Changes in hemoglobin values in elite cross-country skiers from 1987-1999. *Scand J Med Sci Sports* 2000;10:98-102.
 47. Walker L, Bemben MG, Bemben DA, Knehans AW. Chromium picolinate effects on body composition and muscular performance in wrestlers. *Med Sci Sports Exerc* 1998;30:1730-7
 48. Yesalis CE, Bahrke MS. Doping among adolescent athletes. *Baillieres Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2000;14:25-35
 49. Yonamine M, Rodrigues Garcia P, De Moraes Moreau RL. Non-intentional doping in sports. *Sports Med* 2004;34:697-704.
 50. Zuccaro P, Rossi S, Carosi G, Martucci L, Mastrobattista L, Mattioli D, Maurilli V, Mazzola M, Mortali C, Solimini R, Pichini S, Pacifici R. *et al. Reporting system doping antidoping*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2006. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/Reporting%20System%202006.1175179021.pdf>; ultima consultazione 25/8/2009.

PREVENZIONE DELLE NUOVE DIPENDENZE IN ETÀ EVOLUTIVA

Angela Guarino, Grazia Serantoni, Mimma Tafà
Facoltà di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Dipendenze e nuove dipendenze

La lingua inglese compie una distinzione significativa tra i termini “*dependance*” e “*addiction*” che nella lingua italiana vengono tradotti con la stessa parola ossia dipendenza (Maddux & Desmond, 2000): in realtà con *dependance* si intende una dipendenza fisica e chimica, cioè la condizione in cui l’organismo, per funzionare, necessita di una determinata sostanza; con il termine *addiction*, invece, ci si riferisce alla dipendenza psicologica che spinge alla ricerca dell’oggetto senza il quale l’esistenza diventa priva di significato.

Recentemente si è accettato che alcuni comportamenti, come il giocare d’azzardo, il navigare in internet, ecc., possono generare dipendenza esattamente come una sostanza. Queste “azioni – situazioni” a forte rischio di dipendenza, in senso strettamente nosologico possono ricalcare, nella loro espressione patologica, la definizione e i criteri diagnostici che il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM IV-TR; APA, 2001) propone per la dipendenza da sostanza *tout court*.

Il DSM IV-TR definisce la dipendenza “...una modalità patologica d’uso della sostanza che conduce a menomazione e a disagio clinicamente significativi...” (APA, 2001, p. 214) e che deve vedere espressi i seguenti item diagnostici:

- la **tolleranza** corrisponde al bisogno di quantità notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l’intossicazione (o l’effetto desiderato), o a un effetto notevolmente diminuito con l’uso continuativo della stessa quantità di sostanza
- l’**astinenza** è una modificazione patologica del comportamento, con eventi fisiologici e cognitivi concomitanti. Dopo aver sviluppato spiacevoli sintomi di astinenza, la persona tende ad assumere la sostanza per attenuare o evitare quei sintomi, tipicamente facendo uso della sostanza durante tutto il giorno e iniziando presto dopo il risveglio (APA, 2001).

Queste definizioni, con la sostituzione della parola “sostanza” con “comportamento”, si prestano bene a definire la portata psicopatologica delle cosiddette *New Addictions* o *Behavioural Addictions* che, specificatamente all’età evolutiva, possono essere individuate nei seguenti comportamenti:

- dipendenza dalle nuove tecnologie: per esempio computer, internet, videogame, cellulari, ecc.
- dipendenza da sostanze non illegali: per esempio caffeina e derivati (come cioccolata, tè, ecc.), integratori alimentari, ecc.
- gioco d’azzardo patologico
- dipendenza affettiva
- shopping compulsivo.

Il rischio in età evolutiva

La *Life – span Theory* di Baltes e Reese (1986) sostiene che “...lo sviluppo ontogenetico non è caratteristica specifica di alcuna fase o stadio (infanzia o adolescenza) bensì abbraccia la totalità della vita. [...]Il processo di sviluppo si evidenzia in tal modo come realtà complessa e in quanto tale soggetto ad elevata variabilità individuale. Questo implica la necessità di considerare, oltre a fattori interni all'individuo, condizioni di vita storiche, familiari, sociali e culturali capaci di coodeterminare lo sviluppo dell'individuo. Si determina così l'esigenza di un approccio di ricerca di tipo interdisciplinare, attento agli aspetti di processo e interazione dei fattori oggetto di studio. In questa prospettiva il processo di sviluppo appare scandito da eventi critici che l'individuo deve affrontare nel suo percorso vitale di crescita. Tali eventi rappresentano punti di discontinuità nella vita del soggetto e ne impongono una ristrutturazione. La risoluzione dei compiti evolutivi da essi sollecitati non può in alcun caso qualificarsi come impresa privata ascrivibile unicamente a fattori maturativi e intraindividuali. Al contrario la risposta ai compiti di sviluppo appare fundamentalmente influenzata dalla rete di relazioni del soggetto.”

La preadolescenza e l'adolescenza sono un delicato momento di passaggio tra l'infanzia e l'età adulta e non solo, quindi, una fase della vita a sé, separata e senza contatti con le altre. Essa rappresenta un periodo sia di implementazione sia di sperimentazione:

- implementazione di tutte quelle capacità emergenti nell'infanzia (sviluppo cognitivo, pensiero logico, apprendimento relazionale, ecc.)
- sperimentazione di diversi tratti che poi si affineranno nell'adolescenza (pensiero ipotetico, coscienza sociale, desiderio di una relazione intima).

I tratti che emergono nei ragazzi, solitamente considerati adolescenziali, sono:

- la ricerca dell'autonomia psicologica
- il conflitto fra dipendenza e indipendenza dai genitori e dai grandi
- la costruzione di nuove coordinate relazionali con i pari
- la scoperta della sessualità
- la definizione di una identità sessuale
- la percezione del corpo che cambia in fretta
- la sperimentazione di un'immagine corporea di se stessi in continuo mutamento.

Sul piano cognitivo si realizza un'evoluzione che porta al pensiero ipotetico e a un'attribuzione causale più matura e strutturata, (Guarino, 2006).

È il periodo durante il quale i coetanei assumono un rilievo assai maggiore che in precedenza, ponendosi come un terzo polo di riferimento, accanto a quello costituito dalla famiglia e dalla scuola, e assumendo anzi, per certi aspetti della vita giovanile, un'importanza anche maggiore. Quasi universale è l'esperienza della diade amicale (l'amico del cuore), composta da preadolescenti dello stesso sesso, che condividono esperienze, si scambiano confidenze, e spesso si completano a vicenda dando al loro rapporto un carattere di esclusivismo che tende a venir meno solo nel corso dell'adolescenza, quando un giovane comincia ad accettare l'idea che l'amico preferito possa avere, oltre a lui, anche altri amici intimi.

Da quanto detto si deduce che sia proprio questa l'età in cui il processo di crescita causa l'inevitabile necessità motivazionale di “mettersi alla prova e misurare i propri limiti”. In questa fase il concetto di rischio può assumere una connotazione molto naturale di sperimentazione di sé, in cui il gruppo di pari può avere forti valenze di spinta.

La natura complessa e spesso sfuggente del rischio ha fatto sentire forte, soprattutto nella ricerca in psicologia dello sviluppo, la necessità di costruire e analizzare strutture teoriche che permettessero di spiegare sempre meglio il rischio, in special modo nella specificità delle relazioni comportamentali causa – effetto.

Il **rischio** può essere visto in due accezioni:

- a) **in senso transitivo**, nell'accezione di mettere a repentaglio, è inquadrato come attività spontanea e produzione volontaria di azioni al limite;
- b) **in senso intransitivo**, con il significato di correre il rischio, è una possibile chiave di lettura per comprendere i processi ontogenetici e ambientali che influenzano l'evoluzione longitudinale di modelli di comportamento individuale non adattivo attuati da un soggetto nel corso della vita. In questa accezione, le tre prospettive teoriche di ricerca emerse negli ultimi anni sono:
 - la **Prospettiva della Causalità Diretta** (fra un qualsiasi agente eziologico e un risultato maladattivo)
 - la **Prospettiva della Causalità Multifattoriale**
 - la **Prospettiva legata a meccanismi e processi psicologici specifici** come:
 - la resilienza (capacità a mantenere un discreto livello di adattamento anche in condizioni di vita particolarmente sfavorevoli)
 - capacità di giocare lungo un *continuum* che va dalla vulnerabilità al senso di protezione
 - la capacità di riconoscere i *turning points* fondamentali della vita e comprenderne le modalità sane di superamento.

Le prospettive teoriche sin qui proposte avallano soprattutto l'ipotesi del rischio come innato, cioè legato alla gestione delle pulsioni nel contesto di vita, che sono parte essenziale del vivere psichico.

Il rischio ha però anche una natura acquisita, strettamente e direttamente derivante dal clima sociale dell'ambiente in cui il giovane vive. Come sottolineato da una recente ricerca di Vieno, Santinello e Martini (2005), che in questo hanno preso in considerazione la teoria sulla relazione tra il clima sociale e il sostegno genitoriale di Dorsey e Forehand (2003), l'influenza dell'ambiente (anche il più pericoloso) non aumenta la tendenza al rischio se il ragazzo è sostenuto da una famiglia capace di mediare tra le "sirene adulanti" della realtà adulta ricca di stimoli e la necessità di non andare oltre.

Tra i più recenti modelli teorici che tentano di spiegare, attraverso paradigmi legati al funzionamento psichico, la tendenza a sperimentarsi nei comportamenti a rischio dei giovani possiamo annoverare:

- *sensation seeking* e *novelty seeking*: sono tratti di personalità tendenti a ricercare il piacere "autocentrato" sul corpo, proveniente cioè più dall'interno dell'individuo che da stimoli ambientali esterni. Essi cercano di spiegare la necessità continua e compulsiva di provare nuove e sempre più forti sensazioni. Queste ultime hanno l'obiettivo di sperimentare le possibilità che derivano, per il giovane, da un modo più personale e autonomo di vivere la propria identità sociale, relazionale e affettiva. "*L'esplorazione di sensazioni è strettamente connessa sia all'affermazione e alla sperimentazione di sé che alla ricerca di autonomia, poiché nel processo di costruzione della propria identità l'adolescente si trova a voler sperimentare nuovi stati di coscienza, ad esplorare differenti sensazioni fisiche, a provare emozioni prima sconosciute. [...] L'esplorazione di nuove sensazioni è particolarmente evidente nell'uso di sostanze psicoattive, nel comportamento sessuale, nella guida e nelle azioni pericolose. Anche in questo caso molti altri comportamenti, non dannosi per la salute e il benessere psicofisico, possono assolvere la stessa funzione; ne possono essere esempio il brivido dato da molte attività sportive, le emozioni suscitate dalla musica o da una poesia, le sensazioni provocate da un viaggio o da una vacanza.*" (Bonino, 2003, 41-44)
- *risk taking*: tratto di personalità tendente a ricercare un piacere più "eterocentrato", basato su dinamiche di sfida interpersonale e relazionale che permettono al ragazzo – alla ricerca

di autonomia decisionale e indipendenza psicologica – di mettere alla prova l’adulto con il quale si confronta e dal quale tende a separarsi al fine di individuarsi come possessore di una identità tutta personale.

Più sul versante della teoria fisiologica del rischio, Pellai e Boncinelli (2002, p. 26) affermano che il *risk taking* “può essere definito come la partecipazione in attività dall’esito incerto, che possono anche essere potenzialmente compromettenti per il benessere del soggetto, che dimostra di avere scarsa o assente conoscenza delle conseguenze ad esse correlate”. L’aspetto di trasgressione e superamento dei limiti insiti in questo modello assume le caratteristiche, da parte dell’adolescente, di volontarietà, di accettazione dell’incertezza dell’esito, di naturalità (se si leggono questi comportamenti come azioni necessarie per il superamento di un “rito di passaggio” necessario qual è il percorso dalla giovinezza alla vita adulta) e di negoziazione del rischio con l’ambiente socio-relazionale in cui l’adolescente stesso vive.

I fattori psicologici correlati ai comportamenti a rischio, presi in considerazione da questi modelli, possono raggrupparsi in due grandi insiemi: quelli che riguardano l’identità e quelli che riguardano le relazioni.

Identità

- Adulità
- Acquisizione e affermazione di autonomia
- Identificazione e differenziazione
- Affermazione e sperimentazione di sé
- Trasgressione e superamento dei limiti
- Percezione di controllo
- Esplorazione di sensazione
- Coping e fuga

Relazioni

Con i coetanei:

- Comunicazione
- Condivisione di azioni ed emozioni
- Rito di legame e di passaggio
- Emulazione e superamento
- Esplorazione delle reazioni e dei limiti

Con gli adulti:

- Esplorazione delle reazioni e dei limiti
- Differenziazione e opposizione (Bonino, 2003).

Gioco d’azzardo patologico

Tra le nuove dipendenze senza sostanza tossica, il gioco d’azzardo patologico (GAP) è ampiamente diffuso nella popolazione generale e soprattutto in adolescenza, anche se talvolta si rivela difficile in tale fase evolutiva identificare la vera problematicità del comportamento (Del Miglio, 2005). La sua componente più semplice, ossia il gioco, rientra nelle attività ludiche dell’individuo, quelle che hanno l’abilità di favorire la sua crescita, la sua socializzazione, rappresentando un piacevole svago che consente peraltro di sperimentare l’emozione del rischio (Lavanco & Varveri, 2005). Come suggerisce Steiner (1996), il gioco d’azzardo può rappresentare un rifugio della mente, fornendo all’individuo l’opportunità di saggiare una realtà parallela a quella della routine quotidiana, in cui ci si sente finalmente liberi da obblighi e doveri inevitabilmente presenti nella vita di ognuno. In questi termini, tale comportamento non

implica dei rischi particolari per il soggetto, rappresentando anzi una possibilità di evasione rispetto alle tensioni della quotidianità; tuttavia in alcuni casi il gioco rappresenta un'abitudine ricorrente, un desiderio irrefrenabile che il soggetto non è capace di controllare ed è questo comportamento che può esitare in una vera e propria dipendenza.

Il gioco d'azzardo fa parte dei **giochi di alea** ossia di quei giochi il cui tentare la sorte e affrontare il rischio implicano un grado di incertezza rispetto all'esito che tuttavia non è in grado di influenzare l'efficacia e la validità dello stesso.

Tenendo conto del progresso che ha caratterizzato il mercato del gioco, se prima gli individui si dedicavano ai giochi informali, attualmente sono le nuove forme di gioco d'azzardo, ossia le lotterie, le *slot machine*, le sale Bingo, i giochi d'azzardo online e le scommesse, a costituire un'adeguata evasione per gli individui. Secondo Croce (2001), in questo caso si tratta di un nuovo tipo di gioco rispetto al passato, ossia solitario, decontestualizzato (ad ogni ora e ad ogni luogo), con regole semplici che ne consentono una facile accessibilità e per questo rivolto ad ampie fasce di interlocutori tra cui gli adolescenti, tra i quali è molto diffuso attualmente il gioco delle macchine videopoker. Nell'ipotesi di Lavanco e Varveri (2005) in questo modo i ragazzi riescono a far fronte a molteplici aspetti della loro esperienza adolescenziale, come ad esempio fronteggiare il sentimento di noia che li caratterizza, la possibilità di competere con i propri compagni, il desiderio di avere denaro. Non ultimo il fatto che alcune di tali opportunità risultano facilmente accessibili all'individuo nella vita quotidiana sul suo territorio, come ad esempio le *slot machine* e i videopoker, macchine ludiche che possono condurre ad esiti psicopatologici, proprio perché in grado di esitare in situazioni di abuso vere e proprie. Gli stessi autori riassumono i tre fattori che hanno contribuito alla recente diffusione del gioco d'azzardo tra le fasce giovanili della popolazione, una peculiarità che non si limita certamente all'Italia, ma che tocca diverse parti del mondo:

- l'aumento della liberalizzazione, la maggiore tolleranza, la legittimità del gioco, fino all'incoraggiamento verso il gioco d'azzardo sviluppatosi in questi ultimi anni e considerato come innocuo
- la ritardata consapevolezza del problema
- una scarsa diffusione dei programmi informativi e preventivi per la costruzione di una coscienza collettiva sui problemi legati al gioco.

Criteri diagnostici

Nel 1980 l'*American Psychiatric Association* (APA) inserisce il Gioco d'Azzardo Patologico nella terza versione del DSM, stabilendo dei criteri diagnostici precisi per identificare correttamente il disturbo. Viene così introdotto il concetto di disturbo da gioco d'azzardo (*gambling*), che diventa una nuova categoria diagnostica e di conseguenza un disturbo psichiatrico specifico.

Nel DSM IV-TR, il gioco d'azzardo patologico, viene definito come un "*comportamento persistente, ricorrente e maladattivo, tale da compromettere le attività personali, familiari o lavorative*" e vi si correlano disturbi quali: distorsioni del pensiero, bassa tolleranza alla frustrazione e irrequietezza, disturbo del controllo degli impulsi, antisocialità, deficit attentivi, dipendenza da sostanze, ecc.

Il *pathological gambling*, è stato inserito come categoria diagnostica autonoma nei Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove. Questa categoria comprende la Cleptomania, la Piromania, la Tricotillomania, il Disturbo Esplosivo Intermittente e il Disturbo del Controllo degli Impulsi Non Altrimenti Specificato. Alla base di tali disturbi, lo stesso manuale indica l'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per gli altri. Tali disturbi hanno in comune

elementi di tensione ed eccitamento pre-azione, di modo che l'individuo continui in seguito parossisticamente a provare forte gratificazione o sollievo nell'atto di compiere l'azione stessa. I sentimenti, d'altro canto, più comuni nell'individuo dopo che ha compiuto l'azione sono il rimorso e un senso di colpa evidente. (APA, 2001, p. 707).

Epidemiologia

Come di recente riportano alcuni autori (Lavanco & Varveri, 2005), il dato riguardante la popolazione generale indica come negli Stati Uniti il 3% di questa è giocatore d'azzardo (Croce, 2001), analogamente a quanto si registra in Italia secondo gli studi di Spazzapan (2001).

La diffusione del gioco d'azzardo problematico riguarda attualmente proprio il mondo adolescenziale: da una ricerca effettuata in Gran Bretagna su un campione di 10.000 studenti adolescenti è emerso che il 5,6% di essi presenta dei problemi legati al GAP (Fischer, 2000), dato confermato, dal fatto che le dichiarazioni della maggior parte dei giocatori patologici indicano come età d'inizio dell'attività di gioco quella dell'adolescenza, ossia 14-15 anni (Lavanco & Varveri, 2005).

Recenti ricerche effettuate in Europa, negli Stati Uniti, in Canada e in Australia, riportano che il 24-40% dei ragazzi gioca d'azzardo con una frequenza settimanale, il 3,5%-8% dei soggetti al di sotto dei 18 anni di età sono giocatori patologici e il 10-14% rappresentano dei giocatori a rischio di sviluppare gravi problemi con il gioco d'azzardo (Nower, 2004).

In generale le ricerche documentano che la fascia di età compresa tra i 18 e i 30 anni costituisce quella più colpita da questo tipo di dipendenza, con una presenza di giocatori patologici di 2-3 volte superiore rispetto a quella degli adulti (Baiocco, 2005).

Il genere e l'età influiscono sul comportamento di gioco: ad esempio è emerso che i maschi e gli adolescenti più grandi di età giocano d'azzardo con una maggior frequenza rispetto alle ragazze e ai soggetti più giovani. Un fattore predittivo significativo è rappresentato anche dall'età di inizio nello sviluppo dei fattori successivi riguardanti il gioco, infatti, i ragazzi maggiormente problematici iniziano a giocare più precocemente rispetto agli altri.

Nello specifico del panorama italiano, segnaliamo una ricerca effettuata su 300 adolescenti tra cui il 67,3% gioca d'azzardo anche se non in modo problematico, l'8,4% è in una condizione di rischio e il 2,3% risulta patologico. Lo stesso gruppo di studio, inoltre, ha verificato su un gruppo di esperti che lavorano con adolescenti e giovani adulti che già intorno ai 13 anni si evidenziano comportamenti problematici, mentre verso i 17 anni possiamo parlare di dipendenza vera e propria (Baiocco, 2004).

La prevalenza è influenzata sia dalla disponibilità del gioco d'azzardo che dalla durata della disponibilità: con l'aumentare del numero di giochi d'azzardo legalizzati vi è un conseguente aumento del GAP. Questo dovrebbe elicitare un intervento non solo su micro-livelli (interventi psico-educativi sul singolo) ma anche su macro-livelli (interventi a livello sociale, normativo, ecc.). Gli studi di comunità riferiscono, su popolazione americana, tassi di prevalenza più elevati, dal 2,8% all'8%, negli adolescenti e negli studenti universitari.

Il GAP inizia nella prima adolescenza nei maschi e più tardi nelle femmine: il decorso è spesso insidioso e lento, caratteristiche che rendono difficile l'individuazione del problema che, latente, può "scoppiare" in maniera brusca anche e soprattutto in concomitanza con eventi di vita stressanti. L'impulso e l'attività di GAP aumentano, infatti, durante periodi di stress o di depressione (APA, 2001) (Tabella 1). La modalità di gioco può essere regolare o episodica, e il decorso è, purtroppo, sempre più spesso cronico.

Così come per la Dipendenza da Alcol, anche per il GAP la familiarità della trasmissione del comportamento patologico è alta.

Tabella 1. Criteri diagnostici per il Gioco d'azzardo patologico (APA, 2001)

CRITERI	Descrizione
CRITERIO A	È eccessivamente assorbito dal gioco d'azzardo (ad es. nel rivivere esperienze trascorse relative, nel valutare e programmare la successiva avventura di gioco, o nel pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare).
CRITERIO B	Ha bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata.
CRITERIO A1	Ha ripetutamente tentato senza successo di controllare, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo.
CRITERIO A2	È irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
CRITERIO A3	Gioca d'azzardo per sfuggire ai problemi o per alleviare un umore disforico (es. sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione).
CRITERIO A4	Dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (rincorrendo le proprie perdite).
CRITERIO A5	Mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
CRITERIO A6	Ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo.
CRITERIO A7	Il soggetto può aver messo a repentaglio o aver perso una relazione significativa od opportunità scolastiche – lavorative a causa del gioco.
CRITERIO A8	Il soggetto può fuggire, scaricando sulla famiglia o su altri una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

Tipologie di giocatori

Dai sintomi elencati nel DSM scaturiscono varie tipologie di giocatori, da qui la necessità di identificare la condotta psicopatologica vera e propria da quello che è il gioco puramente sociale; dobbiamo così tenere presente un *continuum* che da una parte prevede un approccio inoffensivo al gioco d'azzardo, che potremmo chiamare *gioco sociale*, fino a giungere ad un atteggiamento abusante dello stesso, definito appunto *gioco patologico* (Croce, 2002; Lavanco & Varveri, 2005); la posizione intermedia è occupata dai giocatori problematici la cui evoluzione è ancora incerta, pur presentando degli elementi di problematicità.

I giocatori non problematici e/o giocatori sociali si distinguono attraverso due gruppi: giocatori occasionali e giocatori abituali. Si tratta di una tipologia di individui che giocano solo per divertirsi, per trascorrere il tempo, desiderando di vincere. I giocatori sociali non presentano alcuni dei criteri riportati dal DSM per il gioco patologico.

I giocatori problematici (*problem gamblers*) manifestano da 1 a 4 dei criteri menzionati dal DSM-IV: essi stanno perdendo o hanno perso il controllo sul gioco, che comincia a pervadere le aree di vita più importanti, portando verso una serie di problematiche. Sono giocatori a rischio di divenire patologici, ma non è detto che tutti i giocatori di questa tipologia lo diventeranno automaticamente e rappresentano una parte più ampia della popolazione.

I giocatori patologici presentano almeno 5 dei criteri riportati dal DSM; pur sapendo che il gioco pervade le diverse aree della loro vita (personale, matrimoniale, familiare, lavorativa) il giocatore patologico si distingue per un'irrefrenabile impulso al gioco che non è capace di controllare. Questo tipo di dipendenza è rappresentata da una minoranza della popolazione generale e i soggetti con tale disturbo giocano non tanto per il guadagno materiale, quanto per il piacere di giocare.

Tenendo presente l'inquadramento diagnostico che caratterizza attualmente il GAP, negli ultimi anni si è fatta strada l'ipotesi che tra gioco d'azzardo patologico e abuso di sostanze ci siano delle chiare interconnessioni: "*bere, usare droghe, abusare della rete, giocare d'azzardo sono forme di dipendenza assimilabili, e per certi aspetti sovrapponibili*" (Lavanco e Varveri,

2005, p. 212). Al punto che alcuni autori non condividono la collocazione diagnostica del GAP nella categoria dei Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove e propongono di inquadrarli nella categoria dei Disturbi Correlati a Sostanze in cui sono inseriti i comportamenti di dipendenza da sostanza. Infatti confrontando i criteri diagnostici utilizzati per il GAP e per le dipendenze da sostanze le somiglianze sono numerose (APA, 2001). Ad esempio nella tolleranza, ossia il bisogno di aumentare la sostanza, analogamente a quanto avviene con le somme di denaro per raggiungere lo stesso effetto eccitante; il *carving*, ossia il forte impulso personale ad usare in un caso la sostanza e nell'altro a mettere in atto il comportamento del gioco; la pervasività della sostanza e del comportamento di gioco rispetto all'esistenza del soggetto nelle varie aree della sua vita; la sindrome di astinenza nel caso della sostanza analogamente all'irrequietezza o all'irritabilità quando l'individuo tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo. E ancora in entrambi i casi, il coinvolgimento completo dell'individuo nella sostanza e nel gioco e di conseguenza la sua scelta di attività illecite e il progressivo deterioramento delle sue relazioni interpersonali significative.

Fattori di rischio

Dall'analisi degli studi presenti in letteratura emerge una spiegazione dell'insorgenza dei comportamenti d'azzardo non riconducibile ad un'unica causa, ma connessa a molteplici fonti che hanno a che fare con le esperienze di vita del soggetto e che hanno definito la sua personalità, così come il suo ambiente di vita e quindi l'impatto che il gioco ha avuto nella sua esistenza.

È comunque necessario individuare dei fattori di rischio specifici di un disturbo, al fine di poter programmare delle azioni preventive efficaci: nel caso del GAP svolgono un ruolo significativo le caratteristiche di personalità del soggetto. Un aspetto della personalità frequentemente indagato nel caso del gioco d'azzardo è il *sensation-seeking* ossia la ricerca del rischio e delle sensazioni eccitanti: è stato dimostrato che esso è connesso positivamente alle esperienze del gioco d'azzardo (Breen & Zuckerman, 1999). In questo caso il soggetto è orientato alla ricerca del rischio, è spinto dal desiderio di ricercare sensazioni sempre nuove per una forte sensibilità alla noia. In particolare, Zuckerman (1979) ha indagato questa variabile psicologica che, come altri tratti di personalità, ha delle basi biologiche, ma risulta influenzata anche dall'ambiente sociale. L'autore ha elaborato la *Sensation Seeking Scale V* (1978) al fine di misurare, tramite un questionario, questo tratto di personalità, assumendo che chi ottiene un punteggio alto alla scala ha un maggiore bisogno di stimolazioni rispetto a chi ottiene un punteggio basso. In particolare, secondo l'autore agli individui piace il rischio di perdere, poiché innesca in loro forti eccitazioni, sia durante l'attesa del risultato del gioco, che successivamente alla stimolazione per la vincita.

Il *Sensation-Seeking* è un tratto di personalità descrivibile lungo quattro dimensioni: brivido e ricerca di avventura, ricerca di esperienza, disinibizione e suscettibilità alla noia, è correlato a tratti di personalità primari (Zuckerman 1993; Zuckerman, 1994), ed è una dimensione riconducibile a modelli teorici fattoriali della struttura di personalità (Tabella 2). La scala del *Sensation-Seeking* si è rivelata un valido e attendibile strumento per determinare le espressioni comportamentali degli individui riguardo ai tratti fondamentali del *Sensation-Seeking* stesso ed è stata poi inglobata nello *Zuckerman-Kuhlman's Personality Questionnaire* (1994) che è uno strumento più ampio di indagine delle dimensioni di personalità.

Infine, è stata dimostrata la correlazione tra il NEO *Personality Inventory* (NEO-P-I-R; Costa & McCrae, 1992) e lo *Zuckerman-Kuhlman's Personality Questionnaire* (ZKPQ; Zuckerman, 1994) che ha evidenziato relazioni significative tra la scala di *Impulsive Sensation Seeking* (ImpSS) e le scale dell'apertura alle esperienze, della disinibizione e della suscettibilità verso la noia.

Tabella 2. Note riassuntive delle dimensioni indagate dai cinque principali modelli teorici sulla struttura di personalità

Modelli	Tratto di personalità	Tratto emozionale	Meccanismo
Eysenck (1992)	Estroversione Neuroticismo Psicoticismo	Spensierato, aperto Ansioso,depresso Alta emotività aggressivo,ostile, freddo (affetti poco positivi)	Bassa condizionabilità, arousal basso o corticale. Alta condizionabilità Alto <i>arousal</i> automatico
Tellegen (1985)	Emotività positiva Emotività negativa Costrizione	Affetti positivi affetti negativi	Capacità edonica sensibilità ansietà, comportamento inibito-impulsivo
Gray (1991)	Impulsività [alta (E), alta(N), alto (P)] Ansia [alto (N), basso (E) e (P)] Fight-flight (attacco e fuga)	Affetti positivi, euforia Ansia (anticipatoria) Rabbia e/o panico (alto (P))	Comportamenti di approccio, sensibilità a segnali di rinforzo inibizione del comportamento, sensibilità ai segnali di punizione sensibilità ad incondizionati non- rinforzi e punizioni
Costa & McCrae (1992)	Estroversione Neuroticismo	Emozioni positive, cordialità Ansia, depressione, Ostilità	
Zuckerman (1994)	Socialità Neuroticismo SS impulsivo Aggressività-ostilità	Affetti positivi Ansia e depressione Affetti positivi di SS Ostilità	Comportamento d'approccio, generalizzata aspettativa di rinforzo inibizione del comportamento, generalizzata aspettativa di rinforzo, comportamento d'approccio e di disinibizione aspettativa di alto rinforzo e bassa punizione

NB: sono presentati quattro dei cinque fattori del modello di Zuckerman e Kuhlman e due dei cinque fattori del modello di Costa & McCrae

Il tratto predominante del *Sensation-Seeking* misura la predisposizione ad esperire comportamenti (anche pericolosi) caratterizzati da un alto livello di piacere. La preferenza a ricercare diverse, sempre nuove, rischiose, eccitanti e complesse esperienze è un fattore di rischio per il Sé, associato appunto al *Sensation-Seeking*; il rischio può essere fisico, legale, finanziario, relazionale o sociale (Zuckerman, 1994). Per alcuni individui il rinforzo dato dal raggiungimento del piacere supera di molto ogni possibile punizione o rischio nell'intraprendere un'attività rischiosa o pericolosa, comunque per coloro che sono portati a intraprendere attività a rischio, le opzioni possono essere varie e includono: uso e abuso di alcol, uso e abuso di droghe, attività sessuali promiscue, gioco d'azzardo, sport estremi e altre forme di attività ricreative non comunemente condivise. Questo tratto di personalità influenza anche le scelte professionali indirizzando le persone a scegliere professioni rischiose, prive di noia, piene di sfida, ecc. Coloro che hanno alti livelli di *Sensation-Seeking* interpretano il mondo in maniera differente rispetto ai non *Sensation-Seekers*. Gli individui che hanno un basso livello di *Sensation-Seeking* generalmente valutano il rischio e le situazioni stressanti come pericolose per loro, relatrici di conseguenze negative difficilmente rimediabili in tempi brevi; chiaramente coloro che hanno un alto livello di *Sensation-Seeking* hanno un comportamento contrario a questo (Horvath & Zuckerman, 1993).

Dipendenze tecnologiche

In questa categoria sono incluse quelle nuove forme di dipendenza senza sostanza che si caratterizzano per un'eccessiva interazione uomo-macchina.

In un recente studio di Yuen & Lavin (2004) sul ruolo della timidezza nell'uso eccessivo (sino alla patologia da dipendenza) di internet per stabilire contatti interpersonali, si sostiene che, a differenza di ogni altra "nuova dipendenza", nelle dipendenze tecnologiche non gioca un ruolo fondamentale il tratto psicologico della *sensation seeking*; anzi, la ricerca di nuove sensazioni e del rischio è molto basso, se non assente, nei soggetti a rischio di dipendenza tecnologica. Un altro studio ha sottolineato, altresì, come un carattere melanconico, la paura del nuovo e delle sfide e una tendenza patologica alla depressione sono fattori di rischio altamente indicativi per lo sviluppo di questa dipendenza (Hall & Parsons, 2001), la quale ha anche implicazioni di tipo sociale. Alonso-Fernandez (1999) sostiene che queste nuove forme sono connesse all'evoluzione del progresso tecnologico che ha creato le condizioni affinché si potessero modificare le abitudini delle persone e quindi il loro modo di esprimersi nelle situazioni patologiche. Esse consentono la costruzione di *mondi virtuali* che procurano piacere e gratificazione, non solo per il contenuto a cui danno la possibilità di accedere, ma anche per l'uso stesso degli strumenti che ne consentono la realizzazione. Pensiamo ad esempio ad internet che può rappresentare al contempo uno strumento di divertimento e di svago, ma anche servire per la costruzione di un mondo alternativo a quello reale, in cui l'individuo è autorizzato a spogliarsi della sua identità normalmente assunta nel mondo reale. In questo modo l'uso di internet può costituire una dipendenza capace di nascondere delle problematiche più profonde. Come suggerisce il Rapporto dell'Eurispes del 2005 sulle abitudini più diffuse tra i giovani, ai vantaggi offerti dalla diffusione delle tecnologie si affianca una problematica nuova che concerne la capacità della tecnologia di attirare su di sé l'attenzione degli individui in maniera smisurata, in modo da creare dipendenze (alla stregua di alcol, sostanze stupefacenti, ecc).

Nelle dipendenze da tecnologia sono incluse, oltre ad internet, anche un'altra serie di attività quali il guardare la TV, l'uso del computer, giocare ai videogiochi, l'uso del cellulare e delle linee telefoniche erotiche.

Internet Addiction Disorder

La dipendenza da internet (*Internet Addiction Disorder*; IAD) è assimilabile al gioco d'azzardo nella caratteristica di disturbo del controllo degli impulsi. Tuttavia è possibile sottolineare un aspetto significativo di differenza, relativo alla **dimensione interpersonale**. Nel caso dello IAD, l'individuo manifesta delle difficoltà comunicativo-relazionali, che si manifestano con il comportamento di evitamento attraverso cui il soggetto si rifugia nella rete per sfuggire a queste difficoltà. Il GAP può sfociare in condotte antisociali anche se generalmente causa la perdita di relazioni affettive, delle attività lavorative, personali e familiari o scolastiche. Ancora non è chiaro il limite che separa l'uso dall'abuso di internet, ma sono ormai certe le conseguenze di un utilizzo esagerato della rete che conduce l'individuo ad essere vittima di una serie di problematiche nella sfera relazionale (si intenda quella familiare e scolastica) in modo da rimanere assorbito nella sua esperienza virtuale.

L'*Internet Addiction Disorder* può manifestarsi attraverso varie forme, che sono sintetizzate di seguito (Cantelmi, 2000).

- **Cyber-Relational Addiction**: è la tendenza ad instaurare i rapporti affettivi e di amicizia tramite internet con persone conosciute online, piuttosto che preferire le relazioni familiari e sociali "non virtuali". Tale forma di dipendenza si sviluppa solitamente con le

chat, ma anche con i *newsgroup* e i messaggi di posta elettronica. La ragione di questa preferenza per le relazioni virtuali consiste nella possibilità di assumere identità in parte o del tutto fittizie, sulla base di come ad un individuo “piacerebbe essere”. In questo modo, con maggiore facilità e velocità di quanto succeda nei rapporti personali, per via telematica si giunge ad un’intimità che consente di costruire delle relazioni online in grado di allontanare il soggetto dal mondo reale, dandogli la possibilità di vivere in un mondo alternativo in cui le persone sono idealizzate.

- **Computer Addiction:** è la tendenza alla partecipazione ai giochi di ruolo online, come i MUD, giochi di ruolo interattivi a cui il soggetto prende parte attraverso un’identità fittizia. Riguarda soprattutto gli adolescenti, specie se poco integrati nel contesto sociale, soli e trascurati dall’ambiente familiare, ed essi rappresentano una fra le categorie più a rischio; nel gioco ogni partecipante interpreta un personaggio e si immedesima con esso nell’azione e nel pensiero, proiettando su di esso i suoi desideri e le sue illusioni, con il rischio della depersonalizzazione e della difficoltà a distinguere fra contesto ludico e realtà.
- **Cybersexual Addiction:** si tratta sia della ricerca di materiale pornografico in rete (immagini, giochi e film), sia di relazioni erotiche tramite posta elettronica e chat room.
- **Net Compulsion:** i tre principali comportamenti compulsivi che si possono mettere in atto tramite internet sono il gioco d’azzardo, la partecipazione ad aste online, il commercio in rete.
- **Information Overload:** si intende la ricerca di informazioni tramite la navigazione in rete. Per via telematica è possibile trovare una risposta per ogni quesito e il rischio è, per quanti utilizzano tale mezzo, di rimanere travolti dalla mole vastissima di informazioni presenti online.

Epidemiologia

La Barbera (2005) indica in un dato compreso tra 80.000 e 100.000 individui, il numero dei soggetti che praticano attualmente in Italia attività sessuali tecnomediate (cybersesso, sesso virtuale o sesso online) come modalità esclusiva di esperienza sessuale.

Per quanto riguarda la diffusione del gioco del bingo e del videopoker in Italia, in una recente ricerca effettuata dall’Università di Palermo (Lavanco & Varveri, 2006), viene indicata dagli autori una cifra attuale pari a 20.000 videopokeristi dipendenti (peraltro in crescita), dato che costituisce un allarme sociale. In maniera analoga per il bingo emerge una situazione problematica. Ricerche condotte negli Stati Uniti, Spagna e Gran Bretagna riportano che il 10% dei giocatori di bingo è, infatti, a rischio di dipendenza.

Per quanto riguarda fasce di età infantile e adolescenziale, sempre La Barbera (2005) suggerisce come il problema delle dipendenze tecnologiche attuale abbia risvolti certamente delicati, se si pensa che sono circa 450.000 gli utenti della rete da 0 a 10 anni, questo significa che oltre il 20% dei bambini italiani delle elementari naviga in internet, mentre circa 2.200.000, ossia il 75% sono quelli che utilizzano il computer con regolarità.

L’indagine Junior (DOXA; Istituto per le Ricerche Statistiche e l’Analisi dell’Opinione Pubblica, 2002) ha rilevato che su 2.579 ragazzi tra i 5 e i 13 anni, il 23% ha un cellulare personale, molti navigano su internet, utilizzano videogiochi e dvd. Un uso esagerato del cellulare è lamentato dal 30% dei genitori; nel 44% dei casi nella stanza dei giovani sono presenti computer, playstation e videoregistratori. La percentuale dei ragazzi che utilizza internet è passata dal 7% nel 2000 al 16% nel 2002; il 38% dei ragazzi utilizza internet per inviare e ricevere e-mail, il 30% per scaricare musica e il 25% per leggere siti in inglese.

I dati più recenti del Rapporto Eurispes (2005) depongono a favore della diffusione delle tecnologie nelle famiglie italiane. In particolare, il nostro paese occupa una posizione da *leadership* nella capacità di assorbimento delle tecnologie connesse alla telefonia mobile: l'87% delle famiglie infatti possiede uno o più telefoni cellulari (dato del 2004); il tasso di penetrazione dei computer è pari al 52% e internet è presente nel 46% delle famiglie, di cui ben il 42% ne fa un effettivo utilizzo. Le famiglie italiane, inoltre, rispetto ai paesi più sviluppati, si collocano al top nella penetrazione di cellulari personali tradizionali. È stata rilevata anche una quota crescente di navigatori che ha meno di 14 anni (8%); il 62% dei bambini fra i 10 e i 13 anni di età possiede una connessione internet domestica ed ha sviluppato in giovanissima età un rapporto particolarmente intenso con la rete. Seguono i bambini fra i 7 e i 9 anni, il 39% dei quali possono godere di un accesso alla rete direttamente a casa, contro il 20% dei bambini dai 2 ai 6 anni. Nel 2003 è la fascia di età 18-19 anni a registrare la maggiore percentuale di navigatori (63,6%).

Il Rapporto Eurispes traccia inoltre il trend del rapporto tra l'adolescente e la TV. Il 51,25% dei ragazzi intervistati guarda la TV da 1 a 3 ore al giorno, il 19,3% la segue meno di un'ora, il 12,8% da 3 a 5 ore, il 10,1% non guarda la TV tutti i giorni, il 5% la segue per più di 5 ore al giorno. Per quanto riguarda l'uso del computer, i dati confermano una grandissima diffusione tra i ragazzi: ben l'89,4% sa utilizzarlo e solo il 9,8% si caratterizza per un analfabetismo informatico. Per quanto riguarda il tipo di uso, la forma più diffusa risulta essere le informazioni di loro interesse che riguarda ben il 93,6% dei ragazzi che navigano in rete. Estremamente diffuse sono anche la ricerca di materiale per lo studio (83%) e l'abitudine di scaricare musica, film, giochi, video da internet (70,5%). La maggioranza dei giovani navigatori (53,7%) comunica tramite la posta elettronica, il 43,9% gioca con i videogiochi online, il 37,9% comunica tramite chat. Meno frequenti, la ricerca in rete di cose proibite (24,2%), la partecipazione a giochi di ruolo (18,6%), la partecipazione a forum (17,8%), la lettura dei blog (14%). Per quanto riguarda i tempi di navigazione, il 44,3% dei ragazzi non si connette ad internet tutti i giorni, il 9,7% lo fa dai 5 ai 30 minuti al giorno, il 10,2% da 30 minuti ad un'ora al giorno, il 7,5% da 1 a 2 ore al giorno, il 3,2% da 2 a 4 ore al giorno, il 4,3% oltre 4 ore al giorno. Per quanto riguarda l'uso del telefonino il 96,4% del campione degli adolescenti possiede un telefonino tutto suo: fra i ragazzi di 12-14 anni il telefonino personale è lievemente meno diffuso (93,3%) che fra quelli di 15-16 anni (98,9%) e quelli di 17-19 anni (97,7%).

Fattori di rischio

Secondo Couyoumdjian, Baiocco & Del Miglio (2006) il computer viene usato come un *amico elettronico* che sopperisce all'assenza di relazioni reali: la motivazione principale all'uso esagerato del computer secondo gli autori, risponde ad un'esigenza di socializzare, di rifugiarsi nella rete per contrastare la depressione, l'isolamento sociale, altri deficit di tipo fisico o psichico.

Sono state identificate (Cantelmi, 2000) due tipologie di individui che usano la rete: soggetti dipendenti da internet e soggetti con psicopatologia pregressa, in particolare disturbi dell'area affettiva o con tratti ossessivo-compulsivi. Inoltre, le personalità più a rischio sono quelle caratterizzate da tratti ossessivo-compulsivi e/o tendenti al ritiro nelle relazioni sociali, con problemi di inibizione nei rapporti interpersonali.

Per i minori, i nuovi mezzi di comunicazione presentano evidenti vantaggi e potenziali pericoli, possono migliorare la loro vita e indubbiamente la presenza di questi strumenti nelle scuole e nelle biblioteche ne rende ancora più facile l'accesso. In Italia, secondo il 5° Rapporto sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia di Telefono Azzurro/Eurispes, un

milione e mezzo di bambini delle elementari possiede e utilizza un computer, mentre 350 mila navigano in internet (Telefono Azzurro/Eurispes, 2004).

Oggi è possibile connettersi ad internet anche tramite la TV e il telefono cellulare, e i bambini sono in prima linea tra i nuovi utenti *tecnologici*, ma internet è un sistema globale e decentralizzato, quindi estremamente difficile da controllare. Ciò significa che non è facile proteggere gli utenti più vulnerabili, come sono appunto i bambini.

Internet, in virtù della propria rapidità, della possibilità di annullare le distanze, di garantire l'anonimato, del dare una sensazione virtuale di onnipotenza (in quanto supera i vincoli spazio temporali) e del consentire di esplorare aspetti differenti della personalità dell'individuo, può causare un'irrefrenabilità nell'impulso di essere in rete.

Un'indagine svolta dalla Società Italiana di Pediatria ha rivelato che quasi il 53% dei bambini che navigano su internet lo fanno fuori della supervisione degli adulti. Inoltre, circa il 52 % frequenta abitualmente le *chatline*, il 33 chatta non solo con i coetanei, il 66% vorrebbe incontrare le persone con cui chatta in rete (Gruppo di Studio Bambini Adolescenza e Media – SIP, 2000).

Mobile addiction

“Il telefono cellulare non ha solo un'utilità pratica ma riveste anche una valenza affettiva. Le funzioni tecniche del cellulare si accompagnano a funzioni psicologiche e queste ultime influenzano sia l'esperienza vissuta che il rapporto con le persone con cui si crea un contatto telefonico” (Guerreschi, 2003).

In riferimento ad uno studio di Muñoz-Rivas e Agustin (2005) l'uso patologico del cellulare è una delle dipendenze più difficili da individuare e trattare: il confine tra necessità e abuso è sottilissimo e la funzione sociale del telefonino (essere sempre “presenti”, sempre pronti ad intervenire nonostante la distanza, ecc.) troppo riconosciuto per essere messo in discussione.

Il telefonino può anche essere un avere illusorio, utile a negare la separazione e la consistenza reale dell'altro. Da tramite il cellulare è diventato un oggetto consolatorio, così come internet da mezzo di acquisizione di informazioni si è trasformato in un surrogato dei luoghi di ritrovo.

I telefonino-dipendenti non abbandonano mai il loro cellulare e ne fanno il mezzo prioritario di comunicazione; d'altro canto, il cellulare diventa l'unico e imprescindibile mediatore per entrare in relazione con l'altro. Il rapporto giornaliero che molti hanno con il loro telefonino è a rischio di psicopatologia: il primo indizio proviene dalla tendenza di ricorrere subito all'uso del cellulare per tamponare il disagio o per placare l'ansia. Difatti, la comunicazione mediata da un mezzo tecnologico permette di relazionarsi in base a schemi prefissati, quindi sicuri.

Il possesso del telefonino crea a poco a poco una barriera che ci separa dal mondo esterno e produce un rapporto peculiare e quasi privilegiato con l'oggetto che diventa fonte di piacere: l'interesse è quindi rivolto più al mezzo mediatico che allo scambio relazionale. *“Ricorrere ad una telefonata ogni volta che si presenta un disagio, come la sensazione di solitudine, finisce per renderci psicologicamente più fragili, quasi incapaci di convivere con una situazione di distacco e lontananza”* (Guerreschi, 2003).

Nuove dipendenze da sostanza: caffeina e integratori

La caffeina è una sostanza legale e naturale, così come gli integratori per l'aumento della massa muscolare, per il dimagrimento, ecc.; ha un'azione perlopiù eccitante e si trova in differenti fonti: caffè in tazza, bibite gassate, farmaci decongestionanti e antinfluenzali da

banco, cioccolato, tè, ecc. Se non si è a conoscenza delle diverse forme in cui si può assumere quotidianamente la molecola di caffeina (o se se ne abusa) si può andare incontro ai disturbi indotti da caffeina con relativa rilevanza clinica del fenomeno dell'astinenza da prodotti caffeinici, così come è riconosciuta dal DSM IV-TR (APA, 2001).

È di fondamentale importanza, dunque, quando si parla di sostanze legali e facilmente ottenibili, la corretta informazione ed educazione del giovane all'uso; ad esempio, dovrebbe essere basilare la disincentivazione (modificando le false credenze e le abitudini) dell'uso di caffeina come supporto allo studio o come mezzo per combattere gli effetti dell'alcol quando ci si accinge alla guida, in modo che l'adolescente prediliga una corretta igiene del sonno e un rifiuto dell'alcol prima di guidare, invece di un'intossicazione sistematica da sostanze caffeiniche o energizzanti. I disturbi indotti dalla caffeina possono essere così classificati (APA, 2001):

- *Disturbo d'ansia*
Specificare se: con insorgenza durante l'intossicazione.
- *Disturbo del sonno*
Specificare se: con insorgenza durante l'intossicazione.
- *Disturbo correlato alla caffeina non altrimenti specificato.*

Tutto questo ci dà la misura di come sempre di più stia cambiando il concetto di “*sostanza capace di dare dipendenza*”. Se prima abbiamo sottolineato come si possano e debbano ritenere anche determinati comportamenti capaci di dare dipendenza, ora è necessario rilevare come anche sostanze legali e socialmente accettate, come caffè, tè, cioccolata e integratori alimentari possano indurre dipendenza.

La sempre più forte richiesta di performance ad alto livello e il grande livello di stress indotto da queste, infatti, porterebbe ad una patologica assunzione di sostanze notoriamente eccitanti, ma non solo, come riportato da una recente ricerca di Roccella *et al.* (2005), specie negli adolescenti, lo stress si risolve spesso in un'attenzione eccessiva per le prestazioni del corpo con conseguente eccessiva assunzione di integratori alimentari (anche al limite della legalità, come la creatina), eccessiva attività fisica e possibile conseguente uso di steroidi anabolizzanti negli sportivi professionisti.

Epidemiologia

Nei paesi in via di sviluppo l'assunzione quotidiana di prodotti caffeinici è pari a 50 mg/giorno contro i quasi 400 mg/giorno o più dei paesi nord europei.

Tra i 20 e i 65 anni si registra la più alta percentuale di consumo di sostanze eccitanti naturali, dato legato all'aumento della percezione degli effetti collaterali (insonnia, agitazione, disturbi gastro-intestinali, aritmie, ansia, ipertensione, ecc.) in età avanzata con conseguente interruzione dell'assunzione di queste sostanze e, tra i consumatori, si evidenzia un picco nei giovani uomini. La caffeina, in particolare, viene assunta con regolarità dai 16 anni con un aumento parossistico tra i 20 e i 30 anni (APA, 2001).

Nuove dipendenze comportamentali: Shopping Compulsivo e *Love Addiction*

Shopping Compulsivo

Le emozioni più spesso legate allo shopping compulsivo sono la rabbia, la frustrazione, la noia e la depressione; ha molti aspetti in comune con il GAP, compresa la lenta e subdola rilevazione e manifestazione del comportamento. Lo shopping compulsivo può essere caratterizzato da una sensazione di potere ed eccitazione e può portare ad una personificazione

dell'acquisto. Nei casi più gravi compaiono anche allucinazioni, attacchi di panico e l'uso di alcolici. Gli *shoppers* compulsivi in genere sono dei perfezionisti e tendono a fantasticare più degli altri (Guerreschi, 2003). Mancano, ad oggi, dati epidemiologici precisi.

Caratteristiche di personalità e criteri diagnostici

Caratteristiche di personalità costanti tra gli *shoppers* compulsivi sono un basso livello di autostima, ansia, un forte senso di inadeguatezza, desiderio di approvazione sociale, delle notevoli difficoltà nel tollerare le frustrazioni e quindi la solitudine e il rifiuto (Guerreschi, 2003). McElroy (1994) è stata la prima a individuare i criteri diagnostici dello shopping compulsivo:

- La preoccupazione, l'impulso o il comportamento del comprare non adattivi come indicato da uno dei seguenti elementi:
 - frequente preoccupazione o impulso a comprare, esperiti come irresistibili, intrusivi o insensati
 - comprare frequentemente al di sopra delle proprie possibilità, spesso oggetti inutili (o di cui non si ha bisogno), per un periodo di tempo più lungo di quello stabilito.
- La preoccupazione, l'impulso o l'atto del comprare causano stress marcato, fanno consumare tempo, interferiscono significativamente con il funzionamento sociale e lavorativo o determinano problemi finanziari.
- Il comprare in maniera eccessiva non si presenta esclusivamente durante i periodi di mania o ipomania.

Lo shopping compulsivo è, dunque, un disturbo che porta alla necessità di fare acquisti, alla quale il soggetto è incapace di sottrarsi. Questo comportamento ripetitivo e incontrollabile assorbe completamente l'individuo e provoca nella sua vita gravi conseguenze a livello finanziario, relazionale e familiare (Guerreschi, 2003).

Love Addiction (Dipendenza affettiva)

Il tema della dipendenza affettiva ha una forte matrice culturale, in quanto la dipendenza è una condizione mentale tipica del nostro tempo; l'instabilità delle relazionali tradizionali (famiglia, amicizie, coppia) tende a selezionare stili di attaccamento ambivalenti o conflittuali, e a favorire la formazione di legami affettivi labili (Guerreschi, 2005).

Gli affetti patologici sono sostanzialmente caratterizzati da ossessività, inibizione, evitamento del cambiamento, mancanza di intimità, parassitismo, manipolazione, iperpossessività. Il bisogno di sicurezza fa da guida ad ogni progetto emotivo.

Evidenze scientifiche mostrano che il 99% dei soggetti dipendenti affettivi sono di sesso femminile (Miller, 1994), indipendentemente dalla fascia d'età di appartenenza: dalle post-adolescenti (età dai 17 ai 27) fino alle adulte con figli sia piccoli (al disotto dei 14 anni) ma anche grandi, vale a dire la fascia di età che si calcola intorno ai 45 anni (dai 45 ai 50 anni).

Nelle relazioni affettive, queste persone richiedono insistentemente attenzioni e conferme atte a neutralizzare il senso di impotenza e vuoto affettivo che avvertono intensamente a livello personale (Guerreschi, 2003). Guerreschi ha rintracciato nelle parole di Giddens (2005) alcune specificità della dipendenza, tra cui:

- l'**ebbrezza**;
- la **dose**: il soggetto affettivamente cerca "dosi" sempre maggiori di presenza e di tempo da spendere insieme al partner;
- il soggetto esiste solo quando c'è l'altro e non basta il suo pensiero a rassicurarlo, ha **bisogno di manifestazioni continue e tangibili**;

- l'altro è visto come un'**evasione**, come l'unica forma di gratificazione della vita. Le normali attività quotidiane sono trascurate quotidianamente. L'unica cosa importante è il tempo trascorso con l'altro perché attesta l'esistenza del soggetto;
- quando il partner non c'è il soggetto sente di non esistere e non è in grado nemmeno di "pensare" ad una vita in cui il partner non ci sia;
- **perdita del Sé**: il rischio è di perdere la propria capacità critica e quindi, a maggior ragione, non avere più una visione critica dell'altro, vissuto come irrinunciabile nutrimento;
- il senso di perdita di identità è seguito da **sentimenti di vergogna e di rimorso**;
- la **dipendenza** è percepita come un'**esperienza speciale** e lo è nel senso che null'altro è altrettanto soddisfacente.

La dipendenza affettiva si può leggere così come reazione difensiva a una fuga, un palese riconoscimento di mancanza di autonomia. Sono sintomi della dipendenza affettiva:

- svalutazione dei sentimenti
- profondo senso di colpa e/o rancore e rabbia
- paura di perdere l'amore
- paura dell'abbandono, della separazione
- paura della solitudine e della distanza
- terrore di mostrarsi per quello che si è
- timore di essere segregati
- timore di essere annullati
- oscillazione tra desiderio e paura di sperimentare vicinanza e il desiderio/paura della lontananza. L'oscillazione genera ansia.
- negazione dei bisogni (Lerner, 1996).

Interventi efficaci di educazione alla salute

Nella prevenzione primaria si devono valutare e combattere i fattori di consumo e i loro meccanismi, in vista del benessere del singolo e dei gruppi.

I principali programmi di Promozione ed Educazione alla Salute nell'ambito delle Nuove Dipendenze si possono attuare attraverso tre fondamentali modelli di intervento psicologico (Page & Bailey, 1995; Pacula & Chaloupka, 2001; Echeburúa, 2005; Coombs & Howatt, 2005; Brugal, 2006):

- Lavoro sulle *Life Skills* e sull'*Empowerment*
- *Information Giving Model* (con la tecnica della *Peer e Dispeer Education*)
- Colloquio motivazionale breve

Il Colloquio Motivazionale Breve (Rollnick, 2003; Miller & Rollnick, 2004) sia che avvenga in maniera strutturata in un setting ambulatoriale, sia che avvenga in maniera più frammentaria nell'ambito di iniziative di prevenzione psicologica nei luoghi più frequentati dai giovani (*help desk* a scuola, nelle parrocchie, ecc.) è sufficientemente flessibile da mantenere intatte quelle qualità di elicitazione e implementazione dell'autostima, dell'autonomia e della presa di decisione personali che sono le sue peculiarità fondamentali, caratteristiche utili per l'intervento su dipendenze comportamentali che hanno come fattore di rischio la bassa autostima e l'indirizzamento delle proprie azioni verso finalità pericolose per il sé e per la propria salute (Figura 1).

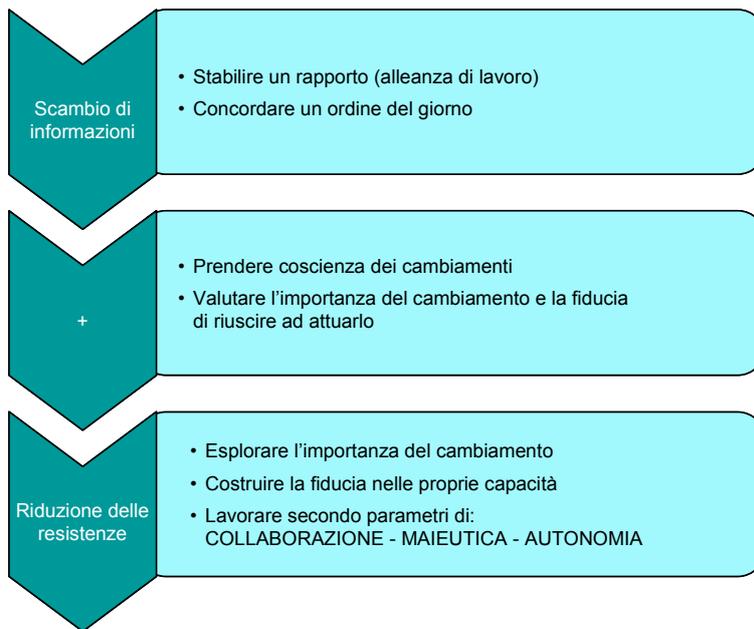


Figura 1. Struttura del Colloquio Motivazionale breve (modif. da Rollnick, 2003)

In un recente studio (Yeager & Gregoire, 2005) è stato, infine, confrontato un modello particolare di colloquio motivazionale, il *Seven-stage Crisis Intervention* di Roberts (2002) con il modello teorico alla base di tutti questi interventi motivazionali, il **Modello Transteoretico** di Di Clemente e Prochaska (1984; 1986). Lo scopo di questo studio è stato proporre una tipologia di intervento mirata specificatamente al trattamento delle Nuove Dipendenze: la possibilità di lavorare sul singolo e sul gruppo, di individuare i fattori di protezione e di controllare l'evolversi del processo di cambiamento attraverso follow-up prestabiliti (Figura 2).

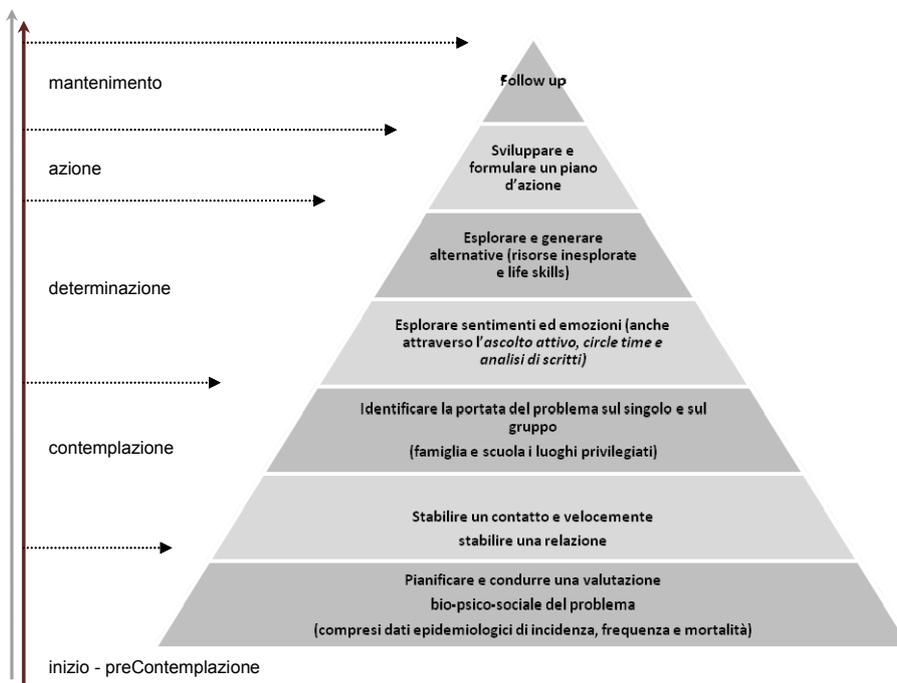


Figura 2. Diagramma comparativo secondo il modello di Yeager & Gregoire, 2005 (modif. in Guarino, 2008, 176)

Griglia di intervento di educazione alla salute nell'ambito delle nuove dipendenze nei tre gradi di scolarità

Attraverso l'applicazione ragionata del modello piramidale di intervento sulle nuove dipendenze proposto da Yeager & Gregoire (2005) e tenendo in considerazione le griglie di valutazione e intervento proposte da Green & Kreuter (2004) nelle prime quattro fasi¹² del Modello *PRECEDE-PROCEED*, si propongono delle griglie di intervento-azione utili per guidare la progettazione di programmi educativi nelle scuole nell'ambito dell'Educazione alla Salute.

Scuola Primaria

1. Pianificare e condurre una valutazione bio-psico-sociale del problema (compresi dati epidemiologici di incidenza, frequenza e mortalità). Tra i cinque e gli undici anni l'incidenza delle Nuove Dipendenze è molto bassa; l'emersione del fenomeno potrebbe avvenire nell'età di latenza, quindi potrebbe essere utile negli ultimi due anni di scuola primaria una valutazione dell'eventuale presenza della dipendenza in esame attraverso la conduzione di *circle-time* mirati e l'analisi degli scritti del bambino.
2. Stabilire un contatto e una relazione.
3. Formare. L'insegnante è la figura d'elezione preposta ad iniziare un intervento educativo nell'ambito delle Nuove Dipendenze, previo training formativo con psicologi ed educatori.
4. Identificare la portata del problema sul singolo e sul gruppo (la famiglia e la scuola sono gli elementi privilegiati), pianificando una valutazione bio-psico-sociale del problema (cfr. punto 1) e valutando l'ipotesi di eventuali colloqui con i genitori.
5. Esplorare sentimenti ed emozioni utilizzando le tecniche d'elezione come il *circle-time* e l'analisi del vissuto attraverso la produzione di disegni e scritti (utile la supervisione di uno psicologo).
6. Esplorare e generare alternative (risorse inesplorate e *life skills*). Nell'educazione di queste abilità, gli alunni devono essere attivamente impegnati in un processo dinamico di apprendimento attraverso il lavoro in piccoli gruppi, giochi e l'utilizzo di forme espressive artistiche.
7. Sviluppare e formulare un piano d'azione attraverso l'utilizzo mirato e ragionato di racconti e favole creati *ad hoc*, l'insegnamento di metodi alternativi di divertimento (sport, pittura, lettura, ecc.) e piccoli dibattiti guidati. Non serve "l'esperto esterno", basta la figura dell'insegnante.
8. Follow-up ogni due anni.

Scuola Secondaria di I grado

1. Pianificare e condurre una valutazione bio-psico-sociale del problema (compresi dati epidemiologici di incidenza, frequenza e mortalità). Utile una valutazione dell'eventuale presenza della dipendenza in esame attraverso la conduzione di *circle-time* mirati, l'utilizzo di questionari epidemiologici, l'analisi della produzione scritta del ragazzo e dei comportamenti in classe.

¹² Valutazione sociale e analisi situazionale, Valutazione epidemiologica, Valutazione comportamentale e ambientale, Valutazione educativa ed ecologica, con l'individuazione dei fattori rinforzanti, facilitanti e predisponenti al cambiamento.

2. Stabilire un contatto e una relazione. Le figure preposte ad iniziare un intervento educativo nell'ambito delle Nuove Dipendenze nella scuola secondaria di I grado sono gli insegnanti (meglio se collaborando insieme).
3. Identificare la portata del problema sul singolo e sul gruppo (la famiglia e la scuola sono gli elementi privilegiati), pianificando una valutazione bio-psico-sociale del problema (cfr. punto 1) e valutando l'ipotesi di eventuali colloqui con i genitori e le figure importanti per il ragazzo (allenatori, educatori, ecc).
4. Esplorare sentimenti ed emozioni utilizzando le tecniche d'elezione tra cui il *circle-time* e l'analisi del vissuto attraverso la produzione di disegni e scritti (utile la supervisione di uno psicologo).
5. Esplorare e generare alternative (risorse inesplorate e *life skills*). Nell'educazione di queste abilità, gli alunni devono essere attivamente impegnati in un processo dinamico di apprendimento attraverso il lavoro in piccoli gruppi e a coppie, il *brainstorming*, il *role playing*, giochi e dibattiti.
6. Sviluppare e formulare un piano d'azione insegnando metodi alternativi di divertimento (sport, pittura, lettura, ecc.) e piccoli dibattiti guidati. Non serve "l'esperto esterno", bastano gli insegnanti.
7. Follow-up gni anno.

Scuola Secondaria di II grado

1. Pianificare e condurre una valutazione bio-psico-sociale del problema (compresi dati epidemiologici di incidenza, frequenza e mortalità). Utile una valutazione dell'eventuale presenza della dipendenza in esame attraverso l'utilizzo di questionari epidemiologici, l'analisi della produzione scritta del ragazzo e dei comportamenti in classe e attraverso dibattiti mirati all'argomento.
2. Stabilire un contatto e una relazione. Le figure preposte ad iniziare un intervento educativo nell'ambito delle nuove dipendenze nella scuola secondaria di II grado sono gli insegnanti (meglio se collaborando insieme) ed eventuali "esperti esterni" (psicologi ed educatori esperti nell'ambito delle Nuove Dipendenze). Negli ultimi due anni, anche l'incontro con coetanei o quasi-coetanei caduti nella rete e poi riabilitati può essere utile.
3. Identificare la portata del problema sul singolo e sul gruppo (famiglia e scuola i luoghi privilegiati) pianificando una valutazione bio-psico-sociale del problema (cfr. punto 1) e valutando l'ipotesi di eventuali colloqui con i genitori e figure importanti per il ragazzo (allenatori, educatori, fidanzati/e, ecc).
4. Esplorare sentimenti ed emozioni utilizzando tecniche d'elezione, tra cui *peer* e *dispeer education*, ascolto attivo, analisi del vissuto attraverso la produzione di scritti (utile la supervisione di uno psicologo).
5. Esplorare e generare alternative (risorse inesplorate e *life skills*). Nell'educazione di queste abilità, i ragazzi devono essere attivamente impegnati in un processo dinamico di apprendimento, quindi è consigliabile favorire il lavoro in piccoli gruppi e a coppie finalizzato alla produzione di film, giornali, ecc., *brainstorming*, *role playing* e dibattiti con persone che hanno vissuto l'esperienza della dipendenza ed esperti.
6. Sviluppare e formulare un piano d'azione attraverso l'insegnamento di metodi alternativi di divertimento (sport, pittura, lettura, ecc.) e piccoli dibattiti guidati. Possono essere utili le figure di esperti esterni e incontri con persone che hanno vissuto l'esperienza della dipendenza. Nei casi di dipendenza conclamata sarebbe opportuno poter rimandare ad un *help-desk* o a colloqui motivazionali brevi con psicologi preparati.
7. Follow-up ogni due anni.

ATTIVITÀ PRATICHE PER LA PREVENZIONE DELLE NUOVE DIPENDENZE

Angela Guarino, Grazia Serantoni
Facoltà di Psicologia, Sapienza Università di Roma

Attività pratiche per le scuole primarie e secondarie

Per l'insegnamento della prevenzione delle nuove dipendenze, le tecniche consigliate (sia per la scuola primaria sia per le secondarie di I e II grado) sono costituite da: *Life Skills Education*, *Peer Education* e *Cooperative Learning*.

Questi percorsi di formazione sulla prevenzione hanno in comune l'utilizzo di alcune tecniche, tra cui:

1. **ricerca di gruppo:** prevede l'organizzazione della popolazione target in un "gruppo di gruppi" cui vengono assegnati compiti differenti; l'insegnante ha la funzione di guida e comunicazione con e tra i gruppi. Ogni gruppo dovrà avere un argomento diverso e diverse modalità di portare avanti il compito. La presentazione del resoconto finale avverrà davanti a tutti gli altri gruppi attraverso dimostrazioni pratiche, relazioni, dibattiti, ecc. Gli altri gruppi sono liberi di porre domande e fare integrazioni affinché vi sia un'interazione fruttuosa.
2. **Imparare insieme:** prevede di dividere i ragazzi in gruppi di 4-5 facendo lavorare ogni gruppo su un solo argomento prestabilito e di interesse comune. Si premia il gruppo che presenterà il lavoro migliore.
3. Il **gruppo puzzle:** metodo basato sulla massima interdipendenza dei singoli soggetti che costituiscono il gruppo. Il compito è di studiare e approfondire l'argomento stabilito individualmente e spiegarlo agli altri membri del gruppo. Questa tecnica si basa su un *training* specifico volto a migliorare le caratteristiche comunicative del gruppo e del singolo membro nel gruppo.
4. **STAD (Student Team Achievement Division):** questa tecnica è composta da cinque fasi: dapprima si presenta al gruppo il materiale da apprendere, poi si formano team di 4-5 ragazzi secondo criteri di eterogeneità. A ciascun gruppo viene data una parte specifica del materiale presentato (unità di apprendimento) che può essere ulteriormente divisa tra i componenti del gruppo. Segue il momento della valutazione dei singoli membri, tramite quiz sull'intera unità fornita al gruppo.
5. **Circle time:** è una tecnica che viene svolta in un momento della giornata condiviso e ben definito, durante il quale i ragazzi e l'insegnante si siedono in circolo e discutono, dibattono, giocano, creano, pongono domande cercando di acquisire consapevolezza di sé e degli altri e potenziano abilità quali l'ascolto, la fiducia reciproca e l'autocoscienza. Vanno svolti per circa mezz'ora una volta a settimana con gruppi possibilmente sempre uguali.
6. **Brainstorming:** è una tecnica finalizzata alla creazione di pensieri, idee e opinioni in modo libero e improvvisato su un tema specifico. La finalità è scatenare una reazione a catena di idee all'interno del gruppo, facendo attenzione a separare la fase di creazione da quella del giudizio e della discussione per non compromettere la spontaneità di quanto viene detto dai singoli membri del gruppo. La generazione di idee nuove

condivise dal gruppo avviene attraverso l'unione, il confronto e lo scontro delle idee generate dai singoli.

7. **Role playing:** è una tecnica di recitazione durante la quale alcuni ragazzi devono interpretare una determinata parte (caratterizzata da specifiche caratteristiche, salienti per l'argomento) e altri devono essere osservatori partecipanti. Finita la rappresentazione va avviata un dibattito sull'esperienza fatta, sulle difficoltà incontrate, sulle resistenze (a recitare quel ruolo o ad assistere a determinate azioni) e sulle emozioni elicitate in ogni ragazzo (sia recitante sia spettatore).

Gioco d'azzardo patologico¹³

ATTIVITÀ 1: PENSARE IL... GIOCO D'AZZARDO

Obiettivo: esplorare le conoscenze sul gioco d'azzardo.

Descrizione: l'educatore utilizza la tecnica *circle time*. Si inizia con circa 40 minuti di confronto libero sul tema del gioco d'azzardo patologico. Il setting deve essere il più possibile informale e deve far sentire i ragazzi liberi di esprimere le proprie idee, i propri pareri, le proprie conoscenze; gli studenti si siedono in circolo, di modo che ognuno possa vedere e sentire tutti gli altri, con al centro cartoncini di diversi colori con su scritto l'argomento di cui si parlerà e le domande che costituiranno la guida al dibattito (Figura 1).

1. Cosa pensate sia il gioco d'azzardo patologico?
2. In cosa il gioco d'azzardo patologico è diverso dal gioco?
3. Cosa vuol dire "patologico"?
4. Quali pensate siano le caratteristiche del gioco d'azzardo patologico?
5. Pensate che il gioco d'azzardo patologico sia qualcosa che interessi anche i ragazzi della vostra età?
6. Pensate di conoscere qualcuno, grande o vostro coetaneo, che si approcci in maniera sbagliata al gioco d'azzardo?
7. ...

Figura 1. Alcuni esempi di domande che l'educatore potrà scrivere sui cartoncini

L'educatore dovrà introdurre l'argomento e lasciare poi i ragazzi liberi di esprimersi, informandoli circa la possibilità di ispirarsi alle domande sui cartoncini per far progredire il dibattito. È importante che l'educatore faccia attenzione a non assumere un atteggiamento giudicante e che eviti di correggere ogni cosa (anche sbagliata) detta dai ragazzi per non pregiudicare il libero confronto e intimidire i ragazzi nell'espone i propri dubbi. Le nozioni esatte sull'argomento verranno fornite e i falsi miti sfatati nella seconda fase di questo percorso di comprensione.

ATTIVITÀ 2: CAPIRE IL ... GIOCO D'AZZARDO

Obiettivo: costruire conoscenza sul gioco d'azzardo.

Descrizione: l'educatore si avvale della tecnica STAD (*Student Team Achievement Division*). Raccoglie del materiale scientificamente corretto in materia di gioco d'azzardo patologico (si può far riferimento a questo manuale, al sito della Società Italiana di Intervento

¹³ Le cinque attività proposte (da intendersi come gerarchicamente legate dall'attività *Circle time* al *Brainstorming*) devono essere utilizzate nelle fasi 4, 5 e 6 delle griglie di attività di Educazione alla Salute nell'ambito delle Nuove Dipendenze nei tre gradi di scolarità prima proposte.

sulle Patologie Compulsive¹⁴ o ai testi specialistici in materia) e lo divide in tante unità d'apprendimento quanti saranno i gruppi che si formeranno dividendo la classe in gruppi di 4-5 ragazzi. Il materiale dovrà essere modificato a seconda dell'età del ragazzo. In generale, nelle scuole primarie le informazioni dovranno essere fornite su foglietti colorati, le frasi dovranno essere brevi e chiare e possibilmente corredate da disegni e fumetti e l'educatore dovrà essere disponibile per qualsiasi spiegazione; altresì, dalle scuole secondarie di I grado in poi le frasi e la mole di materiale si potrà via via complessizzare sino ad arrivare a fornire, negli ultimi anni delle secondarie di II grado, interi brani specialistici ai ragazzi.

Dopo aver studiato le proprie unità d'apprendimento i ragazzi verranno "testati" nella loro comprensione attraverso mini-quiz orali (Figura 2)

- "Il gioco d'azzardo patologico è: una malattia mentale, un modo di giocare in uso in altre civiltà o un tipo di gioco d'azzardo giocabile solo dagli adulti?"
- "L'età a rischio per potersi ammalare di gioco d'azzardo patologico è: dai 12 anni in su, dai 30 anni in su, dai 50 anni in su, sempre, mai nel nostro paese, ..."

Figura 2. Esempi di mini quiz

L'apprendimento cooperativo continua facendo ruotare le unità in modo che ogni gruppo, alla fine, avrà studiato e sarà stato testato su ciascuna di esse; poi, riuniti i gruppi, si provvederà ad un breve dibattito e ad eventuali chiarimenti.

Il terzo passo consiste nel creare diagrammi di flusso, sulla base delle nozioni apprese, che permettano ai ragazzi di confrontarsi personalmente con la materia in questione e di apprendere fattivamente le relazioni e le attribuzioni causali di singole azioni legate al comportamento patologico.

ATTIVITÀ 3: RIFLETTERE SUL ... GIOCO D'AZZARDO

Obiettivo: permettere lo sviluppo di pensiero critico sul gioco d'azzardo

Descrizione: l'educatore si avvale dell'ausilio di *flow-chart*: serviranno cartoncini, pennarelli a punta grande di diversi colori, una lavagna di plastica o un supporto di sughero cui attaccare i cartoncini. L'educatore attaccherà il primo cartoncino e vi scriverà una frase del tipo "Alessio (nome fittizio) è andato alle corse dei cavalli con il padre"; poi scriverà su due cartoncini "Alessio e il papà hanno guardato divertiti i cavalli correre e hanno discusso sulla difficoltà di allevare questi animali" e "Il papà di Alessio ha puntato 5€ su un cavallo, dopo aver deciso insieme al figlio quale, per divertimento" e chiederà ai ragazzi se i due comportamenti vengono ritenuti problematici. Poi chiederà quale dei due comportamenti, anche se in sé ancora non patologici, potrebbero causare eventi problematici in futuro (in questo caso, l'azione di aver puntato 5€) e quali no (ad esempio, il papà può vincere e non riuscire più a controllarsi puntando grosse cifre, oppure perdere e continuare a giocare finché non vince). Si continua ad attaccare cartoncini che riportano azioni via via più problematiche ("Il papà di Alessio ha perso una grossa cifra e tornando a casa ha chiesto al bambino di tenere il segreto" o "Il papà di Alessio ha vinto una bella somma alla corsa dei cavalli e così Alessio pensa non bisogna lavorare ma basta giocare d'azzardo per vivere" o "Alessio, i giorni successivi, racconta ai suoi amici quanto sia facile vincere ai cavalli e insieme saltano la scuola per andare a giocare", ecc.) secondo questo diagramma di flusso (Figura 3).

¹⁴ www.siipac.it (ultima consultazione 25/8/2009)

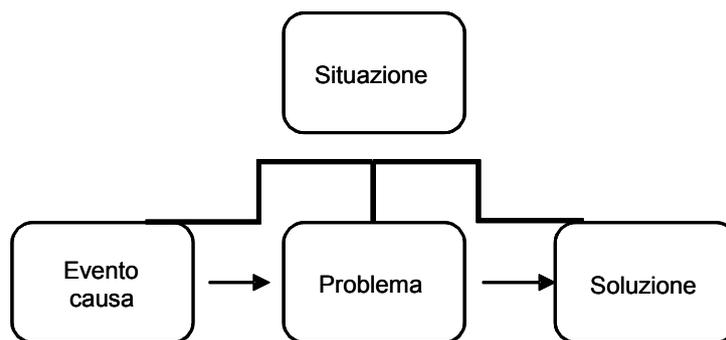


Figura 3. Diagramma di flusso da utilizzare nell'attività

È importante che ogni diagramma di flusso termini con la soluzione (“Alessio chiede aiuto alla mamma”; “Alessio parla del suo problema con gli insegnanti”, “Alessio parla del problema del padre con la mamma”, ecc.).

ATTIVITÀ 4: VIVERE IL ... GIOCO D'AZZARDO

Obiettivo: sperimentare, in un ambiente protetto, le emozioni legate al problema del gioco d'azzardo.

Descrizione: l'educatore utilizzerà il *role playing* per aiutare i ragazzi a mettersi nei panni di una persona che vive un problema e per sviluppare la loro capacità di riflettere sulle emozioni che si provano in queste situazioni. A questo scopo, può essere ripresa, come canovaccio, la storia sceneggiata durante l'attività del *flow-chart* chiedendo loro esplicitamente di verbalizzare le emozioni, sempre stando attenti a contenerli e rassicurarli e a sospendere il giudizio (soprattutto se durante la recita gridano, piangono, esultano, ecc.). Per iniziare si trovano, tra i ragazzi della classe, i volontari che saranno gli interpreti principali e si chiede agli altri di fare il “pubblico partecipante”, spiegando loro che possono intervenire, chiedere, modificare la sceneggiatura e altro, ma sempre nel rispetto di chi sta recitando in quel momento. Si può far fare l'esperienza di attore ad ogni ragazzo che ne esprime il desiderio, anche ripetendo l'esperienza di *role playing*. È importante che le emozioni suscitate non rimangano sospese ma trovino un momento di elaborazione creativa attraverso la discussione, il confronto e la produzione artistica.

ATTIVITÀ 5: “NON MI FREGA PIÙ DI NIENT'ALTRO... SO GIÀ COME DIVERTIRMI”

Obiettivo: sviluppare il pensiero critico sul gioco d'azzardo.

Descrizione: durante questa attività, sarà utilizzata la tecnica di *brainstorming* per la produzione di disegni, scritti e materiale multimediale. L'educatore legge insieme alla classe il brano sottostante poi guida la riflessione ponendo alcune domande. Terminata la discussione guidata, si lasciano circa 30 minuti ai ragazzi per discutere liberamente di ciò che hanno provato, chiedendo loro di analizzare azioni e sentimenti, cause ed emozioni e spingendoli a fornire soluzioni, pareri, ecc. L'attività termina con la richiesta di produrre uno scritto, un disegno, un video, che riassume questa esperienza di presa di coscienza e che possa poi essere condivisa con tutti (specie nel caso di disegni o scritti si suggerisce di attaccarli in classe, visibili sempre e da tutti). In quest'ultima fase, i ragazzi scelgono di lavorare in gruppo o singolarmente a seconda delle loro preferenze.

IL CASO

Alessio, per il suo quindicesimo compleanno, convince il padre a farsi portare all'ippodromo (dove il padre passa molte ore a settimana) per seguire le corse dei cavalli. Durante una delle corse il padre si alza e va a scommettere: incuriosito Alessio lo segue e rimane colpito dalla grande quantità di soldi che il padre gioca su una corsa. All'inizio, preoccupato, non dice nulla, rimane silenzioso e aspetta che il padre gli spieghi l'evento: la spiegazione arriva in concomitanza con la fortunosa vittoria del padre.

Questo evento fa cambiare idea improvvisamente ad Alessio che rimane favorevolmente colpito ed eccitato dai soldi in più che hanno guadagnato.

Il giorno dopo, elettrizzato, a scuola racconta ai suoi due migliori amici l'accaduto. I tre ragazzi, allettati dalla vincita facile, decidono di prendere il motorino e, nel pomeriggio, di andare di nuovo alle corse e puntare la loro paghetta settimanale per raddoppiarla: tutti e tre, infatti, inseguono il sogno di comprarsi la Playstation e pensano che scommettere ai cavalli sia un modo più comodo che risparmiare. Le scommesse del pomeriggio non hanno successo, e i tre ragazzi tornano a casa tristi e scoraggiati: i due amici dicono ad Alessio che ha avuto una pessima idea e che loro ritorneranno a risparmiare per comprarsi la Playstation.

Alessio, a casa, vede il ritorno del padre (che ora non nasconde più il fatto che scommette sulle corse dei cavalli) che trionfante e di buon umore dice di aver vinto una grossa somma: Alessio pensa che i suoi amici sono dei codardi e comincia ad associare il gioco d'azzardo con i momenti in cui il padre è contento e disponibile (cosa assai rara di solito) negandosi il fatto che anche i momenti di rabbia e scontentezza possano essere associati al gioco d'azzardo. La madre, d'altro canto, rimane sempre silenziosa e immusonita, anche quando il padre vince, perché sa che le perdite superano le vincite e la situazione finanziaria della famiglia non è delle migliori: tuttavia non parla con Alessio di questo, non conscia di ciò che si sta scatenando nel figlio, e rimanda allo stesso un'immagine di "guastafeste" che non fa altro che esaltare la figura del padre "coraggioso", "temerario" e "fortunato".

Alessio comincia sempre più spesso ad andare all'ippodromo, soprattutto da solo, per giocare i soldi che guadagna settimanalmente: anche se le perdite e le vittorie si alternano non creando per Alessio nessun guadagno (qualche mese anche delle perdite che lo costringono a rinunciare a comprarsi i fumetti o ad uscire con gli amici) la voglia di giocare cresce sempre di più, sino a diventare un pensiero fisso che lo porta anche a saltare giorni di scuola. Ad un amico, in confidenza, dice: "Quando aspetto la fine della corsa, per sapere se ho vinto o no, provo un'eccitazione tale che non ho mai provato."; "Sono felice ed elettrizzato sia che vinca sia che perda!"; "Preferisco andare a giocare da solo per non essere distratto dalle emozioni che provo."; Quando scopre che si può scommettere anche via web non sa resistere: pur non avendo soldi decide di scommettere e ruba il codice della carta di credito della madre.

Non sa che "ultimamente la famiglia va avanti solo con lo stipendio della madre e che la carta di credito che usa attinge proprio a quel gruzzolo di soldi. Il web permette ad Alessio di scommettere con più comodità e senza limiti di tempo...dalle corse dei cavalli si allarga e inizia a scommettere su qualsiasi cosa, dilapidando il conto della madre.

Quando la madre si vede rifiutare la carta corre in banca dove le spiegano che il suo conto si è prosciugato a causa di continue scommesse su numerosi siti web: lei torna a casa e comincia a litigare con il marito, spiegandogli che sono sul lastrico per colpa sua. Lui nega e lei dice che è normale che neghi, perché non sa di avere un problema...il padre continua a negare finché Alessio, in lacrime, prende le difese del padre e confessa che da più di 8 mesi lui gioca regolarmente e che negli ultimi 2 mesi ha scoperto le scommesse sul web.

Alla reazione addolorata, sorpresa e rabbiosa della madre anche il ragazzo nega di avere un problema e che può smettere quando vuole. La madre, tuttavia, tirando fuori tutto il coraggio che possiede si impunta e chiede l'allontanamento del marito e che entrambi, padre e figlio, si facciano aiutare da uno psicologo esperto. A distanza di mesi il padre, che continua a curarsi, è ritornato il famiglia e Alessio sta meglio, si è reintegrato nel gruppo di amici, è migliorato a scuola ed ha recuperato il rapporto con la madre.

TRACCIA PER L'EDUCATORE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 5

- Secondo voi, perché Alessio cade nella rete del gioco d'azzardo? Quali sono i fattori scatenanti?
- Possiamo definire Alessio un giocatore d'azzardo patologico?
- Possiamo definire il padre di Alessio un giocatore d'azzardo patologico?
- Quale pensate sia l'evento più grave che è capitato ad Alessio nei mesi in cui giocava d'azzardo?
- Individuate dei "fattori di protezione" nella storia di Alessio, poi discutetene in gruppo.
- Individuate dei "fattori di rischio" nella storia di Alessio, poi discutetene in gruppo.
- Pensate che fosse inevitabile la veloce caduta nelle trame del gioco d'azzardo di Alessio?
- Quali emozioni vi ha suscitato leggere la storia di Alessio? Discutetene in gruppo.
- Pensate che possa essere vera la storia di Alessio?
- Pensate siano giuste le decisioni prese dalla madre di Alessio?
- Cosa avreste fatto voi al posto dei genitori di Alessio?
- Come ne esce, secondo voi, l'immagine dell'ambiente socio-relazionale in cui è immerso il ragazzo? Discutete a riguardo dei comportamenti della scuola, degli amici, della famiglia, ecc. Vi è mai capitato di venire a contatto con una storia simile a quella di Alessio?
- Pensate al futuro di Alessio: scrivete una decina di righe a riguardo e condividete il vostro pensiero col gruppo.

L'educatore lasci a che i ragazzi discutano liberamente di ciò che hanno provato, chiede loro di analizzare azioni e sentimenti, cause ed emozioni e li spinge a fornire soluzioni, pareri. Al termine della discussione, chiede loro (a gruppo o singolarmente a seconda delle loro preferenze) di produrre uno scritto, un disegno, un video che riassume questa esperienza di presa di coscienza e che possa poi essere condivisa da tutti (specie nel caso di disegni o scritti si suggerisce di attaccarli in classe, visibili sempre e da tutti).

Dipendenze tecnologiche¹⁵

ATTIVITÀ 1: PENSARE LE... DIPENDENZE TECNOLOGICHE

Obiettivo: esplorare le conoscenze sulle dipendenze tecnologiche.

Descrizione: si inizia con circa 40 minuti di confronto libero sul tema del gioco d'azzardo patologico, utilizzando la tecnica del *circle time*. Il setting deve essere il più possibile informale e deve far sentire i ragazzi liberi di esprimere le proprie idee, i propri pareri, le proprie conoscenze; gli studenti si siedono in circolo, di modo che ognuno possa vedere e sentire tutti gli altri, con al centro cartoncini di diversi colori con su scritto l'argomento di cui si parlerà e le domande che costituiranno la guida al dibattito (Figura 4).

L'educatore dovrà introdurre l'argomento e lasciare poi i ragazzi liberi di esprimersi, informandoli circa la possibilità di ispirarsi alle domande sui cartoncini per far progredire il dibattito. È importante che l'educatore faccia attenzione a non assumere un atteggiamento giudicante e che eviti di correggere ogni cosa (anche sbagliata) detta dai ragazzi per non pregiudicare il libero confronto e intimidire i ragazzi nell'espone i propri dubbi.

Le nozioni esatte sull'argomento verranno fornite e i falsi miti sfatati nella seconda fase di questo percorso di comprensione. Potrebbe rivelarsi utile, per questo tipo di dipendenza, una breve indagine epidemiologica condotta precedentemente (passo 1 "Pianificare e condurre una valutazione bio-psico-sociale del problema, compresi dati epidemiologici di incidenza, frequenza e mortalità" delle schede di intervento prima proposte) per avere un quadro più chiaro dell'utilizzo di mezzi tecnologici nella classe in cui si interviene.

¹⁵ Le cinque attività proposte (da intendersi come gerarchicamente legate dall'attività *Circle time* al *Brainstorming*) devono essere utilizzate nelle fasi 4, 5 e 6 delle griglie di attività di Educazione alla Salute nell'ambito delle Nuove Dipendenze nei tre gradi di scolarità prima proposte.

1. Cosa pensate siano le dipendenze tecnologiche?
2. Quali sono i mezzi tecnologici a vostra disposizione?
3. Cosa vuol dire "dipendenza"?
4. Pensate si possa essere dipendenti da un comportamento e non solo da una sostanza?
5. Quali pensate siano le caratteristiche delle dipendenze tecnologiche?
6. Pensate che le dipendenze tecnologiche siano qualcosa che interessi anche i ragazzi della vostra età?
7. Pensate di usare in maniera eccessiva, sbagliata le nuove tecnologie? Se sì, perché?
8. Le nuove tecnologie sono pericolose in sé o è pericoloso l'uso che se ne fa?
9. Pensate di conoscere qualcuno che faccia un uso eccessivo, o sbagliato, delle nuove tecnologie?
10. ...
11.
12.

Figura 4. Domande da utilizzare come guida durante il dibattito

ATTIVITÀ 2: CAPIRE LE ... DIPENDENZE TECNOLOGICHE

Obiettivo: Costruire conoscenza sulle dipendenze tecnologiche

Descrizione: l'educatore si avvale della tecnica STAD (*Student Team Achievement Division*). Raccoglie del materiale scientificamente corretto in materia di dipendenze tecnologiche (si può far riferimento a questo manuale, al sito della Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive¹⁶ o ai testi specialistici in materia) e lo divide in tante unità d'apprendimento quanti saranno i gruppi che si formeranno dividendo la classe in gruppi di 4-5 ragazzi. Il materiale dovrà essere modificato a seconda dell'età del ragazzo. In generale, nelle scuole primarie le informazioni dovranno essere fornite su foglietti colorati, le frasi dovranno essere brevi e chiare e possibilmente corredate da disegni e fumetti e l'educatore dovrà essere disponibile per qualsiasi spiegazione; altresì, dalle scuole secondarie di I grado in poi le frasi e la mole di materiale si potrà via via complessizzare sino a

www.siipac.it (ultima consultazione 22/06/2009)
 d arrivare a fornire, negli ultimi anni delle secondarie di II grado, interi brani specialistici ai ragazzi. Dopo aver studiato le proprie unità d'apprendimento i ragazzi verranno "testati" nella loro comprensione attraverso mini-quiz orali (Figura 5).

- "Quante ore, in media, i ragazzi italiani passano davanti al pc? Mezz'ora, due ore, sette ore, ecc."
- "Quali sono le malattie che possono essere causate o aggravate da un lungo periodo di sedentarietà davanti al pc o alla tv? Obesità e diabete, nessuna, le malattie mentali, ecc."

Figura 5. Esempi di domande per il mini quiz

L'apprendimento cooperativo continua facendo ruotare le unità in modo che ogni gruppo, alla fine, avrà studiato e sarà stato testato su ciascuna di esse; poi, riuniti i gruppi, si provvederà ad un breve dibattito e ad eventuali chiarimenti.

Il terzo passo consiste nel creare diagrammi di flusso, sulla base delle nozioni apprese, che permettano ai ragazzi di confrontarsi personalmente con la materia in questione e di apprendere fattivamente le relazioni e le attribuzioni causali di singole azioni legate al comportamento patologico.

¹⁶ www.siipac.it (ultima consultazione 25/8/2009)

ATTIVITÀ 3: RIFLETTERE SULLE ... DIPENDENZE TECNOLOGICHE

Obiettivo: sviluppare il pensiero critico sulle dipendenze tecnologiche

Descrizione: l'educatore utilizzerà il *flow-chart*. Serviranno cartoncini, pennarelli a punta grande di diversi colori, una lavagna di plastica o un supporto di sughero cui attaccare i cartoncini. L'educatore attaccherà il primo cartoncino e vi scriverà una frase del tipo "Alessio (nome fittizio) ha un nuovo pc"; poi scriverà su due cartoncini "Alessio è riuscito a mettere a posto il pc tutto da solo in una settimana" e "Alessio è riuscito a mettere a posto il pc da solo in una settimana, ma ha rinunciato ad uscire con gli amici e a fare sport" e si chiederà ai ragazzi se i due comportamenti vengono ritenuti problematici. Poi si chiederà quale dei due comportamenti, anche se in sé ancora non patologici, potrebbero causare eventi problematici in futuro. Si continua ad attaccare cartoncini, che riportano azioni sempre più problematiche (per esempio, "Alessio non vuole andare a scuola finché non avrà superato il livello successivo del pc-game che lo sta appassionando" o "Alessio comincia a preferire gli amici conosciuti in chat a quelli con cui usciva prima" o "Alessio prova ansia, tristezza, agitazione se non controlla la casella di posta elettronica o i messaggi in chat ogni ora", ecc.) secondo questo diagramma di flusso (Figura 6).

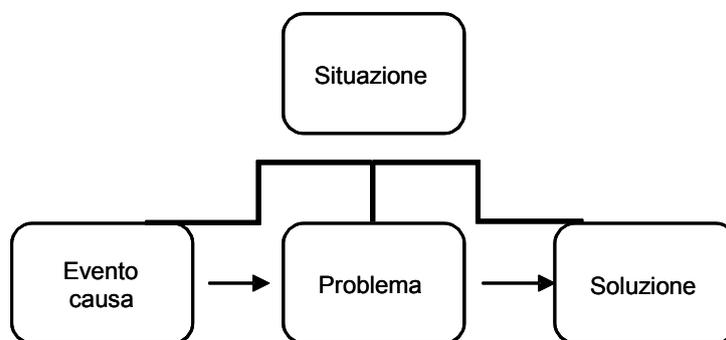


Figura 6. Diagramma di flusso da utilizzare nell'attività

È importante che ogni diagramma di flusso termini con la soluzione (ad esempio "Alessio chiede aiuto alla mamma"; "Alessio parla del suo problema con gli insegnanti", ecc.).

ATTIVITÀ 4: VIVERE LE ... DIPENDENZE TECNOLOGICHE

Obiettivo: sperimentare, in un ambiente protetto, le emozioni legate alle dipendenze tecnologiche

Descrizione: l'educatore utilizzerà il *role playing* per aiutare i ragazzi a mettersi nei panni di una persona che vive un problema e per sviluppare la loro capacità di riflettere sulle emozioni che si provano in queste situazioni. A questo scopo, può essere ripresa, come canovaccio, la storia sceneggiata durante l'attività del *flow-chart* chiedendo loro esplicitamente di verbalizzare le emozioni, sempre stando attenti a contenerli e rassicurarli e a sospendere il giudizio (soprattutto se durante la recita gridano, piangono, esultano, ecc.). Per iniziare si trovano, tra i ragazzi della classe, i volontari che saranno gli interpreti principali e si chiede agli altri di fare il "pubblico partecipante", spiegando loro che possono intervenire, chiedere, modificare la sceneggiatura e altro, ma sempre nel rispetto di chi sta recitando in quel momento. Si può far fare l'esperienza di attore ad ogni ragazzo che ne esprime il desiderio, anche ripetendo l'esperienza di *role playing*. È importante che le emozioni suscitate non rimangano sospese ma trovino un momento di elaborazione creativa attraverso la discussione, il confronto e la produzione artistica.

ATTIVITÀ 5: FUORI DAL MONDO

Obiettivo: sviluppare il pensiero critico sulle dipendenze tecnologiche

Descrizione: durante questa attività, sarà utilizzata la tecnica di *brainstorming* per la produzione di disegni, scritti e materiale multimediale. L'educatore legge insieme alla classe il brano sottostante poi guida la riflessione ponendo alcune domande. Terminata la discussione guidata, si lasciano circa 30 minuti ai ragazzi per discutere liberamente di ciò che hanno provato, chiedendo loro di analizzare azioni e sentimenti, cause ed emozioni e spingendoli a fornire soluzioni, pareri, ecc. L'attività termina con la richiesta di produrre uno scritto, un disegno, un video, che riassume questa esperienza di presa di coscienza e che possa poi essere condivisa con tutti (specie nel caso di disegni o scritti si suggerisce di attaccarli in classe, visibili sempre e da tutti). In quest'ultima fase, i ragazzi scelgono di lavorare in gruppo o singolarmente a seconda delle loro preferenze.

Il caso

Alessio è un ragazzo di quindici anni, timido e molto sensibile, che va molto bene a scuola ed è appassionato di nuove tecnologie. Sin da piccolo ha avuto computer e giochi elettronici, comprati dai genitori per stimolarlo e assecondarlo nella sua passione. A quattordici anni sceglie di iscriversi ad un istituto tecnico molto rinomato per la formazione nel campo dell'informatica. Come sempre riesce molto brillantemente negli studi, ma comincia a mostrare segni di disagio: finita la scuola schizza a casa e cerca di evitare i compagni, a ricreazione non parla mai con nessuno, a casa è taciturno.

Alla fine del primo anno di superiori riesce ad aprirsi con una psicologa chiamata per offrire agli studenti un servizio di "orientamento e sostegno psicologico": dice di non avere dubbi riguardo il suo futuro professionale, ma di sentirsi "fuori dal mondo" come ragazzo. Non sa relazionarsi con le ragazze che gli interessano, non condivide i divertimenti dei suoi coetanei (non ha interesse a prendersi un motorino, anzi ne ha paura; non ha mai avuto una ragazza, anzi non riesce neanche a parlare con loro; non ama "sballarsi" con alcol e spinelli e andare in discoteca, ecc.) e soprattutto non capisce e quindi teme le reazioni delle persone, che ritiene inaffidabili e imprevedibili. La psicologa gli spiega che sta vivendo un momento di crisi tipico della sua età e demistifica anche la "falsa sicurezza" dei suoi compagni, che reagiscono diversamente da lui agli stessi disagi che lui prova. Lui non è sbagliato, gli spiega, ma reagisce solo diversamente a causa della sua sensibilità e timidezza. Alessio si sente sollevato e va a parlare spesso con la psicologa, pur non dicendolo a nessuno: la situazione sembra migliorare.

Tuttavia, all'inizio del secondo anno non viene confermato il progetto dello "sportello di orientamento e sostegno psicologico" a causa di mancanza di fondi e Alessio si sente spaesato, senza appoggio. In concomitanza con questa crisi, che Alessio vive e cerca di superare da solo, riceve dai genitori (per incentivo allo studio) un nuovo pc predisposto alla connessione internet adsl (con una tariffa mensile fissa che permette di navigare 24/24). Alessio ne è entusiasta: finalmente potrà navigare anche da casa e velocemente. I primi tempi passa ore e ore davanti al pc per settarlo al meglio e coinvolge anche i genitori in questa "nuova impresa" spiegando loro come scegliere i migliori programmi, scaricare i driver più nuovi, ecc....ma, una volta concluso il settaggio comincia ad avvertire noia, non sa che farsene del pc nuovo (è diventato come uno dei tanti pc che usa a scuola).

Allora, una sera, stanco entra in una chat che ha scoperto cliccando su un banner presente sul portale informatico che consulta frequentemente: per lui si apre un mondo nuovo che presto lo affascina e lo coinvolge. Sceglie un nick aggressivo, si mostra come non è (forte, sicuro di sé, spaccone, giovane eppur pieno di esperienze trasgressive, ecc.) e vede che le altre persone non solo lo accettano, ma cominciano a pendere dalle sue labbra. Crea una sua casella e-mail e comincia una corrispondenza stretta con una ragazza che gli piace, conosciuta in chat.

Dopo alcuni mesi scopre anche che si può giocare on-line ai videogiochi, condividendo l'esperienza con altri in tempo reale chattando: per Alessio inizia un periodo fatto di assenze a scuola, sonno completamente perso e dolori muscolari intensi causati da ore e ore spese davanti al pc pur di superare i diversi livelli dei vari giochi cui partecipa. In questi mesi, più di 6 oramai, la situazione nel "mondo reale" non cambia, anzi, peggiora: a scuola i voti calano vistosamente (non fa i compiti, fa numerose assenze, è sempre disattento e stanco, ecc.); con i compagni è ancora meno aperto, anzi comincia a nutrire sentimento di risentimento e odio verso questi "esseri inferiori e meschini" che non capiscono quanto lui sia "forte" e "interessante" (a differenza dei compagni di chat) e

comincia ad essere aggressivo e violento con i genitori quando questi gli chiedono di allontanarsi dal computer oppure spiegazioni per le sue improvvise carenze a scuola. Per ovviare a questa situazione i genitori pensano che possa servire una vacanza: oramai è quasi giugno e la scuola sta per finire e, seppur per il rotto della cuffia, i professori li hanno rassicurati dicendo che promuoveranno Alessio. Per Alessio la vacanza, invece, è il momento in cui esplose il suo disagio: non può controllare la posta elettronica ogni quarto d'ora, non può chattare, non può giocare... è di nuovo il vecchio, triste e noioso Alessio di sempre. Si sveglia all'improvviso di notte agitato, con la tachicardia, disperandosi di non potersi collegare ad internet. È nervoso, pallido, si muove a scatti, digita con le mani nell'aria, ha scatti violenti d'ira contro i genitori... i genitori si accorgono di questo e lo riportano a casa. Il padre, con un gesto disperato getta via il computer e vedendo la reazione sconsiderata di Alessio capiscono quale sia il problema: insieme si recano in un consultorio familiare e decidono di intraprendere insieme al figlio il lungo cammino di riabilitazione. Oggi Alessio ha sedici anni, si è iscritto al secondo anno del liceo scientifico (che gli permette di poter sfruttare in un futuro la sua preparazione informatica, ma gli offre anche stimoli diversi rispetto all'istituto tecnico), è più sereno e comincia ad aprirsi, anche se con difficoltà, alle tipiche esperienze adolescenziali.

TRACCIA PER L'EDUCATORE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 5

Sottolineate cinque parole che vi colpiscono e discutete in gruppo sul perché della vostra scelta. Secondo voi, perché Alessio cade nella rete delle dipendenze tecnologiche? Quali sono i fattori scatenanti? Possiamo definire Alessio "patologicamente" dipendente dal computer e dal web? Quale pensate sia l'evento più grave che è capitato ad Alessio nei mesi in cui era "intrappolato nella rete"? Pensate che i tratti di personalità di Alessio possano essere legati alla sua dipendenza? Oppure pensate che sia più forte l'influenza ambientale? Dividete il gruppo in due e ciascuno dei due sottogruppi scelga una delle due teorie: fate quindi un dibattito cercando di sostenere le rispettive teorie (anche se non le condividete). Discutetene quindi in gruppo. Individuate dei "fattori di protezione" nella storia di Alessio, poi discutetene in gruppo. Individuate dei "fattori di rischio" nella storia di Alessio, poi discutetene in gruppo. Pensate che fosse inevitabile la veloce caduta di Alessio nella rete del web? Quali emozioni vi ha suscitato leggere la storia di Alessio? Discutetene in gruppo. Pensate che possa essere vera la storia di Alessio? Cosa avreste fatto voi al posto dei genitori di Alessio? Come ne esce, secondo voi, l'immagine dell'ambiente socio-relazionale in cui è immerso il ragazzo? Discutete a riguardo dei comportamenti della scuola, degli amici, della famiglia, ecc. Vi è mai capitato di venire a contatto con una storia simile a quella di Alessio? Pensate al futuro di Alessio: scrivete una decina di righe a riguardo e condividete il vostro pensiero col gruppo.

Nuove dipendenze da sostanza: caffeina e integratori¹⁷

ATTIVITÀ 1: PENSARE LE... NUOVE DIPENDENZE DA SOSTANZA

Obiettivo: esplorare le conoscenze sulle nuove dipendenze da sostanza.

Descrizione: si inizia con circa 40 minuti di confronto libero sul tema delle dipendenze da sostanze legali, utilizzando la tecnica del *circle time*. Il setting deve essere il più possibile informale e deve far sentire i ragazzi liberi di esprimere le proprie idee, i propri pareri, le proprie conoscenze; gli studenti si siedono in circolo, di modo che ognuno possa vedere e sentire tutti gli altri, con al centro cartoncini di diversi colori con su scritto l'argomento di cui si parlerà e le domande che costituiranno la guida al dibattito (Figura 7).

¹⁷ Le cinque attività proposte (da intendersi come gerarchicamente legate dall'attività *Circle time* al *Brainstorming*) devono essere utilizzate nelle fasi 4, 5 e 6 delle griglie di attività di Educazione alla Salute nell'ambito delle Nuove Dipendenze nei tre gradi di scolarità prima proposte.

1. Cosa pensate siano le dipendenze da sostanze legali?
2. Quali pensate siano le sostanze legalmente vendute che però danno dipendenza?
3. Cosa vuol dire "dipendenza"?
4. Che differenza pensate ci sia tra la dipendenza da sostanze legalmente vendute e quella da sostanze illegali?
5. Quali pensate siano le caratteristiche delle dipendenze da sostanze legali?
6. Pensate che le dipendenze da sostanze legali siano qualcosa che interessi anche i ragazzi della vostra età?
7. Pensate di usare in maniera eccessiva, sbagliata sostanze eccitanti, stimolanti (caffè, ginseng, ecc.)? Se sì, perché?
8. Le sostanze di cui stiamo parlando sono pericolose in sé o è pericoloso l'uso che se ne fa?
9. Perché pensate che queste sostanze vengono chiamate "Smart Drugs", cioè droghe furbe?
10. Pensate di conoscere qualcuno che faccia un uso eccessivo, o sbagliato, di queste sostanze?
11. Avete disponibilità di queste sostanze in casa?
12. ...
13.

Figura 7. Domande da utilizzare come guida per il dibattito

L'educatore dovrà introdurre l'argomento e lasciare poi i ragazzi liberi di esprimersi, informandoli circa la possibilità di ispirarsi alle domande sui cartoncini per far progredire il dibattito. È importante che l'educatore faccia attenzione a non assumere un atteggiamento giudicante e che eviti di correggere ogni cosa (anche sbagliata) detta dai ragazzi per non pregiudicare il libero confronto e intimidire i ragazzi nell'espone i propri dubbi.

Le nozioni esatte sull'argomento verranno fornite e i falsi miti sfatati nella seconda fase di questo percorso di comprensione. Potrebbe essere utile, per questo tipo di dipendenza, una breve indagine epidemiologica condotta precedentemente (passo 1 "Pianificare e condurre una valutazione bio-psico-sociale del problema, compresi dati epidemiologici di incidenza, frequenza e mortalità" delle schede di intervento prima proposte) per avere un quadro più chiaro dell'utilizzo di sostanze stimolanti legali nella classe in cui si interviene.

ATTIVITÀ 2: CAPIRE LE ... NUOVE DIPENDENZE DA SOSTANZA

Obiettivo: Costruire conoscenza sulle nuove dipendenze da sostanza

Descrizione: l'educatore utilizzerà la tecnica STAD (*Student Team Achievement Division*). Raccoglie del materiale scientificamente corretto in materia di dipendenze tecnologiche (si può far riferimento a questo manuale, ai testi specialistici in materia o al completo e chiaro manuale edito da OssFAD, "Nuove droghe; SMART DRUGS, le droghe furbe", disponibile gratuitamente online¹⁸ e dovrà dividere il materiale in tante unità d'apprendimento quanti saranno i gruppi (composti da 4-5 ragazzi) che si formeranno dalla divisione della classe. Il materiale dovrà essere modificato a seconda dell'età del ragazzo. In generale, nelle scuole primarie le informazioni dovranno essere fornite su foglietti colorati, le frasi dovranno essere brevi e chiare e possibilmente corredate da disegni e fumetti e l'educatore dovrà essere disponibile per qualsiasi spiegazione; altresì, dalle scuole secondarie di I grado in poi le frasi e la mole di materiale si potrà via via complessizzare sino ad arrivare a fornire, negli ultimi anni delle secondarie di II grado, interi brani specialistici ai ragazzi.

Dopo aver studiato le proprie unità d'apprendimento i ragazzi verranno "testati" nella loro comprensione attraverso mini-quiz orali (Figura 8).

¹⁸ www.iss.it/ofad/drog/cont.php?id=227&lang=1&tipo=5 (ultima consultazione 25/8/2009)

- “Quali alimenti contengono caffeina, oltre il caffè? Cioccolato, cioccolata e tè, nessuna, neanche il caffè, solo il caffè.”
- “Cosa provoca un eccesso di caffeina? Nulla, maggior attenzione, tremori e agitazione sino a problemi più gravi, ecc.”

Figura 8. Domande esempio per il miniquiz

L'apprendimento cooperativo continua facendo ruotare le unità in modo che ogni gruppo, alla fine, avrà studiato e sarà stato testato su ciascuna di esse; poi, riuniti i gruppi, si provvederà ad un breve dibattito e ad eventuali chiarimenti.

Il terzo passo consiste nel creare diagrammi di flusso, sulla base delle nozioni apprese, che permettano ai ragazzi di confrontarsi personalmente con la materia in questione e di apprendere fattivamente le relazioni e le attribuzioni causali di singole azioni legate al comportamento patologico.

ATTIVITÀ 3: RIFLETTERE SULLE ... NUOVE DIPENDENZE DA SOSTANZA

Obiettivo: sviluppare il pensiero critico sulle nuove dipendenze da sostanza.

Descrizione: l'educatore per questa attività utilizza il *flow-chart*. Serviranno cartoncini, pennarelli a punta grande di diversi colori, una lavagna di plastica o un supporto di sughero cui attaccare i cartoncini. L'educatore attaccherà il primo cartoncino e vi scriverà una frase del tipo “Alessio (nome fittizio) ha problemi di attenzione perché dorme poco”; poi scriverà su due cartoncini “Alessio prende un po' di caffè solo al mattino per ‘tirarsi su’ ma chiede aiuto ai genitori per il problema dell'insonnia” e “Alessio prende un po' di caffè solo al mattino per ‘tirarsi su’ e sente che questo gli risolve i problemi di stanchezza” e si chiederà ai ragazzi se i due comportamenti vengono ritenuti problematici.

Poi si chiederà quale dei due comportamenti, anche se in sé ancora non patologici, potrebbero causare eventi problematici in futuro (nel nostro caso, il non chiedere aiuto per l'insonnia oppure il pensare di essere così forte da non dormire più perché tanto c'è il caffè che può aiutare). Si continua ad attaccare cartoncini che riportano azioni man mano più problematiche (“Alessio decide di studiare solo di notte e di divertirsi di giorno perché tanto il caffè e altre sostanze stimolanti lo aiutano ad avere energia” o “Alessio pensa che l'energia data dalle sostanze stimolanti lo renda invincibile” o “Alessio prova ansia e agitazione se non assume le sostanze stimolanti prima di andare a scuola”, ecc.) secondo questo diagramma di flusso (Figura 9).

È importante che ogni diagramma di flusso termini con la soluzione (“Alessio chiede aiuto alla mamma”; “Alessio parla del suo problema con gli insegnanti”, ecc.).

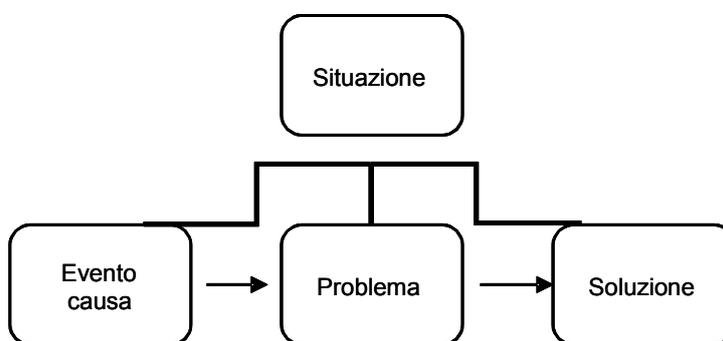


Figura 9. Diagramma di flusso da utilizzare nell'attività

ATTIVITÀ 4: VIVERE LE... NUOVE DIPENDENZE DA SOSTANZA

Obiettivo: sperimentare, in un ambiente protetto, le emozioni legate alle nuove dipendenze da sostanza

Descrizione: l'educatore utilizzerà il *role playing* per aiutare i ragazzi a mettersi nei panni di una persona che vive un problema e per sviluppare la loro capacità di riflettere sulle emozioni che si provano in queste situazioni. A questo scopo, può essere ripresa, come canovaccio, la storia sceneggiata durante l'attività del *flow-chart* chiedendo loro esplicitamente di verbalizzare le emozioni, sempre stando attenti a contenerli e rassicurarli e a sospendere il giudizio (soprattutto se durante la recita gridano, piangono, esultano, ecc.). Per iniziare si trovano, tra i ragazzi della classe, i volontari che saranno gli interpreti principali e si chiede agli altri di fare il "pubblico partecipante", spiegando loro che possono intervenire, chiedere, modificare la sceneggiatura e altro, ma sempre nel rispetto di chi sta recitando in quel momento. Si può far fare l'esperienza di attore ad ogni ragazzo che ne esprime il desiderio, anche ripetendo l'esperienza di *role playing*. È importante che le emozioni suscitate non rimangano sospese ma trovino un momento di elaborazione creativa attraverso la discussione, il confronto e la produzione artistica.

ATTIVITÀ 5: PERFEZIONE... AD OGNI COSTO!

Obiettivo: sviluppare il pensiero critico sulle nuove dipendenze da sostanza.

Descrizione: durante questa attività, sarà utilizzata la tecnica di *brainstorming* per la produzione di disegni, scritti e materiale multimediale. L'educatore legge insieme alla classe il brano sottostante poi guida la riflessione ponendo alcune domande. Terminata la discussione guidata, si lasciano circa 30 minuti ai ragazzi per discutere liberamente di ciò che hanno provato, chiedendo loro di analizzare azioni e sentimenti, cause ed emozioni e spingendoli a fornire soluzioni, pareri, ecc. L'attività termina con la richiesta di produrre uno scritto, un disegno, un video, che riassume questa esperienza di presa di coscienza e che possa poi essere condivisa con tutti (specie nel caso di disegni o scritti si suggerisce di attaccarli in classe, visibili sempre e da tutti). In quest'ultima fase, i ragazzi scelgono di lavorare in gruppo o singolarmente a seconda delle loro preferenze.

Il caso

Alessio è un ragazzo di quindici anni che frequenta il liceo classico. È molto ambizioso e da sempre ha voluto essere il "primo": il primo a scuola, il primo nello sport, ecc. Negli ultimi tempi, a causa dei mille impegni che porta avanti ha iniziato a provare una insolita stanchezza, accompagnata da difficoltà nel dormire. I genitori non si accorgono di questo disagio, troppo concentrati sui successi del figlio.

Dopo essersi addormentato a scuola, Alessio decide di correre ai ripari: non è dai lui avere queste *défaillances* e soffre per le innocue prese in giro degli amici che prima lo rispettavano, anzi lo temevano per la sua bravura e la sua costante "perfezione"! Non sapendo come riguadagnare il sonno perduto decide di prendere il caffè: sa che "tiene svegli" e vuole provare. Per i primi 2 mesi il caffè funziona: lui si sente energico, quasi "elettrico". Tuttavia, dopo la prima settimana, capisce che deve aumentare le dosi: non sempre il caffè del mattino basta, così in 2 mesi arriva a 10-12 caffè al giorno. Preferisce prendere il caffè al bar, magari davanti agli amici per fare il gradasso: ride e dice loro che sta facendo le prove generali per quando, da grande, sarà uno stressatissimo e famosissimo avvocato così impegnato da non aver tempo di mangiare, ma solo di prendere caffè. Tuttavia comincia ad avvertire degli effetti collaterali: suda, ha tremori, non dorme più salvo crollare ogni due o tre giorni dallo sfinimento, ha male allo stomaco e comincia a non avvertire più i benefici di prima.

Decide di smettere con il caffè, spaventato, ma si accorge ben presto che non riesce a farne a meno. Nello stesso periodo in casa di Alessio si respira un'aria particolare: entrambi i genitori, anche loro molto ambiziosi, sono stati promossi a lavoro e sono sempre meno presenti e quando lo sono non fanno altro che far assorbire al figlio un'aria di ricerca di successo, sfida, ecc. Lui si sente un fallito e capisce che è stato un codardo ad avere paura: il caffè non ha mai ucciso nessuno! Anzi, fa di più: cerca in internet se esistono delle sostanze che può comprare in farmacia od in erboristeria che hanno un effetto energizzante maggiore rispetto al caffè. Su un sito trova il nome di alcune sostanze "naturali" e le va subito a cercare: in farmacia non le hanno e gli sconsigliano di comprarle; in erboristeria le hanno, ma sono restii a venderglielie.

Riesce a prenderle, ma si accorge che non è così facile procurarsele lì: va allora al supermercato e si rende conto che vi sono dei prodotti che contengono quelle sostanze e ne compra moltissimi, dilapidando la paghetta di tre mesi. Inizia la sperimentazione, occultando tutti questi prodotti in cassetti che la madre non aprirà mai. Non capisce perché inconsciamente si comporti come se stesse facendo qualcosa di illegale, quando invece sta assumendo dei semplici integratori venduti regolarmente nei negozi. Ride di questo gioco della mente e si sente invincibile.

Nei cinque mesi successivi assume cocktail non controllati di queste sostanze stimolanti, che lo fanno sentire senza limiti: a scuola è il migliore, nello sport batte sempre i suoi amici, non perde mai un'uscita (i suoi compagni, oramai, non riescono più a stargli dietro). Poi un giorno, dopo che le dosi di integratori assunte erano aumentate esponenzialmente, Alessio si sente male a casa: comincia a rimettere, ha dolori muscolari, ha un mal di testa fortissimo, vede puntini luminosi, ha un'epistassi. I genitori lo portano al Pronto Soccorso: dopo le analisi di rito i medici chiedono sia al ragazzo, sia ai genitori (separatamente) se faccia uso di sostanze stimolanti. Lui nega spaventato, i genitori negano ignari e tutto sembra risolversi con un paio di giorni di ospedalizzazione. Al ritorno a casa i genitori ricominciano con le loro assenze dovute al lavoro e chiudono lì il problema imputandolo al troppo esercizio fisico. Alessio cerca di smettere, angosciato dagli ultimi eventi: butta via tutto e cerca di ricominciare come sempre.

Comincia però a sentirsi inadeguato, pensa che senza la sostanza stimolante non possa più avere successo a scuola e con gli amici: si sente bloccato, inetto, quasi dimentica che fino a pochi mesi prima lui era bravo anche senza usare gli stimolanti.

Quando i voti cominciano a calare, pur rimanendo nella media, i genitori lo sgridano; lui allora torna al supermercato e compra nuovamente una grossa quantità di sostanza energizzanti. Torna a casa, le nasconde e ricomincia.

Una mattina, però, il padre, svegliatosi prima, si accorge che Alessio ha in mano qualcosa: gli chiede spiegazioni e lui (che sta cominciando di nuovo ad avere spiacevoli effetti collaterali) cede e spiega tutto.

I genitori, sgomenti, decidono di portarlo da uno psicologo; tuttavia, questo non è altro che uno scaricabarile. Lo psicologo lo fa presente ai genitori che vengono invitati ad iniziare una terapia familiare.

Attualmente, la terapia familiare, seppur faticosamente, sta iniziando a dare qualche frutto e Alessio è più sereno: ha imparato a inquadrare gli eventi nella loro giusta dimensione e a capire che la perfezione è un concetto astratto difficilmente raggiungibile. A scuola è sempre bravo e sta riconsiderando i suoi rapporti d'amicizia: i compagni sono sorpresi ma stanno reagendo bene a questo Alessio più rilassato e disponibile.

TRACCIA PER L'EDUCATORE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 5

- Sottolineate cinque parole che vi colpiscono e discutete in gruppo sul perché della vostra scelta.
- Secondo voi, perché Alessio cade nella rete delle nuove dipendenze da sostanza? Quali sono i fattori scatenanti?
- Possiamo definire Alessio “patologicamente” dipendente da sostanza legale?
- Quale pensate sia l'evento più grave che è capitato ad Alessio nei mesi in cui era dipendente dalla sostanza legale?
- Pensate che i tratti di personalità di Alessio possano essere legati alla sua dipendenza? Oppure pensate che sia più forte l'influenza ambientale? Dividete il gruppo in due e ciascuno dei due sottogruppi scelga una delle due teorie: fate quindi un dibattito cercando di sostenere le rispettive teorie (anche se non le condividete). Discutetene quindi in gruppo.
- Individuate dei “fattori di protezione” nella storia di Alessio, poi discutetene in gruppo.
- Individuate dei “fattori di rischio” nella storia di Alessio, poi discutetene in gruppo.
- Pensate che fosse inevitabile la veloce caduta di Alessio nella dipendenza dalla sostanza legale?
- Quali emozioni vi ha suscitato leggere la storia di Alessio? Discutetene in gruppo.
- Pensate che possa essere vera la storia di Alessio?
- Cosa avreste fatto voi al posto dei genitori di Alessio?
- Come ne esce, secondo voi, l'immagine dell'ambiente socio-relazionale in cui è immerso il ragazzo? Discutete a riguardo dei comportamenti della scuola, degli amici, della famiglia, ecc.
- Vi è mai capitato di venire a contatto con una storia simile a quella di Alessio?
- Pensate al futuro di Alessio: scrivete una decina di righe a riguardo e condividete il vostro pensiero col gruppo.

Nuove dipendenze comportamentali: shopping compulsivo e *love addiction* ¹⁹

ATTIVITÀ 1: PENSARE LE... NUOVE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Obiettivo: esplorare le conoscenze sulle nuove dipendenze comportamentali.

Descrizione: si inizia con circa 40 minuti di confronto libero sul tema del gioco d'azzardo patologico, utilizzando la tecnica del *circle time*. Il setting deve essere il più possibile informale e deve far sentire i ragazzi liberi di esprimere le proprie idee, i propri pareri, le proprie conoscenze; gli studenti si siedono in circolo, di modo che ognuno possa vedere e sentire tutti gli altri, con al centro cartoncini di diversi colori con su scritto l'argomento di cui si parlerà e le domande che costituiranno la guida al dibattito (Figura 10).

L'educatore dovrà introdurre l'argomento e lasciare poi i ragazzi liberi di esprimersi, informandoli circa la possibilità di ispirarsi alle domande sui cartoncini per far progredire il dibattito. È importante che l'educatore faccia attenzione a non assumere un atteggiamento giudicante e che eviti di correggere ogni cosa (anche sbagliata) detta dai ragazzi per non pregiudicare il libero confronto e intimidire i ragazzi nell'espone i propri dubbi.

Le nozioni esatte sull'argomento verranno fornite e i falsi miti sfatati nella seconda fase di questo percorso di comprensione.

¹⁹ Le cinque attività proposte (da intendersi come gerarchicamente legate dall'attività *Circle time* al *Brainstorming*) devono essere utilizzate nelle fasi 4, 5 e 6 delle griglie di attività di Educazione alla Salute nell'ambito delle Nuove Dipendenze nei tre gradi di scolarità prima proposte.

1. Cosa pensate siano le dipendenze comportamentali da shopping e da affetti?
2. Cosa vuol dire "dipendenza"?
3. Cosa vuol dire "patologico"?
4. Pensate si possa essere dipendenti da un comportamento e non solo da una sostanza?
5. Quali pensate siano le caratteristiche delle dipendenze comportamentali da shopping e da affetti?
6. Pensate che le dipendenze comportamentali da shopping e da affetti siano qualcosa che interessi anche i ragazzi della vostra età?
7. Pensate di avere un rapporto sbagliato con la qualità dei vostri acquisti e delle vostre relazioni amicali o amorose?
8. Quando un rapporto d'amicizia o d'amore diventa patologico?
9. Quando l'andare a fare shopping diventa eccessivo e patologico?
10. Pensate di conoscere qualcuno che abbia di questi problemi?
11. ...
12.
13.

Figura 10. Domande da utilizzare come guida per il dibattito

ATTIVITÀ 2: CAPIRE LE ... NUOVE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Obiettivo: costruire conoscenza sulle nuove dipendenze comportamentali

Descrizione: l'educatore si avvale della tecnica STAD (*Student Team Achievement Division*). Raccoglie del materiale scientificamente corretto in materia di dipendenze comportamentali da shopping e da affetti (si può far riferimento a questo manuale, al sito della Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive²⁰ o ai testi specialistici in materia) e lo divide in tante unità d'apprendimento quanti saranno i gruppi che si formeranno dividendo la classe in gruppi di 4-5 ragazzi. Dopo aver studiato le proprie unità d'apprendimento i ragazzi verranno "testati" nella loro comprensione attraverso mini-quiz orali (Figura 11).

"In una relazione d'amore o d'amicizia patologica, l'amato o l'amico è vissuto come: un soggetto senziente, un oggetto che dà rassicurazione, non viene vissuto come una persona con desideri, ma solo da sfruttare, ecc."
"Questi comportamenti patologici possono nascondere: l'insorgenza o la presenza di depressione, l'insorgenza o la presenza di ansia e stress, nulla di problematico a livello psicologico, ecc."

Figura 11. Domande esempio del mini quiz

L'apprendimento cooperativo continua facendo ruotare le unità in modo che ogni gruppo, alla fine, avrà studiato e sarà stato testato su ciascuna di esse; poi, riuniti i gruppi, si provvederà ad un breve dibattito e ad eventuali chiarimenti.

Il terzo passo consiste nel creare diagrammi di flusso, sulla base delle nozioni apprese, che permettano ai ragazzi di confrontarsi personalmente con la materia in questione e di apprendere fattivamente le relazioni e le attribuzioni causali di singole azioni legate al comportamento patologico.

ATTIVITÀ 3: RIFLETTERE SULLE ... NUOVE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Obiettivo: sviluppare il pensiero critico sulle nuove dipendenze comportamentali

²⁰ www.siipac.it (ultima consultazione 25/8/2009)

Descrizione: l'educatore utilizzerà per questa attività il *flow-chart*. Serviranno cartoncini, pennarelli a punta grande di diversi colori, una lavagna di plastica o un supporto di sughero cui attaccare i cartoncini. L'educatore attaccherà il primo cartoncino e vi scriverà una frase del tipo “Alessio (nome fittizio) ha speso molti soldi per un gioco per pc”; poi scriverà su due cartoncini “Alessio aveva messo da parte quei soldi in molte settimane rinunciando ai fumetti” e “Alessio ha chiesto soldi ai genitori promettendo di stare attento in futuro, ma ha preteso comunque la paghetta settimanale per i fumetti” e si chiederà ai ragazzi se i due comportamenti vengono ritenuti problematici. Poi si chiederà quale dei due comportamenti, anche se in sé ancora non patologici, potrebbero causare eventi problematici in futuro (nel nostro caso, l'aver preteso dai genitori sia il gioco sia la paghetta settimanale potrebbe portare Alessio a voler acquistare cose costose e non necessarie sempre più spesso, non avendo dovuto rinunciare a nulla). Si continua ad attaccare cartoncini, che riportano azioni via via più problematiche (“Alessio ricatta i genitori dicendo di non andare più a scuola pur di acquistare giochi costosi e inutili” o “Alessio spende la paghetta settimanale per qualcosa di cui non ha bisogno realmente ma che l'aveva semplicemente incuriosito e poi pretende che i genitori gli comprino anche i fumetti” o “Alessio prova ansia, tristezza, agitazione se non acquista qualcosa che lo incuriosisce e poi, quando lo ottiene, perde subito l'interesse” o “Alessio non si rende conto dell'effettivo valore dei soldi e non sa quanto i genitori guadagnino mensilmente e spendano per la casa”, ecc.) secondo questo diagramma di flusso (Figura 12).

È importante che ogni diagramma di flusso termini con la soluzione (“Alessio chiede aiuto alla mamma”; “Alessio parla del suo problema con gli insegnanti”, ecc.).

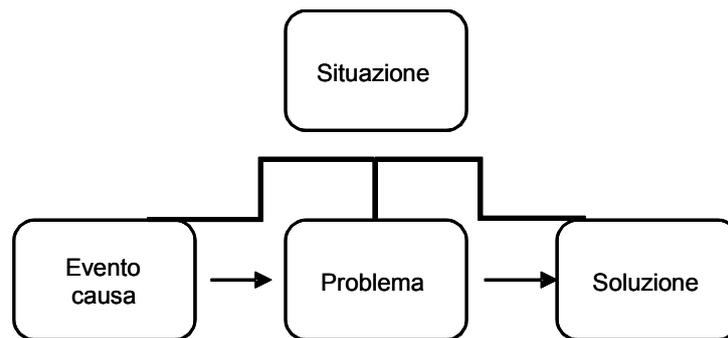


Figura 12. Diagramma di flusso da utilizzare nell'attività

ATTIVITÀ 4: VIVERE LE ... NUOVE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Obiettivo: sperimentare, in un ambiente protetto, le emozioni legate alle nuove dipendenze da sostanza.

Descrizione: l'educatore utilizzerà il *role playing* per aiutare i ragazzi a mettersi nei panni di una persona che vive un problema e per sviluppare la loro capacità di riflettere sulle emozioni che si provano in queste situazioni. A questo scopo, può essere ripresa, come canovaccio, la storia sceneggiata durante l'attività del *flow-chart* chiedendo loro esplicitamente di verbalizzare le emozioni, sempre stando attenti a contenerli e rassicurarli e a sospendere il giudizio (soprattutto se durante la recita gridano, piangono, esultano, ecc.). Per iniziare si trovano, tra i ragazzi della classe, i volontari che saranno gli interpreti principali e si chiede agli altri di fare il “pubblico partecipante”, spiegando loro che possono intervenire, chiedere, modificare la sceneggiatura e altro, ma sempre nel rispetto di chi sta recitando in quel momento. Si può far

fare l'esperienza di attore ad ogni ragazzo che ne esprime il desiderio, anche ripetendo l'esperienza di *role playing*. È importante che le emozioni suscitate non rimangano sospese ma trovino un momento di elaborazione creativa attraverso la discussione, il confronto e la produzione artistica.

ATTIVITÀ 5: INUTILI OGGETTI ...

Obiettivo: sviluppare il pensiero critico sulle nuove dipendenze comportamentali.

Descrizione: durante questa attività, sarà utilizzata la tecnica di *brainstorming* per la produzione di disegni, scritti e materiale multimediale. L'educatore legge insieme alla classe il brano sottostante poi guida la riflessione ponendo alcune domande. Terminata la discussione guidata, si lasciano circa 30 minuti ai ragazzi per discutere liberamente di ciò che hanno provato, chiedendo loro di analizzare azioni e sentimenti, cause ed emozioni e spingendoli a fornire soluzioni, pareri, ecc. L'attività termina con la richiesta di produrre uno scritto, un disegno, un video, che riassume questa esperienza di presa di coscienza e che possa poi essere condivisa con tutti (specie nel caso di disegni o scritti si suggerisce di attaccarli in classe, visibili sempre e da tutti). In quest'ultima fase, i ragazzi scelgono di lavorare in gruppo o singolarmente a seconda delle loro preferenze.

Il caso

Alessio è un ragazzo di quindici anni che vive nella periferia di una grande città. È un figlio unico coccolato dai genitori: qualsiasi cosa lui voglia loro gliela danno. Va discretamente a scuola, ha pochi buoni amici e molti conoscenti: la sua vita scorre lenta e tranquilla, senza eventi particolari.

Un giorno, tuttavia, accade qualcosa di inspiegabile ma piacevolissimo per Alessio: arriva a scuola con il motorino, che i genitori gli hanno comprato perché preoccupati del fatto che lui debba attraversare una strada buia, lunga e mal frequentata nel tragitto da casa a scuola, e tutti sembrano accorgersi di lui. Le ragazze gli chiedono di far fare loro un giro o di accompagnarle a casa, i ragazzi cominciano a trattarlo come uno "tosto", ecc. Improvvisamente al centro dell'attenzione lui avverte sensazioni mai provate: si sente gratificato, "forte", popolare e imputa tutto al nuovo acquisto.

Nei giorni successivi la noia riprende a dominare la vita di Alessio: decide così di andare in città per comprarsi dei nuovi vestiti. Quest'acquisto, anche se in misura minore, sortisce lo stesso effetto dell'altro: lui è di nuovo al centro dell'attenzione. Per le feste di Natale riceve in regalo la Playstation: lui prova una gioia immensa, quasi mai provata, nell'aver questo oggetto molto costoso, anche se nei giorni successivi quasi si dimentica di averla. Anche per il motorino è così: dopo i primi giorni ha perso il gusto di usarlo, spesso fa il tragitto a piedi.

Eppure l'eccitazione del nuovo acquisto non la dimentica: così, Alessio comincia a pensare a cosa può acquistare nuovamente. Comincia a dilapidare la paghetta settimanale in cose futili che lo divertono solo per i pochi istanti successivi all'acquisto. Accumula nella sua camera una tale quantità di oggetti (giochi, giochi elettronici, vestiti, oggetti per lo sport, ecc.) che neanche si ricorda ed è spesso costretto a portarla in cantina o buttarla per riguadagnare spazio. Quando i genitori, preoccupati da questo strano comportamento, gli fanno notare la cosa lui fa spallucce e spiega loro che avere oggetti di moda gli permette di essere popolare e di sopravvivere in un ambiente noioso e degradato come quello in cui vive. Loro non sono convinti, ma confidano nel fatto che questo sia un capriccio momentaneo: tuttavia la madre comincia a spiare le mosse di Alessio sempre più ansiosa.

Neanche Alessio, nel profondo, è convinto della spiegazione data ai genitori: non gli importa più, infatti, della reazione che possono avere i compagni, gli importa solo del senso di pienezza ed euforia che lo prende quando acquista un nuovo oggetto. Anzi, i suoi compagni non sono neanche più tanto interessati a questo sfoggio di averi e lui si sta chiudendo in sé stesso più di prima: gli amici e la sua vita non sono così affascinanti come quegli oggetti particolari o preziosi che lui acquista. A scuola Alessio comincia ad essere distratto, sembra sempre tra le nuvole e poco ricettivo agli stimoli che gli insegnanti sembrano fornirgli: d'altro canto lui avverte questo vuoto, ma sa come riempirlo e gratificarsi, quindi non si preoccupa. I problemi iniziano con la cassa integrazione del padre che costringe l'intera famiglia ad un ridimensionamento nelle spese: dopo

l'iniziale momento di depressione lui cerca di tornare alla sua vita, ma si accorge di non riuscirci. Così comincia a minacciare di voler lasciare la scuola e andare a lavoro pur di acquistare degli "inutili oggetti" per lui così indispensabili. In famiglia scorrono lacrime e grida: i genitori sanno di non negargli nulla e non capiscono la furia di Alessio.

Quando il ragazzo minaccia di scappare di casa se i genitori non gli daranno i soldi per l'ennesimo gioco elettronico (che spesso neanche inizia) la madre va a parlare con una insegnante particolarmente sensibile per chiedere consiglio.

L'insegnante le consiglia di andare al consultorio della loro Asl e di spiegare i problemi di Alessio. I genitori, insieme, vanno in consultorio e parlano con una psicologa che spiega loro tutto e chiede di vedere Alessio.

Alessio, attualmente, è in terapia e i genitori gli sono sempre vicini, anche se hanno imparato, grazie allo psicologo, a dire delle volte dei sani "no". Alessio è meno depresso, più attivo e sta cercando di tirare fuori la sua creatività; non ha lasciato la scuola e ha ricominciato ad uscire con i suoi amici più stretti.

TRACCIA PER L'EDUCATORE PER SVOLGERE L'ATTIVITÀ 5

- Sottolineate cinque parole che vi colpiscono e discutete in gruppo sul perché della vostra scelta.
- Secondo voi, perché Alessio cade nella rete dello shopping compulsivo? Quali sono i fattori scatenanti?
- Possiamo definire Alessio "patologicamente" dipendente dallo shopping?
- Quale pensate sia l'evento più grave che è capitato ad Alessio nei mesi in cui era dipendente dallo shopping?
- Pensate che i tratti di personalità di Alessio possano essere legati alla sua dipendenza? Oppure pensate che sia più forte l'influenza ambientale? Dividete il gruppo in due e ciascuno dei due sottogruppi scelga una delle due teorie: fate quindi un dibattito cercando di sostenere le rispettive teorie (anche se non le condividete). Discutetene quindi in gruppo.
- Individuate dei "fattori di protezione" nella storia di Alessio, poi discutetene in gruppo.
- Individuate dei "fattori di rischio" nella storia di Alessio, poi discutetene in gruppo.
- Pensate che fosse inevitabile la veloce caduta di Alessio nello shopping compulsivo?
- Quali emozioni vi ha suscitato leggere la storia di Alessio? Discutetene in gruppo.
- Pensate che possa essere vera la storia di Alessio?
- Cosa avreste fatto voi al posto dei genitori di Alessio?
- Come ne esce, secondo voi, l'immagine dell'ambiente socio-relazionale in cui è immerso il ragazzo? Discutete a riguardo dei comportamenti della scuola, degli amici, della famiglia, ecc.
- Vi è mai capitato di venire a contatto con una storia simile a quella di Alessio?
- Pensate al futuro di Alessio: scrivete una decina di righe a riguardo e condividete il vostro pensiero col gruppo.

Bibliografia

- Alonso-Fernández F. Eating addiction/La adicción a la comida. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de las Salud* 2005;13(3):383-94.
- Alonso-Fernandez F. *Le altre droghe*. Roma: EUR; 1999.
- Baiocco R, Couyoumdjian A, Del Miglio C. Adolescent behavioural addiction: Perception by social and sanitary personnel/Le dipendenze comportamentali degli adolescenti: Uno studio sulla rappresentazione degli operatori sanitari e sociali. *Ricerche di Psicologia* 2004;27(2):35-59.
- Baiocco R, Couyoumdjian A, Langellotti M, Del Miglio C. Gioco d'azzardo problematico, tratti di personalità e attaccamento in adolescenza. *Età Evolutiva* 2005;81:56-67.
- Ballon N, Roy C, Lacoste J, Charles-Nicolas A. Specificities in the application of behavioural and cognitive therapies to addictions - an experience in Martinique with adolescents under court protection orders. *Annales Médico-Psychologiques* 2003;161(5):389-92.
- Baltes P B, Reese HW. L'arco della vita come prospettiva in psicologia evolutiva. *Età evolutiva* 1986;2.
- Barnard KE. Is there a developmental pathway leading to addictive behavior? *Journal of Addictions Nursing* 2004;15(2):49-50.

- Barsky A, Coleman H. Evaluating skill acquisition in motivational interviewing: The development of an instrument to measure practice skills. *Journal of drug education* 2001;31(1):69-82.
- Becoña E. Addictive behaviors: The problem of the 21st century? *Psicologia Contemporanea* 1998;5(1):4-15.
- Biglan A, Brennan PA, Foster SL, Holder HD. *Helping adolescents at risk: Prevention of multiple problem behaviors*. New York, NY, US: Guilford Press; 2004.
- Bonino S, Cattellino E, Ciairano S. *Adolescenti e rischio: comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti; 2003.
- Bonino S. (Ed.). *Dizionario di Psicologia dello Sviluppo*. Torino: Einaudi; 2000.
- Breen RB, Zuckerman M. Chasing in gambling behaviour: personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences* 1999;27:1097-111.
- Brugal MT, Rodríguez-Martos A, Villalbí JR. New and old addictions: Implications for public health. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 2006;Suppl 1:55-62.
- Brusset B. Addictive dependence and affective dependence. *Revue Française de Psychanalyse* 2004;68(2):405-20.
- Campbell WG. Addiction: A disease of volition caused by a cognitive impairment. *Canadian Journal of Psychiatry* 2003;48(10):669-74.
- Cancrini L, Coletti M. (Ed.). Il gioco d'azzardo come dipendenza. *Itaca* 2001;15.
- Cancrini L. Schiavo delle mie brame. *Storie di dipendenza da droghe, gioco d'azzardo, ossessioni di potere*. Roma: Frassinelli; 2003.
- Cantelmi T, Del Miglio C, Talli M, D'Andrea A. *La mente in internet. Psicopatologia delle condotte on line*. Padova: Piccin; 2000.
- Caretti V, La Barbera D. (Ed.). *Le dipendenze patologiche*. Milano: Raffaello Cortina; 2005.
- Carnes PJ, Murray RE, Charpentier L. *Addiction interaction disorder*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc; 2004.
- Christo G, Jones SL, Haylett S, Stephenson GM, Lefever RMH, Lefever R. The shorter PROMIS questionnaire: Further validation of a tool for simultaneous assessment of multiple addictive behaviours. *Addictive Behaviors* 2003;28(2):225-48.
- Clarke D. Gambling and the trait of addiction in a sample of new zealand university students. *New Zealand Journal of Psychology* 2003;32(1):39-48.
- Coombs RH, Howatt WA. *The addiction counselor's desk reference*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2005.
- Corcus M. Dependent behaviour in adolescence/Conduites de dépendance à l'adolescence le circulaire ou les métamorphoses secrètes de l'absence. *Revue Française de Psychanalyse* 2004;68(2):469-93.
- Costa PT Jr, McCrae RR. Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences* 1992;13:653-665.
- Costa PT. Jr, McCrae RR. *NEO-PI-R: Revised personality inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.; 1992.
- Couyoumdjian A, Baiocco R, Del Miglio C. *Adolescenti e nuove dipendenze*. Roma-Bari: Laterza; 2006.
- Croce M. Gioco d'azzardo e psicopatologia: la difficile inclusione. In: G. Lavanco (Ed.). *Psicologia del gioco d'azzardo* Milano: McGraw-Hill; 2001. pp.- 51-75.
- Croce M. Il gioco d'azzardo tra normalità e patologia. In: D. Capitanucci, V. Marino (Ed.). *La vita in gioco?* Milano: Franco Angeli; 2002. pp. 64- 74.

- Del Miglio C, Couyoumdjian A, Patrizi M. Behavioural dependences in adolescents: Video-games and gambling/Dipendenze comportamentali negli adolescenti: Videogiochi e gioco d'azzardo. *Psicologia Clinica dello Sviluppo* 2005;9(2):231-48.
- Demmel R. Internet addiction: A Review/Internet addiction: Ein literaturüberblick. Sucht: *Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 2002;48(1):29-46.
- Derman K. Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover. *Journal of studies on alcohol* 2003;64(6):894.
- Dickson LM, Derevensky JL, Gupta R. Harm reduction for the prevention of youth gambling problems: Lessons learned from adolescent high-risk behavior prevention programs. *Journal of Adolescent Research* 2004;19(2):233-63.
- Dorsey S, Forehand R. The relation of social capital to child psychosocial adjustment difficulties: the role of positive parenting and neighborhood dangerousness. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment* 2003;25:11-23.
- Dove A. New addiction research unlikely to be applied. *Nature medicine* 2001;7(7):757.
- Echeburúa E, de Corral P, Amor PJ. The challenge of new addictions: Therapeutic goals and ways of intervention/El reto de las nuevas adicciones: Objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de las Salud* 2005;13(3):511-25.
- Edizioni Universitarie Romane (EUR) (Ed.). Speciale: Le nuove dipendenze. *Attualità in Psicologia* 2001;1-2.
- Ellis A. Addictive behaviors and personality disorders. *Social Policy* 1998;29, 2, winter, 29(2):25-30.
- Eurispes. Rapporto Italia. Roma: Eurispes; 2005.
- Eysenck HJ. Four ways five factors are not basic. *Personality and Individual Differences* 1992;13:667-73.
- Eysenck HJ. *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1967.
- Fischer S, Smith GT, Spillane NS, Cyders MA. Urgency: Individual differences in reaction to mood and implications for addictive behaviors. In: Clark AV. (Ed.). *Psychology of moods*. Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers; 2005. pp. 85-107.
- Franco Angeli Edizioni (Ed.). Le nuove dipendenze. *Psicobiettivo* 2004;XXIV(2).
- Gergen KJ, Gergen MM. *Psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino; 1990.
- Goldberg LR. An alternative description of personality: The big five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;59:1216-29.
- Grant JE, Potenza MN. Pathological gambling and other "behavioral" addictions. In: Frances RJ, Miller SI, Mack AH. (Ed.). *Clinical textbook of addictive disorders, 3rd ed*. New York, NY: Guilford Publications; 2005. pp. 303-320.
- Grant JE, Steinberg MA. Compulsive sexual behavior and pathological gambling. *Sexual Addiction & Compulsivity* 2005;12(2):235-44.
- Gray JA. The neurophysiology of temperament. In: Strelau J, Angleitner A. (Ed). *Explorations intemperament: international perspectives on theory and measurement*. Plenum Press: London; 1991.
- Green LW, Kreuter M. *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach with Powerweb Bind-In Card*. New York: McGraw-Hill Humanities; 2004.
- Griffiths MD. Videogame addiction: An overview of the literature/Adicción a los videojuegos: Una revisión de la literatura. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de las Salud* 2005;13(3):445-62.
- Guarino A, Serantoni G, Vitiello A, Lopez E. Il tempo del rischio nello sviluppo: la Prospettiva Temporale come fattore di rischio e di protezione negli stili di vita e nei comportamenti a rischio dei

- preadolescenti. In: D'Alessio M, Laghi F. (Ed.). *La preadolescenza: identità in transizione tra rischi e risorse*. Padova: Piccin; 2006.
- Guarino A, Serantoni G, Vitiello A, Lopez E. L'esigenza di indagine degli atteggiamenti nella rilevazione epidemiologica: presentazione del Q.C.R. – forma 14-18 anni (Questionario d'Indagine sui Comportamenti a Rischio). In: Cicognani E, Palestini L. (Ed.). *Promuovere benessere con persone gruppi comunità*, Cesena: Il Ponte Vecchio; 2006. p. 338.
- Guarino A, Serantoni G, Vitiello A. Il rischio in preadolescenza: modelli teorici e metodi di indagine. Atti del Seminario di Formazione “Dall'educazione alla salute all'educazione alla solidarietà: esperienze a confronto e prospettive future”. MIUR, Ufficio Scolastico regionale del Lazio, Roma 10-11 novembre 2005.
- Guerreschi C. *New Addiction. Le nuove dipendenze*. Milano: Edizioni San Paolo; 2005.
- Hald GM. Pornography & internet addiction: Caught in the Net. *Psyke & Logos*. Special Issue: *Addictions* 2005;26(1):118-36.
- Hall AS, Parsons J. Internet addiction: College student case study using best practices in cognitive behavior therapy. *Journal of Mental Health Counseling* 2001;23(4):312-27.
- Haller R. Do we need a new addiction medicine specialty?. *Wiener klinische Wochenschrift* 2004;116(4):110-1.
- Haylett SA, Stephenson GM, Lefever RMH. Covariation in addictive behaviours: A study of addictive orientations using the shorter PROMIS questionnaire. *Addictive Behaviors* 2004;29(1):61-71.
- Heather N, Gilvarry E. Addictions '98: “comorbidity across the addictions”: Introduction to a special issue of addictive behaviors. *Addictive Behaviors* 1998;23(6):715-6.
- Heidenreich T, Hoyer J. Stages of change in addictive behaviors: A methodological Overview. *Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis* 2001;47(3):158-70.
- Hodgins DC. Processes of changing gambling behavior. *Addictive Behaviors* 2001;26(1):121-128.
- Horvath P, Zuckerman M. Sensation Seeking, risk appraisal and risky behaviour. *Personality and Individual Differences* 1993;14:41-52.
- Istituto Doxa. *Junior 2002: indagine sui comportamenti dei ragazzi 5-13 anni*. www.doxa.it/kids/teensmedia.html (ultima consultazione 17/06/2009).
- Johnson B. Psychological addiction, physical addiction, addictive character, and addictive personality disorder: A nosology of addictive disorders. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 2003;11(1):135-60.
- Khantzian EJ, Golden-Schulman SJ, McAuliffe WE. Group therapy. In M. Galanter, & H. D. Kleber (Ed.). *The american psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment*. 3rd. ed. Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004. pp. 391-403.
- Kodra Y, Colitti S, Perra A, Bella A, Bellomo AR. Comportamenti a rischio e malessere sociale: i risultati dell'indagine tra gli studenti delle scuole medie superiori di Ostia, Roma. *Inserto BEN - Not Ist Super Sanità* 2004; 17(6):i-ii.
- La Barbera D. Le dipendenze tecnologiche. Le mente dei nuovi scenari dell'addiction “tecnomediata”. In: Caretti VD, La Barbera D. (Ed.). *Le dipendenze patologiche* Milano: Raffaello Cortina; 2005. pp. 113-32.
- Lavanco G, Varveri L. Gioco d'azzardo. Una scommessa tra il benessere e la patologia. In: Caretti V, La Barbera D. (Ed.). *Le dipendenze patologiche* Milano: Raffaello Cortina; 2005. pp. 205-33.
- Lavanco G, Varveri L. Le nuove forme d'azzardo. *Psicologia Contemporanea* 2006;194(marzo/aprile).
- Lavenia G. Tempo, percezione, sé e identità nella grande rete. *Nostos-Quaderni di Psichiatria, Psicologia e Psicoterapia* 2006;1(Anno 1):20-1.
- Lavenia G. Verso una nuova dipendenza? *Nostos – Quaderni di Psichiatria, Psicologia e Psicoterapia* 2006;0(Anno 1):14-5.

- Logue AW. *The psychology of eating and drinking* (3rd ed.). New York, NY, US: Brunner-Routledge; 2004.
- Lundberg D, Kelly VA, Liles RG. Gambling addictions. In V. A. Kelly, & G. A. Juhnke (Ed.). *Critical incidents in addictions counseling*. Alexandria, VA, US: American Counseling Association; 2005. pp. 113-123.
- Maddux JF, Desmond DP. Addiction or dependence? *Addiction* 2000;95(5):661-5.
- Magoon ME, Gupta R, Derevensky J. Juvenile delinquency and adolescent gambling: Implications for the juvenile justice system. *Criminal Justice and Behavior* 2005;32(6):690-713.
- Martins SS, Tavares H, da Silva Lobo DS, Galetti AM, Gentil V. Pathological gambling, gender, and risk-taking behaviors. *Addictive Behaviors* 2004;29(6):1231-5.
- McCown WG, Chamberlain LL. *Best possible odds: Contemporary treatment strategies for gambling disorders*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons, Inc.; 2000.
- McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Smith JM, Strakowski SM. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry* 1994;55(6):242-8.
- Miller WR, Rollnick S. *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Trento: Erickson; 2004.
- Muñoz-Rivas M, Agustin S. Addiction to mobile phone. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de las Salud* 2005;13(3):481-93.
- Nielsen SK, Booth JD. The emerging challenge of food addictions: Retooling treatment models to address the need of obese and overweight clients. In: Walz GR, Bleuer JC, Yep RK (Ed.). *ACA annual convention 2006 US*. Alexandria, VA: American Counseling Association; 2006.
- Nower L, Deverersky JL, Gupta R. The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behavior* 2004;18:49-55.
- Pacula RL, Chaloupka FJ. The effects of macro-level interventions on addictive behavior. *Substance use & misuse* 2001;36(13):1901-1922.
- Pacula RL, Chaloupka FJ. The effects of macro-level interventions on addictive behavior. *Substance Use & Misuse*, 2001;36, 13, 36(13):1901-1922.
- Page RC, Bailey JB. Addictions counseling certification: An emerging counseling specialty. *Journal of Counseling & Development*. Special Issue: Professional counseling: Spotlight on specialties 1995;74(2):167-71.
- Pallanti S, Rossi NB, Hollander E. *Pathological gambling*. Washington, DC, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2006.
- Pellai A, Boncinelli S. *Just do it! I comportamenti a rischio in adolescenza. Manuale di prevenzione per scuola e famiglia*. Milano: Franco Angeli; 2002.
- Petrucelli J, Stuart C. (Ed.). *Hungers and compulsions: The psychodynamic treatment of eating disorders and addictions*. Lanham, MD: Jason Aronson; 2001.
- Petry NM. A comparison of treatment-seeking pathological gamblers based on preferred gambling activity. *Addiction* 2003;98(5):645-55.
- Petry NM. Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction* 2006;101(Supp. 1):152-60.
- Petter G. *Dall'infanzia alla preadolescenza*. Firenze: Giunti Barbera; 1992.
- Petter G. *Problemi psicologici delle preadolescenza e dell'adolescenza*. Firenze: La Nuova Italia; 1990.
- Potenza MN, Fiellin DA, Heninger GR, Rounsaville BJ, Mazure CM. Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications. *Journal of General Internal Medicine* 2002;17(9):721-32.

- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. In: Salovey P, Rothman AJ. (Ed.). *Social psychology of health*. New York, NY: Psychology Press; 2003. pp. 63-77.
- Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, Ill.: Dow Jones Irwin; 1984.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N. (Ed.). *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press; 1986.
- Ramos Brieva JA, Sansebastián Cabasés J, Madoz Gurrpide A. Development, validity and reliability of a general addiction scale. A preliminary study. *Actas Espanolas de Psiquiatria* 2001;29(6):368-72.
- Roberts AR. Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: the integrative ACT Intervention Model. *Brief treatment and Crisis Intervention* 2002;3:1.
- Roccella M, Paternò G, Bonanno M, Tusa F, Testa D. New addictions in the third millennium: Anabolic steroids as a substance of abuse. *Minerva pediatrica* 2005;57(3):129-35.
- Rodríguez-Villarino R, González-Lorenzo M, Fernández-González Á, Lameiras-Fernández M. Exploring the relationship between shopping addiction and other excessive behaviours: A pilot study. *Adicciones* 2005;17(3):231-40.
- Rollnick S, Mason P, Butler C. *Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counseling motivazionale breve*. Trento: Erickson; 2003.
- Shaffer HJ. Undersanding the means and objects of addiction: technology, the Internet, and gambling. *Journal of Gamblings Studies* 1996;12(4):461-9.
- Skog OJ. Addiction: definitions and mechanisms. In: Heather N, Vuchinich RE (Ed). *Choice, Behavioral Economics and Addiction*. Oxford: Elsevier Science Inc.; 2003.
- Slaght E, Lyman S, Lyman S. Promoting healthy lifestyles as a biopsychosocial approach to addictions counseling. *Journal of Alcohol and Drug Education* 2004;48(2):5-16.
- Società Italiana di Pediatria. *Relazione del Gruppo di Studio: Bambini Adolescenza e Media*. <http://www.sip.it/gds/home/IsGds/1> (ultima consultazione 26/06/2009).
- Spazzapan B. Auto aiuto e terapia per i giocatori d'azzardo e le loro famiglie in Italia. *Atti II Convegno Campoformido*, Udine; 2001.
- Steiner J. *I rifugi della mente*. Torino: Bollati Boringhieri; 1996.
- Takushi RY, Neighbors C, Larimer ME, Lostutter TW, Cronce JM, Marlatt GA. Indicated prevention of problem gambling among college students. *Journal of Gambling Studies* 2004;20(1):83-93.
- Telefono Azzurro/Eurispes. *5° Rapporto sulla Condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza*. <http://www.azzurro.it/site/medias/PDFS/66.pdf> (ultima consultazione 26/06/2009)
- Tellegen A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In: Tuma AH, Maser JD. (Ed). *Anxiety and the anxiety disorders* Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1985. pp.681-706.
- Tomer JF. Addictions are not rational: A socio-economic model of addictive behavior. *Journal of Socio-Economics*, 2001;30(3):243-61.
- Toridlo PJ, Strohmer DC. Addictions counselors' credibility: The impact of interactional style, recovery status, and nonverbal behavior. *Journal of Addictions & Offender Counseling* 2004;25(1):43-57.
- Vieno A, Santinello M, Martini C. La relazione tra clima sociale della zona di residenza e malessere psicologico durante lo sviluppo preadolescenziale: il ruolo del sostegno dei genitori e del senso di sicurezza. *Psicologia clinica dello sviluppo* 2005;2(anno IX).
- Walters ST, Rotgers F, Saunders B, Wilkinson C, Towers T. Theoretical perspectives on motivation and addictive behavior. In: Rotgers F, Morgenstern J, Walters ST. (Ed.). *Treating substance abuse: Theory and technique* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press; 2003. pp. 279-297.

- Waska R. Addictions and the quest to control the object. *American Journal of Psychoanalysis* 2006;66(1):43-62.
- Welte JW, Barnes GM, Hoffman JH. Gambling, substance use, and other problem behaviors among youth: A test of general deviance models. *Journal of Criminal Justice* 2004;32(4):297-306.
- Yang SC, Tung, C. Comparison of internet addicts and non-addicts in taiwanese high school. *Computers in Human Behavior* 2007;23(1):79-96.
- Yeager KR, Gregoire TK. *Crisis intervention application of brief solution-focused therapy in addictions*. New York, NY: Oxford University Press; 2005.
- Yuen CN, Lavin MJ. Internet dependence in the collegiate population: The role of shyness. *CyberPsychology & Behavior* 2004;7(4):379-83.
- Zani B, Cicognani E. *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino; 2000.
- Zerbetto R. Il gioco tra libertà e condanna. Focus monotematico su 'Il gioco d'azzardo come dipendenza'. *Itaca* 2001;15:14-27.
- Zuckerman M. Dimensions of Sensation Seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1971;34.
- Zuckerman M, Kuhlman DM, Camac C. What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988;54:96-107.
- Zuckerman M, Kuhlman DM, Joireman J, Teta P, Kraft M. A comparison of three structural models for personality: The big-three, the big-five and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993;65:757-68.
- Zuckerman M, Kuhlman DM. Personality and risk taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality* 2000;68:999-1029.
- Zuckerman M. *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge University Press: New York; 1994.
- Zuckerman M. Personality in the third dimension: A psychobiological approach. *Personality and Individual Differences* 1988;10:391-418.
- Zuckerman M. *Psychobiology of personality*. Cambridge University Press: New York; 1991.
- Zuckerman M. *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1979.
- Zuckerman, M. Sensation seeking and risk-taking. In: Izard CE. (Ed.). *Emotions in personality and psychopathology* Plenum Press: New York; 1979. pp.163-167.

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.*

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, luglio-settembre 2009 (n. 3) 9° Suppl.