

DIPENDENZE PATOLOGICHE

Definizione dei concetti di "dipendenza" e "abuso" di sostanze

Per cercare di offrire una definizione chiara ed univoca del concetto di abuso o dipendenza da sostanze è possibile fare riferimento alcune fonti ufficiali, quali le riflessioni condotte dagli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e le definizioni contenute nel **DSM IV** (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association, 1995).

Il particolare il **Comitato degli Esperti della W.H.O.** (1957), ha definito la "dipendenza da una sostanza" come caratterizzata da:

- desiderio (craving) e necessità compulsiva di continuare ad assumere la sostanza e ad ottenerla con qualunque mezzo;
- tendenza ad aumentare la dose (tolleranza-assuefazione);
- dipendenza psichica e fisica dagli effetti della sostanza (crisi di astinenza);
- azione deteriore sull'individuo e sulla società;

Il **DSM IV** ha raccolto e sviluppato queste indicazioni, qualificando il disturbo da dipendenza da sostanze come una "malattia cronica recidivante" e definendo la dipendenza come una "modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi".

Nel **DSM IV** vengono individuate alcune condizioni che permettono di individuare una situazione di dipendenza.

1. **Tolleranza**, espressa come
 - bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
 - effetto notevolmente diminuito con l'uso quantitativo della stessa quantità della sostanza
2. **Astinenza**, espressa come
 - caratteristica sindrome d'astinenza, definita per ciascuna specifica sostanza nel DSM-IV
 - assunzione della stessa sostanza (o una strettamente correlata) per attenuare o evitare i sintomi d'astinenza.

3. **Assunzione frequente** della sostanza in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto.
4. **Desiderio persistente o tentativi infruttuosi** di ridurre o controllare l'uso della sostanza
5. Dispendio di una grande **quantità di tempo** in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla, o a riprendersi dai suoi effetti
6. **Interruzione o riduzione d'importanti attività** sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza
7. Uso continuativo della sostanza **nonostante la consapevolezza** di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza

Perché il rapporto del soggetto con la sostanza possa chiaramente essere definito di dipendenza devono ricorrere tre (o più) delle condizioni suddette, in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi.

Sempre secondo il DSM- IV, nel caso in cui i sintomi non abbiano mai soddisfatto i criteri di dipendenza sopra definiti, è possibile comunque individuare una "Modalità patologica d'uso di una sostanza che porta a menomazione, o a disagi clinicamente significativi", definibile in termini di "abuso di sostanza".

L'abuso di una sostanza viene collegato alla presenza di una (o più) delle seguenti condizioni, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:

1. Uso ricorrente della sostanza risultante in un' **incapacità ad adempiere ai principali compiti** in ambito lavorativo, scolastico, o domiciliare/familiare (p. es., ripetute assenze o scarse prestazioni lavorative correlate all'uso della sostanza; assenze, sospensioni o espulsioni da scuola correlate all'uso della sostanza; trascuratezza nella cura dei bambini o della casa)
2. Uso ricorrente della sostanza **in situazioni fisicamente rischiose** (p. es. guidando un'automobile o facendo funzionare dei macchinari in uno stato di menomazione per l'uso della sostanza)
3. Ricorrenti **problemi legali** correlati all'uso della sostanza (p. es. arresti per condotta molesta)
4. Uso continuativo della sostanza **nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali** causati o esacerbati dagli effetti della sostanza (p. es. discussioni coniugali sulle conseguenze dell'intossicazione, scontri fisici)

La definizione elaborata in sedi ufficiali si scontra naturalmente con l'utilizzo più comune, gergale e spesso inadeguato dei termini di "abuso di sostanze", "dipendenza", "tossicodipendenza".

Una testimonianza per tutte è offerta dal termine "tossicodipendenza", che, privato per lo più di riferimenti ad una condizione "patologica", ha assunto nel tempo una connotazione valoriale di segno negativo, associata sempre ad una dipendenza da sostanze illegali. Non a caso la tossicodipendenza da alcol viene definita con un termine del tutto differente (alcolismo), mentre la dipendenza da sostanze come il tabacco, o da comportamenti altrettanto "patologici" ma legali non trova alcun adeguato termine di definizione.



L'ALCOLISMO

E' una sindrome patologica determinata dall'assunzione acuta o cronica di grandi quantità di alcol.

- L'intossicazione acuta da alcol si instaura generalmente dopo un'assunzione superiore a 50 mg/100mL.
La medesima può sopraggiungere a concentrazioni inferiori nel caso di soggetti suscettibili, più spesso per patologie enzimatiche.
- La sindrome di dipendenza si ha quando sono presenti tre o più dei seguenti criteri
 1. bisogno imperioso o necessità di consumare dell'alcol (craving)
 2. perdita di controllo: incapacità di limitare il proprio consumo di alcol
 3. sindrome di astinenza
 4. sviluppo di tolleranza
 5. abbandono progressivo degli altri interessi e/o del piacere di consumare l'alcol
 6. consumo continuo di alcol nonostante la presenza di problemi ad esso legati.

La dipendenza può essere primaria (80% dei casi) o secondaria ad affezioni psichiatriche. Le persone con una concentrazione di recettori dopaminergici D2 cerebrali inferiore alla norma (determinata geneticamente), hanno un rischio più elevato di sviluppare una forma di dipendenza.

Gli alcolismi

Piuttosto che di tipologie dell'alcolismo sarebbe più corretto parlare di alcolismi, tuttavia meritano attenzione alcuni tentativi classificatori, se non altro come contributi clinici storico-antologici. La prima classificazione degli alcolisti che ha tenuto conto degli aspetti sociali, psicologici, medici del bere è quella di Jellinek (1960) che individuò cinque diverse categorie:

- **Bevitori alfa:** consumatore che beve per disinibirsi, per allentare i propri freni.
- **Bevitori beta:** bevitore occasionale.

Questi due tipi non sono affetti da dipendenza, ma hanno un maggior rischio, rispetto alla popolazione generale.

- **Bevitori gamma:** in questa categoria rientrano coloro la cui caratteristica centrale è la perdita di controllo. Sono soggetti che possono anche astenersi dall'alcol, ma nel momento in cui ne iniziano l'uso lo fanno in modo incontrollato.

- **Bevitori delta:** è l'etilista soggetto a crisi di astinenza. Spesso necessitano di ricoveri in ospedale a causa delle complicazioni organiche e delle crisi astinenziali, ma tornano a bere non appena dimessi.
- **Bevitori epsilon:** il soggetto è un bevitore episodico, con periodi di eccesso (per es. sobrio durante tutta la settimana, ubriaco nel weekend). Comprende anche quei soggetti che possono astenersi dal bere anche per lunghi periodi, poi improvvisamente ricominciano in modo incontrollato.

Cloninger (1987) in base ad altre osservazioni individuò due sottogruppi principali di alcolisti, uno ad eziologia genetico-ambientale, l'altro prevalentemente genetica.

- **Tipo I:** l'esordio dell'alcoldipendenza e dei problemi alcolcorrelati è tardivo (dopo i 30 anni) e raramente accompagnato da comportamenti aggressivi o da complicazioni legali o sociali dovute all'abuso di alcol.
- **Tipo II:** è più frequente nei maschi; ha un esordio più precoce (prima dei 25 anni) ed è legato a problemi sociali e legali. Il contatto con i Servizi sanitari è precoce; spesso in questi soggetti si riconoscono disturbi antisociali di personalità e casi di alcolismo e depressione nei familiari di primo grado.

Altre classificazioni si sono basate sulle caratteristiche di personalità del bevitore

Bevitore compulsivo: beve ogni giorno fino ad ubriacarsi; dopo aver iniziato a bere, non riesce più a controllarsi. Smette soltanto perché lo stato di incoscienza, la fine del denaro o interventi esterni lo costringono ad arrestarsi. Riesce a trascorrere brevi periodi di astinenza o intervalli fra le bevute, ma il primo sorso di alcol fa immediatamente scattare il comportamento del "tutto o nulla" e continua a bere fino a ubriacarsi. Questo tipo di bevitore tende a colpevolizzarsi, talvolta è aggressivo e desideroso di affetti, ma in fase di intossicazione alcolica può trasformarsi completamente alternando l'aggressività alla depressione.

Bevitore gregario: corrisponde all'alcolista da bar o da trattoria di paese, che di rado perde totalmente il controllo: ingerisce grandi quantità di alcol, ma riesce a smaltirle nelle serate in compagnia. L'alcol ha la funzione di elemento unificante tra i singoli bevitori che, pur avendo personalità diverse, riescono generalmente ad armonizzare tra di loro, a scambiarsi formule semplici per la risoluzione dei problemi del mondo, a darsi pacche sulle spalle, ad abbracciarsi e ad avere atteggiamenti di intima amicizia. In genere il gregario non soffre di particolari frustrazioni o

conflitti in quanto delega al gruppo i suoi sentimenti repressi e i suoi problemi. In questa categoria di bevitori rientrano coloro che bevono per identificarsi in un modello culturale, per esempio gli artisti o gli studenti del campus universitario. Sovente il modo di bere del singolo si adatta a quella del gruppo, tanto che l'uscita da questo può portare anche a una riduzione dell'abuso di alcol; perciò l'appartenente a questa tipologia dovrebbe essere colui che ha la prognosi più favorevole nei confronti del bere.

Bevitore autistico: corrisponde al clochard, al mendicante-assistito, al barbone per vocazione, all'artista introverso e chiuso al mondo. Sono in genere persone emarginate dalla società o per rifiuto o per costrizione, ma che non sono necessariamente "fuorilegge". Vivono grazie all'assistenza o a un'attività minima che consente loro di sopravvivere. L'alcol potrebbe essere il mezzo di consolazione per la situazione vissuta, oppure potrebbe essere stato la causa di questo tipo di vita. Talvolta questo tipo di bevitore vive momenti di grande generosità, di acquisti insensati e di tentativi di mutamento radicale della sua vita. L'alcolismo autistico può anche rappresentare il punto di arrivo di altre forme di alcolismo, soprattutto quando il soggetto subisce un'emarginazione violenta durante il suo percorso di etilista. Questo fa sì che l'appartenente a questa tipologia sia difficile da curare e da disintossicare.

Bevitore solipsistico: corrisponde al professionista che si chiude nello studio e passa buona parte del tempo a bere, soprattutto superalcolici. Questo tipo di bevitore sfoga nell'alcol le tensioni della vita quotidiana, la sua paura di non farcela e di non essere all'altezza.. La società o, a suo tempo, la famiglia contribuiscono a creare la paura di non essere all'altezza, di non essere capace di soddisfare il suo compito e a creare, quindi, una situazione di grande conflitto. Il soggetto spesso diventa alcolista non quando si impegna per soddisfare la sua immagine, ma piuttosto quando si accorge che questa era coatta. Può essere definito un alcolismo da successo, e si può manifestare in tutte le classi sociali quando il punto d'arrivo non è in sintonia con i reali investimenti personali. L'alcolista solipsistico nega la sua dipendenza, la nasconde, se ne vergogna e la giustifica.

Bevitore regressivo: è colui che beve periodicamente, intervallando mesi di eccessi a mesi di bevute normali. È un soggetto che cerca di controllarsi, ma in situazioni a rischio, come in compagnia, a un ricevimento o quando la scelta delle bevande è ampia, difficilmente riesce a mantenere i buoni

propositi Il soggetto insomma è consapevole del problema e pur essendo in grado di autocontrollarsi, si lascia coinvolgere facilmente in situazioni di tipo disinibitorio e di eccesso. La ricaduta lo riempie di vergogna, d'impotenza, ma anche di aggressività.

Bevitore reattivo: incontra l'alcol in conseguenza di una situazione dolorosa, come un lutto, e il tutto assume il carattere di una crisi. Non essendo in grado di reagire diversamente, beve e questo accentua la disperazione che ha scatenato la situazione. La battaglia contro l'alcol diventa particolarmente fallimentare e destinata a cocenti sconfitte, perché l'alcol diviene il mezzo per sopportare, per lenire le paure e il dolore, diventando così un sostituto affettivo gratificante e soddisfacente. Anche la casalinga frustrata e insoddisfatta del suo ruolo corrisponde a questa tipologia di bevitore, perché l'alcol diventa il mezzo compensatorio della situazione a cui non riesce a ribellarsi e diviene una forma di aggressione nei confronti dell'uomo che la fa sentire una donna-oggetto.

Bevitore pulsionale: è colui che, pur bevendo in modo eccessivo se sollecitato emotivamente, pur ricorrendo all'alcol per eludere l'ansia e i conflitti, è consapevole della sua dipendenza, ma cerca l'alcol volontariamente, perché questo assume il significato di sedativo e diventa una fonte di piacere. Anche se è consapevole dei danni che si procura, preferisce bere per affrontare situazioni di tensione o di noia quotidiana. La pulsione di bere è intimamente accettata e lo smettere viene vissuto come un tremendo dispiacere e un progetto sempre futuro. Questa dipendenza ricorda molto quella del fumatore che considera il fumo come una parte del suo vivere normale.



Diagnosi

La diagnosi si pone quando si ottiene almeno un sì alle seguenti domande (CAGE test)

- C cut down
ha mai avvertito la necessità di ridurre l'assunzione di alcol?
- A annoyed
è mai stato infastidito da persone che hanno criticato la sua eccessiva assunzione di alcolici?
- G guilty
si è mai sentito in colpa o a disagio per aver assunto degli alcolici?
- E eye opener
ha mai bevuto un bicchiere appena sveglio per combattere l'ansia o eliminare i postumi della sbornia?

Effetti

L'alcolismo è una minaccia per la vita e spesso porta alla morte, specialmente come causa di malattie del fegato ed emorragie interne. Ci sono anche altri rischi di morte derivanti dall'assunzione di alcol, come gli incidenti alcol-correlati (sul lavoro, stradali, ecc.) o il suicidio, anche fra i giovani alcolodipendenti.

La dipendenza da alcol è più dura da spezzare e molto più dannosa di molte altre sostanze che provocano dipendenza. I sintomi fisici durante l'astinenza da alcol sembrano essere uguali a quelli sperimentati nella fase di astinenza dall'eroina.

I disturbi correlati all'alcol sono identificabili come:

- **Intossicazione:** si intende uno stato di alterazione mentale negativa e pericolosa per l'organismo
- **Abuso:** indica l'uso di qualcosa che causi un certo genere di danno
- **Dipendenza:** condizione patologica per cui la persona perde ogni possibilità di controllo sull'abitudine.
- **Astinenza:** crisi d'astinenza, fenomeno di rilevanza medica, in riferimento a sostanze che provochino dipendenza
- **Delirium tremens (da astinenza):** si manifesta con sintomi quali allucinazioni, tremore, sudorazione; inoltre si osservano clinicamente aumento della frequenza cardiaca, febbre, diminuzione di elettroliti nel sangue e disidratazione

- **Demenza persistente:** disturbo con base organica sulle funzioni intellettive che sono state in precedenza acquisite: memoria (a breve e lungo termine) e almeno una tra pensiero astratto, capacità critica, linguaggio, orientamento spazio temporale, con conservazione dello stato di coscienza vigile

Per tutti i seguenti occorre individuare se son dovuti a intossicazione o ad astinenza:

- Disturbo psicotico indotto
 - con deliri
 - con allucinazioni
- Disturbo dell'umore indotto
- Disturbo d'ansia indotto
- Disfunzione sessuale indotta
- Disturbo del sonno indotto
- Depressione

Effetti neurologici

L'alcol agisce direttamente sui neuroni. Aumenta la funzione del GABA, che è il principale amminoacido inibitorio del sistema nervoso centrale, aumenta il rilascio di dopamina, stimola il rilascio di sostanze oppioidi, ed ha proprietà anestetiche. Gli effetti neurologici causati dall'alcol sono:

- **Astinenza:** sintomi frequenti al mattino dopo l'astinenza notturna, costituiti da tremori, senso di angoscia, irritabilità, nausea, vomito, inappetenza. I sintomi regrediscono appena l'alcolista inizia a bere. Con il tempo la sintomatologia peggiora e sopraggiungono anche tachicardia, arrossamento del viso e delle congiuntive, illusioni (disturbi percettivi), allucinazioni uditive e visive (zoopsie, di visione persone, naturali e piacevoli oppure terrificanti).
- **Convulsioni da astinenza:** sopraggiungono tra le 13 e 24 ore dopo aver smesso di bere e di solito si risolvono spontaneamente.
- **Delirium tremens:** é un delirio causato dalla deprivazione alcolica. Si manifesta con delirio, agitazione, allucinazioni, convulsioni, tachicardia, febbre, disidratazione, sudorazione profusa, insonnia. La fase acuta dura circa tre giorni e si risolve poi con un lungo sonno profondo.

- **Degenerazione cerebellare alcolica:** è associata ad atassia agli arti inferiori, tremore a riposo ed intenzionale. è caratterizzata dalla degenerazione delle cellule del Purkinje. Questa malattia è diagnosticata attraverso la TAC e la RMN, che permettono di individuare la degenerazione. La terapia consiste nella somministrazione di Tiamina.
- **Encefalopatia acuta di Wernicke e Sindrome di Korsakoff:** l'encefalopatia acuta di Wernicke è dovuta ad una carenza di vitamina tiamina. Si manifesta con un'alterazione dello stato mentale, atassia, ed oftalmoplegia. Il ritardo della terapia può portare a demenza anamnesticamente cronica permanente (psicosi di Korsakoff). Il trattamento consiste nella somministrazione di Tiamina.
- **Idiosincrasia alcolica:** questa patologia può sfociare in un comportamento aggressivo, spesso associato a fenomeni psicopatici e criminali.
- **Demenza alcolica e atrofia cerebrale:** è la via finale comune di tutti gli alcolisti che non rinunciano all'alcol. Si ha una progressiva perdita dell'integrità della persona.
- **Malattia di Marchiafava e Bignami:** è rappresentata da una degenerazione della mielina delle fibre del corpo calloso con relativa conservazione degli assoni. Il corpo calloso appare incavato, rossastro, grigio-giallastro. In questi pazienti, vi era uno stato di demenza, apatia, spesso commettevano atti e reati a sfondo sessuale.

Aspetti sociali

I problemi sociali derivanti dall'alcolismo possono includere la perdita del lavoro, problemi finanziari, condanne per crimini come la guida in stato di ubriachezza o problemi di ordine pubblico, perdita dell'alloggio e perdita di rispetto da parte di chi vede il problema come un vizio facilmente evitabile. Studi approfonditi, dimostrano che l'alcolismo interessa non soltanto gli alcolisti ma anche e profondamente i membri delle loro famiglie. I loro bambini possono essere influenzati anche da grandi, generando quella che comunemente viene definita la sindrome dei figli adulti degli alcolisti, e anche prima della nascita, generando la cosiddetta sindrome fetale da alcol nei bimbi nati da madri alcoliste.

Molti sono erroneamente convinti che quando la persona ha rinunciato a bere, il problema sia pressoché risolto. Tuttavia la gran parte di persone che ha smesso di bere continua a definire sé stesso "alcolista" o "alcolista in trattamento".

Dati ISTAT sull'alcolismo giovanile 2007

Tavola 1 - Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno (per 100 persone di 11 anni e più con le stesse caratteristiche)

	Maschi	Femmine	Totale
11-15	22,8	16,8	19,9
16-17	63,3	45,5	54,7
18-19	78,8	60,9	69,6
20-24	80,7	63,2	72,0

Tavola 2 - Persone di 14 anni e più per consumo nell'anno delle diverse bevande alcoliche e sesso. Anno 2007 (per 100 persone di 14 anni e più dello stesso sesso)

	Maschi			
	1998	2005	2006	2007
Vino	70,3	71,8	71,2	70,7
Birra	62,3	62,1	62,1	62,1
Altri alcolici	54,4	58,4	58,3	55,8
<i>Aperitivi</i>	37,4	43,7	43,5	42,3
<i>Amari</i>	42,7	44,1	43,2	42,2
<i>Superalcolici</i>	36,5	39,7	38,8	36,4

	Femmine			
	1998	2005	2006	2007
Vino	44,4	44,4	42,9	42,5
Birra	33,1	33,0	31,2	31,5
Altri alcolici	25,6	28,9	27,8	26,2
<i>Aperitivi</i>	15,4	20,2	19,4	19,1
<i>Amari</i>	16,4	17,1	15,5	14,8
<i>Superalcolici</i>	12,4	13,9	13,0	12,3

	Maschi e Femmine			
	1998	2005	2006	2007
Vino	56,9	57,6	56,5	56,1
Birra	47,2	47,0	46,1	46,3
Altri alcolici	39,5	43,1	42,5	40,5
<i>Aperitivi</i>	26,0	31,5	31,0	30,3
<i>Amari</i>	29,1	30,1	28,9	28,0
<i>Superalcolici</i>	24,0	26,3	25,5	23,9

Tavola 3 - Persone di 11 anni e più che consumano alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana per ripartizione geografica (per 100 persone di 11 anni e più con le stesse caratteristiche)

	MASCHI	FEMMINE	MASCHI E FEMMINE
Nord-ovest	13,5	2,9	8,0
Nord-est	17,5	4,4	10,8
Centro	10,6	2,3	6,3
Sud	7,3	1,1	4,1
Isole	8,5	1,6	4,9
Comune centro dell'area metropolitana	9,5	2,8	6,0
Periferia dell'area metropolitana	9,4	2,0	5,5
Fino a 2.000 abitanti	15,4	3,0	9,0
Da 2.001 a 10.000 abitanti	14,8	2,4	8,5
Da 10.001 a 50.000 abitanti	11,3	2,2	6,7
50.001 abitanti e più	9,8	2,7	6,1
Italia	11,7	2,5	6,9

Tavola 4 - Persone di 11 anni e più che si sono ubriacate almeno una volta negli ultimi 12 mesi per ripartizione territoriale, tipo di comune e sesso. Anno 2007 (per 100 persone di 11 anni e più con le stesse caratteristiche)

	MASCHI	FEMMINE	MASCHI E FEMMINE
Nord-ovest	13,9	3,6	8,6
Nord-est	17,1	4,5	10,6
Centro	11,3	2,9	6,9
Sud	12,0	2,1	6,9
Isole	9,8	2,6	6,1
Comune centro dell'area metropolitana	12,3	4,3	8,1
Periferia dell'area metropolitana	10,2	2,8	6,4
Fino a 2.000 abitanti	17,7	3,6	10,4
Da 2.001 a 10.000 abitanti	16,1	3,1	9,4
Da 10.001 a 50.000 abitanti	12,1	2,7	7,3
50.001 abitanti e più	11,4	2,9	7,0
Italia	13,1	3,1	8,0

Tavola 4 - Persone di 11-17 anni per diverse modalità di consumo di bevande alcoliche, sesso e classe di età. Anno 2007 (per 100 persone di 11-17 anni dello stesso sesso e classe di età)

	Consumo di alcol almeno una volta nell'anno	Consumo di alcol giornaliero	Consumo di alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana	Binge drinking
MASCHI				
11-15	22,8	1,3	1,3	2,3
16-17	63,3	8,8	9,9	16,9
Totale	34,6	3,5	3,8	6,5
FEMMINE				
11-15	16,8	0,7	0,6	1,5
16-17	45,5	1,4	3,9	5,6
Totale	25,3	0,9	1,6	2,7
MASCHI E FEMMINE				
11-15	19,9	1,0	1,0	1,9
16-17	54,7	5,2	7,0	11,4
Totale	30,1	2,3	2,7	4,7

Tavola 5 - Persone di 11 anni e più che consumano quotidianamente almeno una bevanda alcolica (vino, birra e altri tipi di alcolici) per sesso e classe d'età. Anno 2007 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe di età)

CLASSI DI ETÀ	Maschi	Femmine	Totale
11-15	1,3	0,7	1,0
16-17	8,8	1,4	5,2
18-19	14,1	2,2	8,0
20-24	21,5	4,6	13,1

Tavola 6 - Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica quotidianamente (vino, birra e altri tipi di alcolici) per regione, ripartizione geografica, tipo di comune e sesso. Anno 2007 (per 100 persone di 11 anni e più con le stesse caratteristiche)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE TIPI DI COMUNE	Maschi				Femmine		
	1 unità	2 unità	3 unità	4 e più unità	1 unità	2 unità	3 e più unità
Piemonte	9,0	19,7	5,0	10,8	10,3	7,3	3,1
Valle d'Aosta	6,7	20,0	5,8	12,4	10,6	9,0	2,4
Lombardia	10,7	20,7	5,1	6,7	8,6	7,0	2,0
Trentino-Alto Adige	10,3	13,5	4,9	6,3	8,7	4,7	1,5
<i>Bolzano - Bozen</i>	<i>10,7</i>	<i>11,2</i>	<i>4,0</i>	<i>4,8</i>	<i>8,7</i>	<i>4,5</i>	<i>1,4</i>
<i>Trento</i>	<i>10,0</i>	<i>15,6</i>	<i>5,8</i>	<i>7,7</i>	<i>8,8</i>	<i>4,9</i>	<i>1,5</i>
Veneto	10,4	18,3	6,1	9,9	9,8	8,0	2,1
Friuli-Venezia Giulia	8,3	18,5	5,2	8,6	6,4	10,2	2,8
Liguria	9,0	18,9	6,8	10,4	8,5	6,6	2,7
Emilia-Romagna	12,1	18,7	5,5	9,9	10,6	7,8	1,8
Toscana	9,6	22,5	6,4	11,0	9,8	9,8	2,5
Umbria	10,3	25,5	4,6	10,5	7,6	7,7	2,1
Marche	11,8	24,5	6,0	11,3	11,5	11,6	1,7
Lazio	9,6	19,1	3,9	7,6	5,8	6,2	1,3
Abruzzo	10,7	19,5	4,7	10,8	7,2	4,0	0,9
Molise	9,5	17,6	8,4	13,3	7,4	5,7	2,2
Campania	9,1	17,4	6,2	7,3	5,4	4,5	1,4
Puglia	11,2	21,6	6,7	10,4	8,0	7,3	2,5
Basilicata	12,2	20,7	6,4	11,2	7,9	7,0	1,3
Calabria	9,0	16,2	5,6	8,4	5,8	3,7	0,6
Sicilia	11,3	14,6	2,2	4,4	4,1	2,6	0,8
Sardegna	10,8	17,0	5,0	10,0	6,2	3,7	1,5
Nord-ovest	10,0	20,3	5,3	8,3	9,1	7,0	2,4
Nord-est	10,8	18,1	5,7	9,5	9,7	7,9	2,0
Centro	9,9	21,4	5,0	9,4	8,0	8,2	1,8
Sud	10,0	18,8	6,1	9,0	6,5	5,3	1,6
Isole	11,1	15,2	3,0	5,9	4,6	2,9	1,0
Comune centro dell'area metropolitana	10,8	18,7	4,0	6,0	7,5	7,2	3,0
Periferia dell'area metropolitana	10,8	17,8	6,1	7,1	6,8	4,4	2,2
Fino a 2.000 abitanti	9,3	18,9	5,2	13,4	9,5	7,4	2,2
Da 2.001 a 10.000 abitanti	10,4	20,1	5,7	10,5	7,9	6,8	1,3
Da 10.001 a 50.000 abitanti	9,9	18,9	5,8	7,9	7,8	5,9	1,6
50.001 abitanti e più	10,1	19,6	4,4	8,6	8,4	7,7	1,7
Italia	10,3	19,1	5,3	8,6	7,9	6,5	1,9

Tavola 7 - Persone di 11 anni e più che consumano una volta alla settimana almeno una bevanda alcolica (vino, birra e altri tipi di alcolici) per sesso e classe d'età. Anno 2007 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe di età)

CLASSI DI ETÀ	Maschi	Femmine	Totale
11-15	1,3	0,6	1,0
16-17	9,9	3,9	7,0
18-19	18,3	7,6	12,8
20-24	21,0	8,7	14,9

Tavola 8 - Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica una volta alla settimana (vino, birra e altri tipi di alcolici) per regione, ripartizione geografica, tipo di comune e sesso. Anno 2007 (per 100 persone di 11 anni e più con le stesse caratteristiche)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE TIPI DI COMUNE	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte	12,0	2,8	7,3
Valle d'Aosta	19,0	3,6	11,2
Lombardia	14,2	2,7	8,3
Trentino-Alto Adige	19,1	3,9	11,3
<i>Bolzano - Bozen</i>	<i>19,8</i>	<i>4,1</i>	<i>11,8</i>
<i>Trento</i>	<i>18,5</i>	<i>3,7</i>	<i>10,9</i>
Veneto	20,2	4,1	12,0
Friuli-Venezia Giulia	23,2	5,8	14,2
Liguria	12,6	3,7	7,9
Emilia-Romagna	12,5	4,3	8,3
Toscana	10,4	3,3	6,7
Umbria	11,6	3,1	7,2
Marche	10,3	2,5	6,3
Lazio	10,7	1,4	5,8
Abruzzo	14,8	2,0	8,2
Molise	14,4	1,3	7,6
Campania	4,1	0,6	2,3
Puglia	7,8	1,1	4,4
Basilicata	9,2	1,3	5,1
Calabria	8,5	1,6	4,9
Sicilia	6,6	1,4	3,9
Sardegna	13,9	2,3	8,0
Nord-ovest	13,5	2,9	8,0
Nord-est	17,5	4,4	10,8
Centro	10,6	2,3	6,3
Sud	7,3	1,1	4,1
Isole	8,5	1,6	4,9
Comune centro dell'area metropolitana	9,5	2,8	6,0
Periferia dell'area metropolitana	9,4	2,0	5,5
Fino a 2.000 abitanti	15,4	3,0	9,0
Da 2.001 a 10.000 abitanti	14,8	2,4	8,5
Da 10.001 a 50.000 abitanti	11,3	2,2	6,7
50.001 abitanti e più	9,8	2,7	6,1
Italia	11,7	2,5	6,9

LA TOSSICODIPENDENZA

E' la condizione di chi avverta la necessità irrefrenabile e frequente di assumere una sostanza (in genere una droga) malgrado il danno fisico, psicologico, affettivo, emotivo o sociale che tale assunzione possa comportargli come conseguenza. È una sindrome generata dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, molte delle quali letali, che colpisce tutte le categorie sociali nella maggioranza dei Paesi del Mondo, anche se interessa maggiormente le fasce giovanili.

La tossicodipendenza è anche un problema sociale, in ispecie per le conseguenze indirette sull'ordine pubblico e sulla spesa pubblica e in quanto tale è oggetto di interventi generici e specifici dello Stato.

Molte sostanze causano dipendenza, fra le più diffuse vi sono la cocaina, l'eroina, il tabacco e l'alcol, sebbene l'elenco sia molto lungo.

Studio delle cause

La ricerca delle cause della dipendenza impegna studiosi di varie specialità e privati cittadini (fra questi molti volontari), che si interrogano sulle basi biologiche, psicologiche e sociologiche della dipendenza. Va detto che, data la drammatica importanza del fenomeno, le analisi sono generalmente effettuate con metodi non esenti da una certa interdisciplinarietà, e non va dimenticato che vi sono ovvie e note implicazioni di carattere etico, religioso, ideologico, economico e politico, il ché può talvolta condurre ad abbassamenti del grado di oggettività dei dati e dei risultati.

In più, quantunque paia ormai accertato che vi sono effettivamente blocchi parziali di motivazioni individuali comuni, o almeno simili, nell'accesso alle sostanze tossiche, si deve notare che in realtà le tossicodipendenze sono fra loro diverse per sostanza, e che quindi quanto vale per la dipendenza da una sostanza non è detto sia immediatamente e completamente applicabile alle dipendenze da altre sostanze.

Come detto, in materia di cause vi sono interpretazioni focalizzate sull'aspetto psicologico (individualistico), altre su quello sociologico, altre ancora su quello biologico. Non sempre resta netta la separazione fra l'analisi dell'accesso all'assunzione di droga e l'analisi della dipendenza, anche perché la prima causa della dipendenza è l'assunzione.

Vi sono sovente contrasti fra i sostenitori delle diverse teorie.

Ragioni individuali della dipendenza: risultato di un incontro tra una persona, una sostanza e una situazione (e dunque prodotto del caso, più che di grandi cause), la condizione sociale del tossicodipendente è in genere contraddistinta dalla tendenza all'isolamento, dalla propensione al "lasciarsi andare", dalla rinuncia progressiva alle posizioni personali e familiari acquisite, a vantaggio della strada, dell'indistinzione del gruppo, dell'avventura.

La condizione esistenziale: per lo più segnata dall'incapacità di sopportare la frustrazione, dalla ricerca dell'indipendenza assoluta e dalla conseguente difficoltà di accettare la dipendenza relativa in cui tutti viviamo, dall'assolutizzazione del piacere a scapito della realtà, dalla difficoltà di accesso al simbolico, da mancata individuazione.

Il quadro delle "posizioni": occupate dai singoli e la vasta gamma delle esperienze personali non impediscono ad alcuni analisti, tuttavia, di rilevare quanto spesso sia devastante, per i soggetti coinvolti, l'azione delle sostanze sulla vita affettiva, quanto modificati ne escano emozioni, sentimenti, passioni.

Riportano quasi univocamente gli operatori dei servizi pubblici o privati di assistenza, che chi riesce a raccontare il vuoto emotivo generato da anni di permanenza in quella condizione - una volta conquistata la condizione drug free (cioè, una volta disintossicato) - riferisce frequentemente anche di una violenza della scoperta delle emozioni suscitate dalle persone, da ciascuna persona, la bellezza delle infinite emozioni che ogni persona riserva quotidianamente, se si è in grado di vivere l'incontro con l'umanità altrui.

Molto spesso, andando alla ricerca delle cause che hanno portato un ragazzo all'uso della droga, si rischia di non trovare nulla nella sua biografia. Per questo, non avrebbe molto senso presumere che ci debba essere una causa grande, ad esempio un trauma o una violenza subito magari tanto tempo prima. Le vite dei ragazzi si rivelerebbero tutte alquanto comuni e simili.

C'è chi parla di una '**ferita originaria**', ma per altri si tratta solo di una forte suggestione, indimostrabile se da riferire a tutti i ragazzi. Interpellati nei momenti in cui la dipendenza è attiva, i ragazzi potrebbero concedere anche che la causa sia da cercare nella famiglia, in un padre particolare o in una madre particolare, ma ad una riflessione più profonda, ad un ascolto più attento, subito seguirebbe una smentita. Il lavoro dell'ascolto, a dire di chi lo pratica, rivelerebbe infatti l'inconsistenza delle accuse, delle recriminazioni e delle spiegazioni drammatiche della condizione

personale attuale. Quasi tutti i ragazzi che si avviano ai programmi di recupero riconoscono che la responsabilità della loro condizione non deve esser cercata fuori di loro.

Ragioni sociali della dipendenza: alcune correnti di pensiero, di impostazione prettamente sociologica, pongono l'indice su alcune condizioni "ambientali" che sarebbero causa della caduta in dipendenza dell'assuntore di droga. Si vorrebbe, per queste, che fattori di disagio (e disadattamento) siano motivazione negativa che distoglie dalla sospensione dell'assunzione, conducendo alla dipendenza.

Se infatti, si sottolinea, già il primo accesso all'uso delle sostanze, in sé una forma di autolesionismo quasi sempre sufficientemente percepita per tale, è spesso effetto di bisogno di affermazione in un gruppo di individui di riferimento, anche la dipendenza subisce gli effetti di condizionamenti esterni avvertiti come impulsi suggestivi o come carenza di riflessioni deterrenti.

In pratica, si sostiene che la lotta alla dipendenza non venga confortata dall'ausilio di elementi che la società dovrebbe fornire, e cioè condizioni generali di vita appaganti, modelli morali corroboranti, ragioni esistenziali valide. Sull'ultimo punto, si ha una curiosa vicinanza fra queste teorie e quelle di alcune comunità religiose. Il "tossico", si dice, non ha una vera e propria ragione per vivere, non essendo soddisfatto della vita che conduce (e che la società gli consente di condurre): in taluni casi può decidere di lasciarsi morire volendo vivere "lucidamente" solo i momenti dell'assunzione della sostanza, in altri può decidere di voler combattere la sua guerra personale contro "il sistema" assumendo il ruolo del "cattivo", del rinnegato, del reietto, e preferisce consapevolmente restare un drogato poiché questo stato - in qualche maniera - finalmente gli dà un ruolo.

A questo si aggiunga che lunghissima è la lista dei personaggi famosi, molti dei quali artisti di successo, che fanno uso di droghe leggere e pesanti, circostanza che anche quando non esibita dall'interessato, comunque riesce a valicare la sua privacy ed a presto divenire di dominio pubblico. La fama dei soggetti, unitamente alla considerazione che chiunque sia famoso "deve" avere doti speciali imitabili (come prova il seguito almeno epistolare riscosso da taluni criminali autori di fatti clamorosi), conduce l'individuo che non ha ricevuto dalla società valori sufficienti a riprendere un cammino più consueto, a prendere a modello quelle celebrità, magari anche nella convinzione che "se la prende Tizio, non può far male, perché Tizio è famoso, dunque non è uno scemo". Il risultato è appunto, non solo la carenza di motivi per smettere, ma talvolta anche la speranza che la dipendenza sia una soluzione.

Una sintesi che spesso sconfinata ai limiti dell'ideologia è quella che riassume che la società, dunque, non fornirebbe agli individui condizioni di vita accettabili anche dai più deboli, né modelli morali sufficienti per fronteggiare le difficoltà, né infine ragioni per vivere una vita "normale" ed astenersi dal recarsi danno per propria mano.

Il problema sociale e di polizia

Il problema sociale riguarda i punti in cui la collettività nel suo complesso patisce un danno dalla diffusione dell'uso di droghe.

Un risvolto di aspetto assai crudo, ma di cui non si può evitare la considerazione, è che la tossicodipendenza ha dei costi per la collettività.

Si parla in stretti termini di denaro pubblico da impiegarsi per l'assistenza sanitaria alle persone che ne sono affette e di costi di polizia per sostenere la lotta in armi contro i trafficanti e gli spacciatori e contro i tossicodipendenti che delinquono.

Per il controverso caso del tabacco, ad esempio, è opinione diffusa, ma non unanimitica, che esso sia responsabile di un novero di patologie letali, in primis quelle cardiologiche, pneumologiche ed oncologiche. Si sostiene da alcuni, dunque, che le cure da prestare ai fumatori nel quadro delle garanzie fornite dal sistema sanitario pubblico, siano costi direttamente legati al tabagismo e dunque grosso modo indebiti. Gli oppositori denunciano invece che anche i non fumatori non vanno indenni da patologie, ed anch'essi muoiono, a volte anche senza ricorrere alla sanità pubblica.

Gli assuntori delle cosiddette "pasticche" sono indicati come possibili vittime di gravi incidenti stradali di ritorno dalle discoteche, insieme agli assuntori di alcool. Il soccorso e le cure per i sopravvissuti costituirebbero pertanto un altro costo sociale indebito.

Gli effetti della tossicodipendenza innegabilmente attingono poi lo svolgimento della quotidianità nelle comunità che ne sono interessate. Al crescere, per esempio, del consumo di eroina in una data entità territoriale, fa quasi sempre riscontro una regolare crescita dei tassi delinquenziali, per lo più riferiti ad una microcriminalità di scippi, furti e rapine operati per ottenere rapidamente il denaro necessario per la dose.

Il problema non è però limitato ai consumatori di eroina. Anche i consumatori di altre droghe possono commettere reati sotto l'uso di sostanze. Deve inoltre essere tenuto presente che il fenomeno sociale della tossicodipendenza incrementa il potere economico delle organizzazioni

dedite al narcotraffico e comporta notevoli ripercussioni per alcuni Paesi del mondo in ordine a questioni politiche, economiche e militari.

La lotta alla dipendenza

Se la lotta alla droga è più propriamente quanto componenti dello stato e della società pongono in essere per contrastare la diffusione ed il mercimonio delle sostanze, e per prevenire il primo contatto, la prima assunzione, la lotta alla dipendenza è invece il tentativo di interrompere l'assunzione, e non può ipotizzarsi al momento scollegata da azioni di supporto psico-fisiologico e di recupero sociale.

Come assai diverse sono le impostazioni ideologiche in argomento, altrettanto diverse sono le teorie su quali siano le migliori tecniche per raggiungere il pieno recupero alla normalità dei tossicodipendenti. Vi sono teorie che prediligono metodologie forzose ed altre che preferiscono un approccio più colloquiale, con tutte le estremizzazioni di effetti per le une e per le altre. Al momento, però, non si individua una linea assolutamente da prediligere, poiché per tutte le metodologie oggi in uso la vasta casistica presenta numeri sconfortanti in termini di "ricaduta", il che è secondo alcuni un segnale di remota distanza dall'aver trovato un metodo efficace.

In ogni caso si deve partire dall'aver "a disposizione" il soggetto, ciò che non è affatto frequente in assenza di una forma in qualche modo coercitiva. Il tossicodipendente in realtà non sempre avverte il bisogno di essere "curato", anzi spesso considera i tentativi di assistenza delle vere e proprie intrusioni nella sua espressione di libero arbitrio. Ed anche quando lo desiderasse, non sempre si riesce - almeno da subito - a far prevalere questo desiderio sull'astinenza.

Per questo, molto spesso il "percorso terapeutico" non comincia se non per conversione di un provvedimento giudiziario detentivo in un obbligo di frequentazione in una struttura specializzata, ad esempio una Comunità terapeutica. E l'aspetto della coercizione, necessaria in buona parte dei casi per poter cominciare il recupero, solleva questioni delicatissime di natura giuridica in ordine alla libertà dell'individuo, alla sua sottoposizione a determinate azioni sanitarie (includendovi le azioni psicologiche). Si pensi, ad esempio, al tossicodipendente che, per ventura, non abbia commesso alcun reato (o di cui non si sappia che ne ha commesso): a quale titolo lo stato può emanare un provvedimento restrittivo della sua libertà personale, se non fondandolo su un esiguo, labile, evanescente principio di tutela sociale preventiva? E se pure lo stato lo facesse, vien di domandarsi se possa essere ammissibile, cioè si entra in un ambito di riflessioni circa il metodo di perseguimento del bene comune.

L'oppio

È uno stupefacente ottenuto incidendo le capsule immature del *Papaver somniferum* e raccogliendone la linfa che trasuda, che poi viene lasciata rapprendere all'aria in una resina scura che viene impastata in pani di colore bruno, che emanano un odore dolciastro e hanno un sapore amaro.



Il papavero da oppio

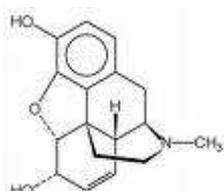
Si usa molto nelle culture orientali e mediorientali, sia per usi terapeutici sia per scopi rituali e ricreativi, il suo nome deriva infatti dal greco *òpion* (succo), tradotto poi in ebraico come *ophion*.

Il lattice (denso, giallo-verdastro) ottenuto dalla pianta intera e dai suoi semi, era invece chiamato dai greci *mekònion*.

Altri nomi dell'oppio sono *O-Fu-Jung* (lett. "veleno nero") in Cina, *Ahiphema* in India, *Schemeteriak* in Persia.

Composizione

L'oppio è molto ricco di sostanze alcaloidi: di queste, quelle con struttura chimica fenantrenica (morfina, codeina e tebaina) sono analgesiche, costipanti ed euforizzanti, mentre quelle isochinoliniche (papaverina, noscapina, narceina) sono solo spasmolitiche. L'azione analgesica ed euforizzante, sfruttata in medicina e a scopo ricreativo dai tossicodipendenti, è dovuta soprattutto alla morfina. La farmacopea ufficiale italiana ammette l'uso terapeutico di oppio ma specifica che il suo contenuto di morfina deve essere compreso fra il 9,8% e il 10,2%.



Struttura chimica

Uso e modalità di assunzione

Vi sono diversi modi di consumare questa sostanza. Il più diffuso nei paesi occidentali è quello di scaldare una piccola pallina o pietra su una stagnola e di inalarne il fumo. Per poterlo consumare nel modo tradizionale, deve essere prima preparato facendolo fermentare e aggiungendovi della fermentazione un fungo, l'*Aspergillus niger*. Dopodiché è pronto per essere consumato, in genere fumato in apposite pipe: un oppiomanne può fumarne da 20 a 100 al giorno. In questo modo si assume il 75% della morfina e si eliminano una serie di altre sostanze presenti nell'oppio: il dross, il residuo dell'oppio fumato, è tossico ma molto ricco di morfina e viene in genere riutilizzato mescolandolo a tè o caffè per ottenere il tyl, oppure viene torrefatto per poter essere fumato di nuovo. viene chiamato tinks o samsching.

L'assunzione per via orale avviene masticando palline di oppio, oppure mescolato in alimenti dal sapore molto dolce, oppure con varie bevande, con piccole quantità di hashish, può essere mescolato a tabacco, a betel o a succo di tamarindo.

Usi medici

Il laudano (tintura di oppio) fu preparato per la prima volta da Paracelso, ma venne diffuso da Thomas Sydenham come sedativo della tosse e per calmare diarrea e dolori colici. Attualmente è stato sostituito in medicina da prodotti analoghi sintetici più specifici: la morfina e i suoi agonisti, insieme alla pentazocina, vengono usati in terapia del dolore per la loro spiccata azione analgesica; il metadone che non è un derivato dall'oppio è usato solo nello svezzamento da eroina durante la disintossicazione; la codeina e derivati si usano come sedativi della tosse, mentre il fentanyl e suoi analoghi trovano uso in anestesia come potenti analgesici.

La morfina

E' un alcaloide che si trova maggiormente nei pericarpi immaturi di *Papaver somniferum*. Viene isolato dall'oppio (il succo gommoso uscente dal pericarpio immaturo dopo un'incisione). Tramite reticolina si formano poi gli alcaloidi morfinanici dei quali fa parte la morfina.

Per le sue proprietà narcotico-stupefacenti e perché provoca grave dipendenza è sottoposta alle leggi sugli stupefacenti: la dipendenza fisiologica si instaura dopo un periodo che va da una a due settimane di uso, ma per alcuni soggetti possono bastare poche dosi per creare dipendenza psicologica.

Viene utilizzata in medicina come potente analgesico per il trattamento del dolore acuto e cronico.

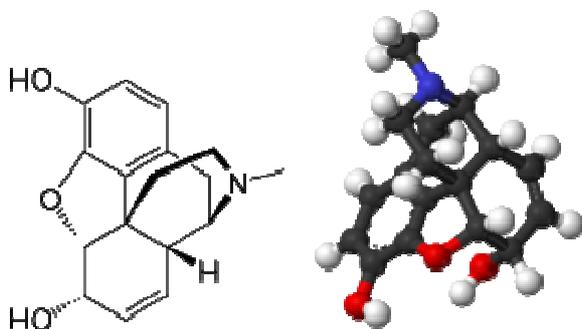


Aspetto commerciale

Meccanismo d'azione

È stato dimostrato negli anni '60 che l'azione della morfina e degli oppioidi in generale è dovuta alla loro capacità di superare la barriera emato-encefalica e legarsi ai recettori oppioidi delle cellule cerebrali, specialmente nel talamo e nel sistema limbico, inibendo la trasmissione nocicettiva periferica al sistema nervoso centrale e influenzando l'emotività e il comportamento: in assenza di morfina tali recettori sono bersaglio naturale dalle endorfine e dalle encefaline, due classi di sostanze sintetizzate dall'organismo per attenuare il dolore. L'effetto è una potentissima azione analgesica unita alla depressione del centro cerebrale preposto al controllo della respirazione.

Due farmaci, il naloxone e il naltrexone, sono in grado di spostare le molecole di morfina e analoghi dai recettori cerebrali, interrompendone l'azione: in particolare l'azione del naloxone è estremamente rapida, cosa che lo rende un farmaco salvavita in caso di intossicazione acuta da oppiacei (overdose). Il naltrexone invece si lega in modo più duraturo a tali recettori e inibisce l'azione di oppio e derivati per un periodo prolungato nel tempo, e si usa nella disintossicazione per impedire l'effetto eccitatorio della droga.



Struttura chimica

Effetti indotti

Le prime sperimentazioni di morfina e della più potente eroina sono spesso prive di effetti definiti "piacevoli", e a volte anzi possono provocare uno stato ansioso. Nausea e vomito sono effetti frequenti legati all'azione degli oppioidi su una zona del cervello nota come area postrema, al di fuori della barriera ematoencefalica e non ad una specifica tossicità. L'effetto è comunque in parte soggettivo e dipende dalla situazione psicologica e soprattutto dalla modalità di assunzione e dalla tolleranza individuale. La morfina può produrre una sensazione di euforia e benessere fisico generalizzato; vi è uno stato di abbassata reattività psico-fisica associata a brevi momenti di confusione e ottundimento dei sensi.

Con il tempo e il ripetersi delle assunzioni l'organismo sviluppa sia dipendenza sia assuefazione agli effetti; le sensazioni piacevoli durano sempre meno e sono sempre meno intense, e il tossicomane deve aumentare gradualmente la dose per ottenere gli stessi effetti. All'inizio del consumo abituale di morfina è relativamente facile mantenere una vita normale, ma poco a poco oltre a quella psicologica si instaura la dipendenza fisica, per cui diventa sempre più difficile staccarsi dalla sostanza, e inizia a svilupparsi il bisogno di assumerne in continuazione, a qualsiasi costo, con effetti devastanti sulla socialità e sulla salute mentale.

Effetti collaterali

Effetti collaterali indesiderati sono:

- Miosi (pupille a spillo)
- Ipotermia con sudori freddi, convulsioni
- Diuresi ridotta
- Depressione della respirazione e dell'attività vasomotoria
- Nausea, vomito e, a lungo andare, epatomegalia
- Disturbi del sonno
- Aumento della secrezione dell'ormone adrenocorticotropo, che stimola quella di cortisolo, ormone della crescita e prolattina;
- Inibizione degli ormoni sessuali ipofisari e periferici, mancanza di desiderio sessuale e di mestruazioni nelle donne e impotenza negli uomini
- Morte per avvelenamento, infarto o altro (vedi paragrafo relativo)

L'uso prolungato può provocare tolleranza inversa.

Intossicazione acuta (overdose)

Anche se l'organismo si abitua gradualmente alla morfina e derivati, può accadere che la dose assunta (incidentalmente o intenzionalmente, o ancora per nuova assunzione dopo un periodo di astinenza prolungata, in cui l'organismo ha ridotto la tolleranza) sia troppo elevata, inducendo uno stato di intossicazione acuta che è letale se non viene curato immediatamente. La sindrome da overdose è specifica e inconfondibile, diagnosticabile dalla presenza di tre sintomi: miosi, respirazione ridotta o assente e coma.

In questo caso occorre somministrare immediatamente naloxone e sottoporre il paziente a rianimazione, cercando di ripristinare la funzione respiratoria. Complicanze letali che possono sopraggiungere, specie se il soggetto è affetto da cardiopatie o tossicodipendente, sono edema polmonare, insufficienza cardiaca destra (cuore polmonare acuto), infarto, e paralisi intestinale, che vanno trattate con terapia rianimativa e sintomatica.

Intossicazione cronica

L'uso cronico conduce a uno stato di intossicazione la cui gravità dipende molto dal dosaggio medio assunto, dal tipo di droga, dalla sua purezza e dal modo in cui viene assunta; molto spesso, trattandosi di droghe "da strada", a questi fattori si aggiungono altre patologie dovute alla scarsa o inesistente igiene e alle sostanze mescolate alla morfina base per diluirla (in genere lattosio o mannite, ma a volte anche polvere di marmo o sostanze tossiche come stricnina, piombo o chinino), per cui può essere difficile separare gli effetti diretti dell'intossicazione da morfina da quelli secondari dello stile di vita del tossicomane.

Fisicamente, i sintomi sono pelle secca e sudorazione facile, stitichezza, alterazioni dentarie, dimagrimento progressivo, problemi epatici, cuore polmonare cronico (polmone da narcotici), una serie di malattie renali, immunitarie ed allergiche. Si possono riscontrare lesioni al cervello e al sistema nervoso centrale e periferico; compaiono alterazioni della vista (miosi estrema, nistagmo, atrofia del nervo ottico fino alla cecità) e dell'udito.

Dal punto di vista comportamentale e psichico il soggetto è ansioso, irrequieto, ha scarso appetito. L'attività sessuale è ridotta o assente. Il carattere si modifica profondamente: il consumatore abituale diventa apatico, indifferente, privo di iniziativa: è interessato principalmente alla droga. Tutti gli impegni, di qualunque genere, finiscono per essere trascurati, come anche l'affettività.

Vengono colpite anche le funzioni intellettive: la memoria e l'attenzione si indeboliscono, l'ideazione è rallentata e possono comparire allucinazioni, psicosi e tendenze suicide.

Oltre a questo, devono essere menzionate le conseguenze della modalità di assunzione: l'usare siringhe non sterili e già usate da altri, il diluire le dosi con acqua non pura e a volte il praticarsi iniezioni attraverso i vestiti porta a una grande incidenza di ascessi, flemmoni, tromboflebiti; è altissima fra i tossicodipendenti l'incidenza di AIDS e di epatite B e C. Altre conseguenze gravi vengono dalla mancanza di controllo: gli incidenti automobilistici sono più frequenti e gravi, come anche i comportamenti violenti e irresponsabili.

L'eroina

E' una sostanza semisintetica ottenuta dall'alcaloide morfina per reazione con l'anidride acetica.

La dipendenza da eroina è identica a quella da morfina, ma si instaura più in fretta e con quantitativi di sostanza più bassi. Anche le dosi letali sono più basse, per cui il rischio di overdose è maggiore



Aspetto commerciale

Tipologie

Sono noti ad oggi quattro diversi tipi di eroina:

- bianca, di origine prevalentemente thailandese, che è la più pura;
- rosa, proveniente dalla Birmania;
- brown sugar per via del suo aspetto simile allo zucchero di canna, che è la meno pura;
- al limone, di origine turco-iraniana, detta così perché si scioglie più facilmente in acqua acidulata con acido citrico.

Tuttavia bisogna sempre tenere in considerazione che l'eroina, specialmente durante il processo della vendita al dettaglio, contiene basse dosi di principio attivo (mediamente il 25%) perché viene corretta con varie sostanze da taglio al fine di aumentarne il volume e quindi migliorarne i guadagni.



Eroina nera pura

Effetti

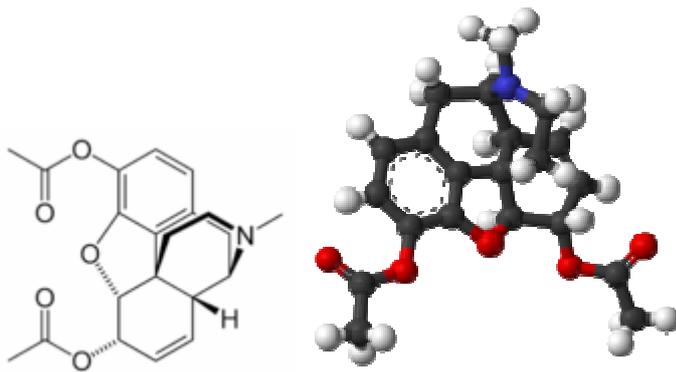
Gli effetti sono del tutto analoghi a quelli della morfina: attraversata la barriera ematoencefalica l'eroina perde i gruppi acetili ritrasformandosi in morfina.

- narcotico euforizzante.
- deprime il centro respiratorio nel sistema nervoso centrale.

La dose letale è di circa 100 mg endovena nei soggetti non assuefatti; una dose per consumo voluttuario ne contiene da 3 a 10 mg. Nei tossicodipendenti si sviluppa sia tolleranza sia dipendenza, per cui aumentano sia la dose letale che quella necessaria per ottenere l'effetto cercato: molti dipendenti da eroina ne assumono da 2,5 a 3 grammi al giorno in due-tre dosi. A differenza della morfina, quando iniettata endovena l'eroina provoca un caratteristico flash euforico della durata di circa 30-60 secondi, dovuto al rapido superamento della barriera ematoencefalica e conseguente saturazione dei recettori oppioidi; la rapidità di saturazione dei recettori è anche il motivo per cui i consumatori di eroina prediligono la via di somministrazione endovenosa. L'eroina può essere inoltre fumata o sniffata. Alcuni consumatori definiscono il flash euforico da somministrazione endovenosa simile a una serie multipla di orgasmi disseminati in tutto il corpo.

Il cocktail di eroina e cocaina o anfetamine sia endovena che fumate o sniffate, viene comunemente chiamata "speedball".

La **cocaina** è uno [stupefacente](#) che agisce sul [sistema nervoso](#).



Struttura chimica

La cocaina

È uno stupefacente che agisce sul sistema nervoso.

È un alcaloide che si ottiene dalle foglie della coca (*Erythroxylum coca*), pianta originaria del Sud America, principalmente del Perù e della Bolivia, o per sintesi dall'ecgonina.

Esistono vari nomi gergali per definire la cocaina che variano in relazione alla zona geografica, perlopiù riferiti al colore della sostanza; i più diffusi sono: coca, neve, bianca, cubaita, polvere di stelle e polvere d'angelo, piscia di gatto, barella, merce, bamba, dinamite, granita, svelta, bonza, bagna, sciusta, pallino (un pallino=un grammo o mezzo grammo, dal "formato" in cui viene in genere venduta), ecc.



Aspetto commerciale

Meccanismo di azione

L'effetto farmacologico principale della cocaina a livello del sistema nervoso centrale (SNC) è quello di bloccare il recupero (reuptake) di dopamina nel terminale presinaptico una volta che questa è stata rilasciata dal terminale del neurone nella fessura sinaptica; la rimozione della dopamina dal terminale sinaptico avviene ad opera delle cosiddette proteine di trasporto che favoriscono l'assorbimento del neurotrasmettitore dall'esterno all'interno del neurone. La cocaina

agisce sulla funzionalità delle proteine di trasporto, impedendo il riassorbimento di dopamina all'interno del neurone.

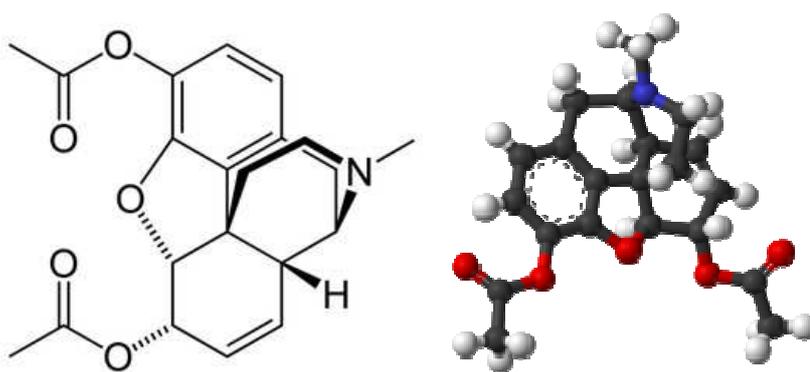
Il risultato è un aumento della quantità di dopamina a livello delle terminazioni sinaptiche dei neuroni dopaminergici del SNC. In particolare, si assiste ad un aumento di dopamina nelle sinapsi fra le terminazioni dei neuroni che proiettano dall'area tegmentale ventrale ed i neuroni del nucleo accumbens e della corteccia prefrontale mediale.

Inoltre, la droga può bloccare anche il riassorbimento presinaptico di norepinefrina e serotonina:

Questo effetto provoca inoltre l'esaurimento delle riserve di neurotrasmettitore del neurone presinaptico; causando una sorta di affaticamento sinaptico, che altera la normale risposta fisiologica della sinapsi alla depolarizzazione.

Tutti questi meccanismi, che portano ad un aumento del neurotrasmettitore nella fessura sinaptica e alla loro persistenza, portano al fenomeno della tolleranza indotto da down regulation recettoriale. Il craving da cocaina è invece indotto dal desiderio di evitare le crisi d'astinenza e dalla diminuzione della normale capacità di provare piacere legata ai reward system

In farmacologia la cocaina è anche considerata un anestetico locale, ottimo per l'anestesia delle mucose e delle vie aeree superiori. Il suo uso in campo anestesiológico è tuttavia, per ovvi motivi, rarissimo.



Struttura chimica

Effetti della droga

Gli effetti della sostanza si verificano più o meno rapidamente (e dipendono dalla modalità di assunzione, in ordine di velocità: iniezione endovenosa, inalazione per via nasale, fumandola, masticazione delle foglie) e consistono principalmente in:

Effetti psicotropi

- Distorsione cognitiva e delle capacità recettive, sensazione di aumento delle percezioni
- Accentuazione della reattività fisica e mentale
- Riduzione del senso di fatica
- Riduzione del sonno e della sensazione di fame
- Euforia

Effetti fisiologici

- Diminuzione di spermatozoi
- Aumento della frequenza cardiaca
- Aumento della contrattilità del ventricolo sinistro
- Aumento della pressione arteriosa
- Iper-produzione di adrenalina
- Aumento della produzione di endotelina
- Diminuzione della produzione di ossido nitrico
- Aumento dell'aggregabilità piastrinica nel sangue
- Accelerazione del processo aterosclerotico, con rischi considerevoli di trombosi, infarto miocardico e danni permanenti al sistema cardio vascolare.
- Ipertensione
- Nausea (per i primi 30 minuti)^[senza fonte]

Effetti a lungo termine

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

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

Combinazione con altre sostanze

Le combinazioni più pericolose sono principalmente due:

- **Cocaina e Alcol:** l'alcol aumenta la velocità degli effetti della cocaina, ma rende più difficile controllare la propria aggressività, le proprie paure o ansie.

L'abbinamento tra le due sostanze forma una sostanza, il cocaetilene, che dà una fortissima dipendenza ed è altamente pericolosa per il cuore.

Inoltre l'assunzione di cocaina può avere pericolose interazioni farmacologiche quando, in concomitanza all'assunzione, si è sotto terapia medico-farmacologica di qualsiasi tipo.

- **SpeedBall** (cocaina e eroina): l'assunzione di cocaina combinata all'eroina è ricercata dal consumatore poiché migliora il down della coca, ma aumenta enormemente il rischio di blocco respiratorio e collasso cardiocircolatorio.
- **Brown-brown:** è un tipo di cocaina in polvere tagliata con polvere da sparo. Nei conflitti dell'Africa occidentale è uso comune darla ai bambini soldato prima di una battaglia. È diventata celebre dopo essere stata usata da Yuri Orlov, il personaggio interpretato da Nicholas Cage nel film *Lord of War* del 2005.

Viene consumata tramite inalazione e non avrebbe effetti addizionali oltre a quelli soliti della cocaina, in quanto l'aggiunta di polvere da sparo, sebbene possa creare effetti psicosomatici, serve soprattutto a darle un'aura di asprezza.

Modalità di assunzione

- **Masticare le foglie:** il metodo originale che consiste nel succhiare lentamente le foglie di coca. Produce effetti lievi e prolungati, molto usata in questo modo in Sudamerica.
- **Inalazione per via nasale (sniffare):** consiste nell'inalare la polvere di cocaina, Gli effetti sono pronunciati e durano da 30 minuti circa a diverse ore (in base alla quantità e alla

qualità assunta), l'assorbimento nel sangue avviene attraverso la mucosa nasale (con rischio di trasmissione di epatite). È senza dubbio la forma d'uso oggi più diffusa.

- **Inalazione dei vapori:** la cocaina viene depositata su un foglio di alluminio che viene scaldato. Quindi ne vengono inalati i vapori (generalmente tramite una cannuccia).
- **Freebase/Crack:** la cocaina cloridrato può essere fumata, ma con scarsi effetti. Per questo motivo sono state create le preparazioni *Freebase* e *Crack*.

- Per **freebase** si intende la forma "base" della cocaina cloridrato, è ovvero la trasformazione della cocaina in sali (solubile in acqua) nell'alcaloide base. Si ottiene dapprima dissolvendo la cocaina cloridrato in acqua. Una volta dissolta in acqua viene aggiunta ammoniaca (o una base forte) per eliminare protoni in eccesso. La soluzione ottenuta in questo modo, però, non è ancora libera da tagli. A questo proposito si aggiunge alla soluzione etere etilico in quanto il freebase è insolubile in acqua ma altamente solubile nell'etere etilico. Questo permette di separare la freebase dal taglio ottenendo quindi, dopo l'evaporazione dell'etere etilico, una freebase quasi del tutto priva di taglio. Preparare la *freebase* è **estremamente pericoloso**, poiché sono possibili esplosioni o produzioni di fiamme e incendi. Con il termine freebase si indica, più in generale, ogni alcaloide nella sua forma base.

- Il **Crack** si ottiene mischiando le dovute dosi di cocaina cloridrato e una base (ammoniaca o bicarbonato di sodio). Il crack è spesso usato più del freebase in quanto si salta un passaggio (eliminazione del taglio con etere) che ne rende meno pericolosa la preparazione.

Crack e freebase hanno effetti quasi istantanei e molto forti. Causano entrambi **alta dipendenza** psico fisica.

- **Iniezione endovenosa:** iniezione endovena diluendo la cocaina in acqua sterile: metodo molto rischioso (overdose, effetti quasi istantanei).
- **Per via orale:** ultimamente si sta diffondendo tra i giovani l'assunzione di questa sostanza per via orale, tramite l'ingestione di un succo composto da cocaina, acqua e bicarbonato di sodio.

Problemi legati all'uso e dipendenza

La cocaina causa forte dipendenza psichica. Dopo gli effetti di carattere eccitatorio, infatti, il consumatore di cocaina si sente spossato, stanco e completamente senza energie. Questo lo spinge a ripetere l'assunzione della droga per tornare a stare bene.

La dipendenza da cocaina, comunemente ritenuta solo di tipo psicologico, ha anche un importante substrato fisico legato al neuroadattamento del sistema nervoso centrale ai suoi effetti. Gli studi sull'animale mostrano inoltre che le somministrazioni ripetute di cocaina distruggono selettivamente una parte del cervello (fascicolo retroflesso), con possibili ripercussioni di tipo psicopatologico (psicosi, alterazioni della gratificazione) . Oltre a questi danni del cervello, l'atto di "sniffare" determina un danneggiamento progressivo dei tessuti interni e dei capillari del naso, con riduzione notevole della capacità olfattiva, può comportare frequenti perdite di sangue dal setto nasale, ulcere, perforazione delle cartilagini, con danni che possono portare alla necessità di interventi di chirurgia plastica. L'iperattivazione dell'apparato cardiovascolare, insieme alla vasocostrizione provocate dalla cocaina, sono causa di infarto ed ictus.

La cocaina, però, produce soprattutto danni a livello psichico, il consumo prolungato, infatti, porta ad una progressiva modificazione dei tratti della personalità in senso paranoide: prevale il sospetto, l'irritabilità, la sensazione di trovarsi in un ambiente ostile, fino, talvolta, al delirio paranoide. La cocaina, infatti, blocca il riassorbimento di noradrenalina e dopamina, causando un eccesso della disponibilità di queste sostanze eccitanti, che possono alterare il funzionamento del cervello facendo comparire disturbi spesso non distinguibili da quelli causati da una psicosi. Il cocainomane è convinto di essere spiato, perseguitato, il tono dell'umore è disforico, in certi casi presenta allucinazioni (tipica la percezione di cimici che corrono sulla pelle, le "cocaine bugs" o allucinazioni visive denominate "bagliori della neve").

Frequenti sono gli attacchi di panico e uno stato di profonda depressione, che può durare anche alcune settimane. Ovviamente la reazione è individuale, sebbene l'uso di questa droga porti a modificare il comportamento del consumatore, si possono notare casi in cui non si verificano attacchi di depressione o di panico, ma un'accentuazione di tratti patologici della personalità del soggetto stesso.

La cocaina si distingue da altre sostanze psicotrope per l'elevato effetto di adattamento che induce nel soggetto che la assume ai ritmi di attività psico-fisica propri della società post-industriale e per il

suo ampio grado di diffusione nelle società occidentali. Il traffico di questa sostanza costituisce una voce rilevante dell'economia globale (Narcotraffico).

L'anfetamina

È un farmaco con proprietà anoressizzanti e psicostimolanti. Dal punto di vista farmacologico esso è un agonista indiretto del sistema catecolaminergico, agisce soprattutto a livello centrale inibendo la ricaptazione di noradrenalina e dopamina ed ha una discreta capacità inibitoria nei confronti delle monoammino ossidasi. La sua azione si traduce quindi in una maggiore permanenza di neurotrasmettitore a livello sinaptico.

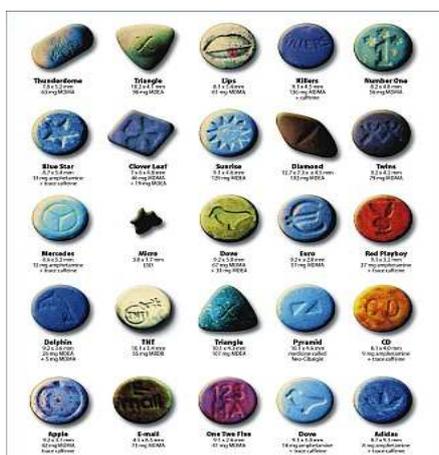
L'anfetamina ed i relativi derivati fanno parte di una più vasta classe di composti denominati fenetilamine. Il Ritalin non ne fa parte, anche se l'azione farmacologica è simile.

È basica e poco solubile in acqua; si scioglie meglio in etanolo ed etere etilico. I sali sono invece facilmente solubili. Viene infatti generalmente prodotta e commercializzata sotto forma del suo sale solfato racemo. Come tale si presenta come una polvere cristallina bianca, ha formula bruta $C_{18}H_{26}N_2 \cdot H_2SO_4$ e numero CAS 60-13-9.

L'anfetamina è uno stimolante sintetico usato per

- sopprimere l'appetito;
- controllare il peso;
- trattamento di disturbi mentali e comportamentali compreso narcolessia e ADHD (sindrome da deficit di attenzione ed iperattività).

È inoltre usata come stupefacente e per l'aumento di prestazioni fisiche (doping). Questi usi sono illegali nella maggior parte dei paesi. È una droga comunemente usata.



Svariati aspetti commerciali

Abuso

Nel suo uso illegale la forma più diffusa oggi è lo speed (dall'inglese "velocità"). Lo speed può essere formato da anfetammine, sostanze metanfetamminiche, anfetammino-simili come l'efedrina. Il suo colore varia dal bianco, al giallo, al rosa, al marrone chiaro e dipende soprattutto dalle impurità contenute nei solventi usati nel processo chimico di realizzazione della sostanza.

- L'abuso dell'anfetamina causa una grave dipendenza psicologica.
- L'abuso di lunga durata provoca esaurimento fisico e malnutrizione/denutrizione estrema fino alla cachessia e alla morte.

Dopo decenni di abuso, la FDA (Food and Drug Administration statunitense) ha vietato l'uso come stupefacente e l'ha limitata all'uso con prescrizione medica nel 1959. L'Italia è stata uno degli ultimi paesi europei a recepire la normativa. Oggi è invece fra le nazioni più restrittive e dopo il ritiro del Plegine nessun anfetaminico è in commercio.

Possibili effetti negativi sono disturbi cardiaci (tachicardia, battito cardiaco irregolare), perdita di appetito, ipertensione, allucinazioni, insonnia e psicosi paranoide perduranti per giorni.

Intossicazione lieve

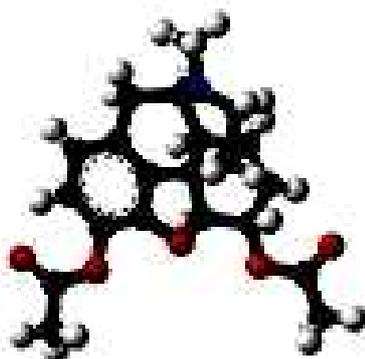
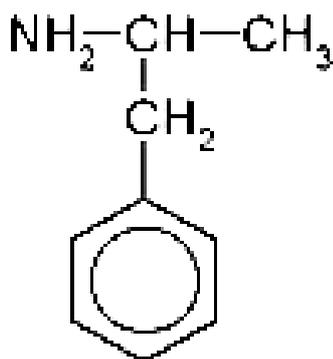
- irrequietezza
- loquacità
- nausea
- tremori
- sudorazione
- tremori
- vomito
- insonnia
- midriasi
- diarrea
- cefalea
- secchezza delle fauci
- analgesia

Intossicazione media

- ipertensione
- aritmie
- tachipnea
- ipertermia
- sudorazione
- allucinazioni
- delirio
- stupore

Intossicazione grave

- collasso
- convulsioni
- ipertermia
- coma



Struttura chimica

La canapa

La Cannabis contiene centinaia di sostanze chimiche, delle quali circa sessanta appartengono alla classe dei cannabinoidi (i componenti psico-attivi). Chimicamente i cannabinoidi sono terpenoidi, cioè molecole non polari e quindi hanno bassa solubilità in acqua (è per questo motivo che il The di marijuana è leggero, n.d.r.). La concentrazione dei cannabinoidi psicoattivi varia dall'1% al 10% nelle piante e può arrivare fino al 60% nelle resine e negli olii e, tra le varie specie esistenti, il delta9-Tetraidrocannabinolo è il più abbondante.

Come agisce: molti degli effetti dei cannabinoidi sono dovuti alla sua azione nel sistema nervoso centrale: il THC provoca un aumento della liberazione di dopamina.

I cannabinoidi sono stati utilizzati con successo come farmaci antiemetici (contro il vomito o la nausea) durante la chemioterapia, come analgesici, contro le convulsioni, per rilassare i muscoli e come vasodilatatori nell' asma bronchiale e per il trattamento dei casi di anoressia derivanti dall'AIDS. In Canada ne è consentita la coltivazione ad uso personale da parte dei malati di epilessia, mentre in 8 stati degli USA il THC viene somministrato, dietro speciale prescrizione medica per varie malattie.

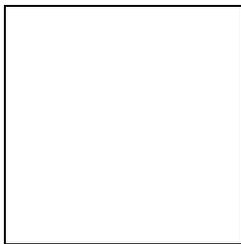
Effetti: la Cannabis sativa, se usata come droga, viene generalmente fumata. Gli effetti sono rapidi e durano fino a quattro ore. Tra questi i più comuni sono: benessere, felicità o euforia, dissociazione di idee, cambiamenti della percezione (vista, udito, tatto), rallentamento del tempo e perdita di attenzione; mentre raramente si verificano casi di allucinazioni o illusioni. Di solito c'è anche un aumento dell'appetito e possono esserci anche effetti negativi come ansia, panico o paranoia.

Utilizzo in medicina (come farmaco): la biochimica della Canapa ci insegna che delle 300/400 sostanze isolate almeno 61 le sono proprie: i cannabinoidi, tra questi i maggiori sono il THC ed il CBD.

Il THC (Tetraidrocannabinolo, delta-9-Tetraidrocannabinolo, delta-9-THC)

Psicostimolante, produce i cosiddetti "effetti": antinausea, anticinetosico, stimolante l'appetito, antitremore, abbassa la pressione endoculare, antidolorifico ed euforizzante. Se si ossida diventa CBN che in dosi massicce produce disorientamento temporo-spaziale e vertigini. E' presente in tutte le piante di Cannabis, in misura minore sopra il 30° Parallelo (0,1%) e maggiore sotto (oltre il 25%).

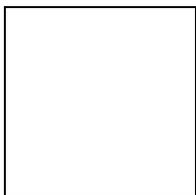
struttura chimica



forma commerciale

Il CBD (Cannabidiolo)

E' un miorilassante, sedativo, ansiolitico, antiinfiammatorio, antidiscinetico, antiepilettico, antiasmatico. Agisce sul tipo e sulla durata degli "effetti" con funzioni attenuanti o dilatanti nel tempo. E' presente in ragione inversa al THC e di per sé non è psicoattivo. E' comunque necessario per avere "effetti" (0,3%) ma se è troppo produce la cosiddetta "cassa di testa".



DROGA, È GUERRA SUI DATI

Contestate le cifre del Governo sulle morti per overdose

Gli antiproibizionisti: i decessi aumentati del 19 per cento e non del 9,5. Un collaboratore della Jervolino. “Mi fanno orrore queste speculazioni”.

(LA STAMPA, 14 dicembre 1992)

ROMA. Non è vero che i morti per droga siano diminuiti negli ultimi anni per effetto della legge 162, come hanno fatto credere i rapporti ufficiali. Sbagliati erano proprio quei rapporti che fornivano solo le percentuali tacendo le cifre assolute e inducendo raffronti errati col passato. Nel 1991 l'incremento dei decessi rispetto al 1990 è stato del 17,7 per cento, o addirittura del 19, e non del 9,5 come hanno fatto credere. Una diminuzione irrisoria rispetto all'andamento dei due anni precedenti, o un riallineamento. A riaccendere la polemica sui numeri dei morti per droga sono i radicali del Coordinamento antiproibizionista che hanno fatto questa scoperta quasi per caso, elaborando una ricerca del Presidente dell'Istat Guido Rey e confrontando le tabelle con quelle del rapporto del giugno 1992 divulgato dall'allora ministro per gli Affari sociali Rosa Russo Jervolino.

“Non voglio dire che ci sia stato dolo, ma non possiamo nemmeno escluderlo. Sciatteria c'è n'è stata sicuramente”, si limita a commentare Maurizio Turco. Ma il leader antiproibizionista Marco Taradash va oltre e annuncia che, insieme ai parlamentari che aderiscono all'Intergruppo Antiproibizionista, presenterà un'interpellanza “per avere dal Governo Amato una risposta chiara sugli interrogativi inquietanti posti dalla ricerca del Coordinamento radicale Antiproibizionista”.

Racconta Turco: “La professoressa Carla Rossi dell'Università di Tor Vergata lavorava sulla ricerca di Rey, uscita a settembre, per pubblicarla sul nostro prossimo rapporto dell'Osservatorio del Cora e si è accorta di una tabella non in sintonia coi dati resi già pubblici, relativi in particolare al 1991. I decessi in quell'anno secondo Rey sarebbero 1382, che significa un aumento del 19,04 per cento sul 1990. Significativamente, il rapporto Jervolino non fornisce il totale delle cifre assolute, ma solo i dati parziali, mese per mese. E andandole a sommare si arriva comunque a 1367 che, a parte la stupefacente discrepanza in dati ufficiali che hanno sempre entrambi per fonte il ministero degli Interni, comporta comunque un aumento del 17,7. Altro che il 9,5 sbandierato dai difensori della legge!”, conclude Turco.

Pio Cerocchi, già collaboratore della Jervolino, oggi direttore de Il Popolo, replica invece: “Questa speculazione sui cadaveri dei morti per droga mi fa orrore. Le discrepanze nascono dai criteri con cui si raccolgono i dati. Gli Interni contano solo chi si è trovato morto con la siringa nella vena. Mentre il Cora forse considera anche chi è deceduto in altre circostanze”.

Marijuana o hashish	81,1% 80,3%	10,1% 18,9%	62,1% 51,4%	27,8% 29,7%
Droghe sintetiche	22%	42,3%	42,5%	15,2%
Cocaina, eroina o altri stupefacenti	12,5%	44,7%	41,3%	14,0%

Tur
co
non
è
con
vint
o:
“Le

nostre conclusioni sono tratte da fonti Istat. E' interessante invece che gli Interni contino solo i morti per overdose: da quando lo fanno, dall'uscita della legge, nel

luglio 1990? Se fosse così l'aumento dei decessi sarebbe davvero molto pesante”.

Uso di sostanze psicoattive nei giovani tra i 14 e i 30 anni in Italia

	Totale di coloro che ne hanno fatto uso	Raramente*	Abitualmente*	Molto spesso*
--	---	------------	---------------	---------------

IL TABAGISMO

Dipendenza da fumo

La dipendenza dal fumo risulta, purtroppo, ancora molto diffusa tra la popolazione. Nonostante le campagne anti-fumo ed i dati allarmanti circa i rischi connessi sono ancora troppe le persone che non riescono a dire di no alle sigarette. I danni che ne possono scaturire sono molteplici ed interessano la quasi totalità degli organi del nostro corpo. Preoccupanti sono anche i risultati delle ricerche che riguardano i fumatori passivi, coloro, cioè, che inalano fumo di sigaretta in maniera involontaria, vivendo accanto a fumatori attivi. Anche nel fumatore passivo, infatti, vengono registrate infiammazioni a carico delle vie respiratorie.

Danni causati dal fumo di sigaretta:

- Disturbi a carico dell'apparato bronco-polmonare (bronchite cronica, asma, tumori del polmone, infezioni respiratorie)
- Disturbi a carico dell'apparato cardio-vascolare (infarto, malattie coronariche, coronopatie)
- Tabagismo
- Ulcere
- Invecchiamento cutaneo precoce
- Aumentati rischi di retinopatia e patologie renali in soggetti diabetici
- Disturbi a carico dell'apparato riproduttivo (negli uomini il fumo riduce la densità dello sperma e la vivacità degli spermatozoi mentre nelle donne favorisce la comparsa della menopausa precoce)

Il fumo è un vizio?

Fin'ora si è sempre detto e pensato che il fumo di sigaretta fosse un vizio. E cosa affermano molti fumatori sul fumo ? E' un vizio che in qualsiasi momento posso abbandonare. Niente di più falso. Il fumo di sigaretta non è un vizio, non è un'abitudine, ma una vera e propria tossicodipendenza. Il tabagismo è una malattia (lo afferma anche l'OMS nella decima revisione della classificazione internazionale delle malattie: ICD X -International Classification Disease: include la dipendenza da tabacco nella lista dei disturbi legati all'uso di sostanze farmacologiche) e come tale deve essere trattata.

La dipendenza da nicotina

E' la sostanza che fa sì che il fumatore cerchi sempre un'altra sigaretta e non riesca a farne a meno. La nicotina è una sostanza che, attraverso il fumo di tabacco, in pochi secondi arriva al cervello. Pensate che la medicina ufficiale solo nel 1988 ha affermato che la nicotina dava dipendenza come altre droghe quali l'eroina e la cocaina (General Surgeon USA (1988) : "la nicotina è la sostanza contenuta nel tabacco che porta alla dipendenza... l'uso del tabacco risponde ai criteri correntemente utilizzati per definire l'assuefazione"), mentre le industrie del tabacco conoscevano le qualità farmacologiche della nicotina dal 1963 ma in pubblico continuavano ad affermare che la nicotina non dava dipendenza ma era un componente molto importante per il gusto. " La nicotina dà dipendenza . Quindi, noi abbiamo a che fare con il business di un agente farmacologico psicotropo , efficace anche nel calmare lo stress".(I - Lista documenti) Questa è una dichiarazione, riservata del 1963, di Addison Yeaman , consulente generale della Brown & Williamson Tobacco (B&W) , resa sulla base di studi condotti in quegli anni sulla nicotina presso i laboratori di Ginevra del Battelle Memorial Institute e finanziati dalla British American Tobacco (BAT). A livello cerebrale attiva i recettori acetilcolinergici nicotinici nAChRs sui corpi cellulari dopaminici dell'Area Vento-tegmentale e terminali dopaminici del Nucleo Accumbens e stimola la

produzione di dopamina a livello della corteccia frontale. In questo modo provoca una sensazione di benessere e di piacere. Tutto ciò spinge il fumatore a ripetere l'esperienza (rinforzo dello stimolo), e cioè ad accendere la sigaretta. Ecco perché per molti fumatori è difficile smettere di fumare.

In Italia circa un 40% dei fumatori attivi vorrebbe smettere di fumare ma non ci riesce, proprio a causa della forte dipendenza prodotta dall'utilizzo del fumo di tabacco. Solo il 5-6% di coloro che hanno smesso di fumare senza alcun aiuto riesce ad essere astinente ad un anno.

La carenza della nicotina porta infatti, come abbiamo visto, ad una vera e propria sindrome di astinenza caratterizzata dal seguente corredo sintomatologico:

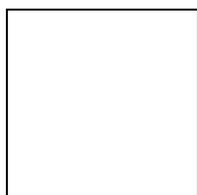
- insonnia,
- desiderio irresistibile di accendere una sigaretta,
- frustrazione,
- rabbia,
- irrequietezza,
- impazienza,
- rabbia,
- depressione,
- deficit di concentrazione,
- difficoltà a svolgere le attività quotidiane,
- irritabilità,
- aumento dell'appetito,
- incremento ponderale,
- stipsi.

Il metodo più accurato per valutare la dipendenza da nicotina è il Test di Fagerström. Il punteggio ottenuto al test è di fondamentale importanza, infatti ci permette anche di impostare la terapia "su misura" per ciascun paziente.

Smettere di fumare

Esistono vari metodi per "far smettere di fumare": alcuni metodi hanno delle basi scientifiche, altri non ne hanno. Fra quelli che hanno delle basi scientifiche vi è la terapia farmacologica (es. i sostituti della nicotina) e la terapia comportamentale o psicologica. Se le due terapie vengono combinate il risultato sarà migliore. Perché dare nicotina a chi vuole smettere? Il motivo lo abbiamo accennato prima , la nicotina è una droga pertanto nel momento in cui ci si astiene dal fumare ci mancherà ed avremo quel corredo sintomatologico di cui abbiamo parlato. Per aiutare il paziente a superare la crisi di astinenza da sigaretta possiamo utilizzare dei presidi quali le gomme da masticare, i cerotti, l'inhaler e le compresse sublinguali mediante i quali viene rilasciata una bassa quantità di nicotina in modo da alleviare gli stimoli che lo spingono a fumare. Le dosi di nicotina che si assumono sono quindi controllate, sicuramente inferiori a quelle contenute nelle sigarette, si assumono per un breve periodo e soprattutto si evitano le altre 4000 sostanze nocive presenti nelle sigarette. In ogni caso è bene che la terapia sostitutiva sia consigliata e seguita poi da personale sanitario competente quale il medico di medicina generale, lo specialista o il farmacista.

Deve essere effettuata per almeno 2 mesi a dosaggi pieni e poi a scalare (non sottodosarla !). Infatti questi presidi aumentano la loro efficacia se sono sostenuti dai consigli e dall'aiuto del medico o quando vengono associati ad una terapia di supporto psicologico.



Tipi di astinenza

Premesso che la dipendenza dal fumo è una cosa soggettiva, influenzata dalle condizioni fisiche e dal carattere del fumatore, in linea di massima esistono due tipi di astinenza nei quali si riscontrano tutti i fumatori: dipendenza fisica e dipendenza psicologia.

Dipendenza fisica: è causata dalla continua assunzione di una determinata sostanza (o sostanze); nel momento in cui vengono a mancare, si innesca una crisi di astinenza che ha come conseguenze degli attacchi d'ansia ed irritabilità, difficoltà di concentrazione e sonnolenza, depressione, aumento della fame.

La nicotina è una sostanza molto tossica: 50 mg (il contenuto di 2 pacchetti di sigarette), se assunta in un solo momento è una dose mortale.

Dipendenza psicologica: la ritualità e la gestualità del fumare, specialmente se l'abitudine è radicata nel tempo, sono - forse - lo scoglio più duro da superare; modificare e sostituire queste abitudini possono portare a sensi di vuoto ed inadeguatezza. Nell'ambito della dipendenza psicologica, possiamo inserire degli altri fattori:

Fattore sociale: quale adattamento alle mode, ricerca di atteggiamenti per darsi contegno e ricerca di aiuti/stimoli per superare le pressioni dell'ambiente.

Fattore psicologico personale: quale ricerca di un piacere, di un calmante, di uno stimolante, di una protezione.

Fattore psicologico profondo: quale il portare un qualcosa alla bocca come gesto dalla forte componente inconscia (fase orale).

I dati sul fumo

Nel mondo: i fumatori nel mondo sono circa 650 milioni. Secondo l'Oms, il fumo è “la prima causa di morte facilmente evitabile”, responsabile ogni anno della morte di 5 milioni di persone in tutto il mondo per cancro, malattie cardiovascolari e respiratorie. Un numero peraltro destinato ad arrivare a 10 milioni entro il 2030, se non saranno adottate misure efficaci.

Nell'Unione europea si stima che fumino 4,5 milioni di persone e che ogni anno siano 650 mila i decessi correlati al fumo.

Lo scenario italiano: numerosi studi epidemiologici e statistici, realizzati negli ultimi anni, consentono di delineare la dimensione del consumo di tabacco in Italia, fornendo un profilo dei fumatori e delle loro abitudini. In particolare, l'Osservatorio fumo alcol e droghe dell'Istituto superiore di sanità, ha pubblicato il rapporto nazionale sul fumo in Italia 2005. Anche la Doxa ha effettuato l'indagine sul fumo 2004, della quale è disponibile anche una sintesi, per conto dell'Iss in collaborazione con l'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri e la Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt).

Sulla base dei dati Istat relativi al 2000, nel nostro Paese i decessi attribuibili al fumo sono 81.855 (65.613 maschi e 16.242 femmine). I risultati dell'indagine Istat "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari", riferita al periodo dicembre 2004-marzo 2005, indica che nel nostro Paese i fumatori sono 10 milioni e 925 mila, pari al 21,7% della popolazione di 14 anni e più (contro il 23,9% della precedente indagine multiscopo del 2003).

Il 27,5% dei fumatori sono maschi, il 16,3% delle femmine. La percentuale più alta di fumatori è nell'Italia centrale (23,5%), la più bassa al Sud (20,5%). Riguardo alle classi d'età, per gli uomini la quota più elevata di fumatori è tra i 25 e i 34 anni (35,4%), mentre per le donne è tra i 45 e i 54 anni (24,5%). I fumatori abituali, che fumano cioè tutti i giorni, sono il 19,7% della popolazione e consumano mediamente 14,8 sigarette al giorno. Dei fumatori abituali, il 37,1% sono forti fumatori, con almeno 20 sigarette al giorno.

Se nel tempo i fumatori stanno diminuendo (erano il **34,9% della popolazione dai 14 anni in su** nel 1980 e il 23,9% nel 2003), aumentano le disuguaglianze sociali nel consumo di tabacco ma con andamenti differenziati nei due sessi e nelle diverse fasce di età. Tra gli uomini, la quota dei fumatori aumenta al decrescere del titolo di studio conseguito: tra i laureati è il 21,9% mentre è il 31,7% tra coloro che hanno conseguito la licenza media. Fra le donne più anziane sono invece le più istruite a far registrare la maggiore percentuale di fumatrici: il 14,9% contro il 4,3% delle donne con il basso titolo di studio.

Per quanto riguarda adolescenti e giovani, iniziano a fumare più precocemente di cinque anni fa: il **7,8% dei giovani di 14-24 anni**, infatti, **ha iniziato a fumare prima dei 14 anni**. Rispetto al 1999-2000, la quota di quanti iniziano a fumare prima dei 14 anni aumenta solo per i maschi (+60%). Per entrambi i sessi, sale invece la quota di giovani di 18-24 anni che riferisce di avere iniziato a fumare tra i 14 e i 17 anni, passando dal 57,8% nel 1999-2000 al 65,6% del 2005, con un incremento del 13,5%.

In Italia, il **21,6% delle persone dai 14 anni in su dichiara di essere ex fumatore** (il 29,2% degli uomini e il 14,5% delle donne). Il 93,8% degli ex-fumatori riferisce di avere smesso da solo. Oltre il

50% degli ex fumatori ha smesso di fumare da oltre 10 anni e il 18,8% da 2-5 anni. Si smette intorno ai 40 anni e la decisione matura mediamente dopo 22 anni di abitudine. In calo inoltre la quota di donne che fuma in gravidanza: dal 9,2% al 6,5%.

I dati relativi all'esposizione a fumo passivo nei bambini sono stati messi a disposizione dallo studio Icona 2003, realizzato da Profea. Icona è principalmente dedicato a valutare la copertura e i servizi vaccinali nelle regioni italiane, ma ha preso in considerazione anche altri indicatori importanti per la salute e il benessere del bambino. L'indagine, realizzata mediante interviste a oltre 4600 famiglie in tutta Italia, ha messo in luce che il 52% dei bambini al secondo anno di vita sono esposti a fumo passivo.

I costi del fumo in Italia

I drammatici effetti del fumo sulla salute sono ormai ampiamente dimostrati scientificamente da almeno quattro decenni. Data la varietà di condizioni patologiche conseguenti non è però semplice stimare l'impatto economico che l'abitudine di fumare comporta sia sui sistemi sanitari nazionali per l'assistenza ospedaliera necessaria che sulla produttività lavorativa per i giorni di lavoro perso. Di questo si occupano diversi studi, come ad esempio l'indagine Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari, curata da Rosaria Russo e Emanuele Scafato, dell'Oss-fad, che analizza diversi tipi di costi economici e finanziari.

L'Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo-correlate in Italia è stata pubblicata nell'ottobre 2001 dal centro ricerche oncologiche Giovanni XXIII dell'Università Cattolica di Roma, ed è disponibile sul sito dell'Osservatorio sul tabacco dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano. Lo studio quantifica i costi a carico del Ssn per il trattamento delle patologie riconducibili, secondo una estesa analisi della letteratura scientifica che è inclusa nella pubblicazione, all'uso di tabacco, in base alle Sdo disponibili fino all'anno 1997.

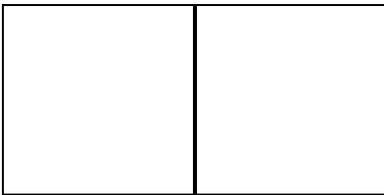
Sui costi sanitari associati all'esposizione a fumo passivo, invece, si concentra la Valutazione quantitativa dell'impatto sanitario dell'esposizione a fumo passivo in Italia, curata da Francesco Forastiere e colleghi, pubblicata nel maggio 2001.

Fumo passivo

Il "fumo passivo è quello che viene inalato involontariamente dalle persone che vivono a contatto con uno o più fumatori attivi ed è il principale inquinante degli ambienti chiusi. Infatti quando una sigaretta viene fumata, il fumo che si sviluppa è di due tipi:

centrale: che rappresenta il fumo attivo ed è prodotto dall'aspirazione del fumatore in gran parte inalato e solo in parte espirato.

Laterale: rappresenta il fumo passivo ed è prodotto prevalentemente dalla combustione lenta della sigaretta lasciata bruciare passivamente nel portacenere o in mano fra un "tiro" e l'altro e dal fumo espirato dal fumatore attivo.



DIPENDENZA DAL GIOCO

Il gioco d'azzardo, come tutte le dipendenze, è una malattia cronica, che necessita pertanto di un intervento terapeutico strutturato.

L'obiettivo della cura deve essere dapprima l'astinenza dal comportamento e successivamente il

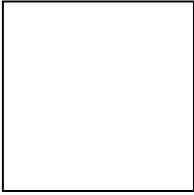
raggiungimento di una condizione di sobrietà cioè un cambiamento dello stile di vita che permetta di essere più forti verso le sempre possibili ricadute.

Il gioco è un'attività ludica di per sé normale. Esistono vari parametri per indicare se siamo di fronte ad un "problema", un problema legato al gioco. Il primo parametro, il più importante per lo psicologo, è la richiesta di aiuto da parte del soggetto interessato o di una persona a lui vicino. Senza questa richiesta, non vi è alcuna possibilità di aiutare un potenziale giocatore patologico. L'altro parametro, importante per il soggetto che può quindi intuire la necessità di rivolgersi ad uno psicologo, è la perdita della libertà nel giocare. Il gioco diventa una necessità, qualcosa di più forte di noi stessi. Non si è più liberi di giocare, si è costretti a farlo.

Tipologie di giocatori

1. **Il giocatore sociale:** è mosso dalla partecipazione ricreativa, considera il gioco come un'occasione per socializzare e divertirsi e sa governare i propri impulsi distruttivi;
2. **Il giocatore problematico:** pur non essendo presente ancora una vera e propria patologia attiva, esistono dei problemi sociali da cui sfugge o a cui cerca soluzione attraverso il gioco;
3. **Il giocatore patologico:** la dimensione del gioco è ribaltata in un comportamento distruttivo che è alimentato da altre serie problematiche psichiche;
4. **Il giocatore patologico impulsivo/dipendente:** i gravi sintomi che sottolineano il rapporto patologico con il gioco d'azzardo sono talvolta più centrati sull'impulsività e altre volte sulla dipendenza.

Un giocatore veramente dipendente è una persona in cui l'impulso per il gioco diviene un bisogno irrefrenabile e incontrollabile, al quale si accompagna una forte tensione emotiva ed una incapacità, parziale o totale, di ricorrere ad un pensiero riflessivo e logico.



Comportamenti tipici del giocatore d'azzardo

- eccessivo assorbimento in attività dirette o indirette (programmi di gioco, pensieri su come procurarsi denaro, ecc.) legate al gioco d'azzardo;
- bisogno di aumentare la quantità di denaro con cui si gioca per raggiungere livelli di eccitazione desiderati;
- tentativi ripetuti ma infruttuosi di interrompere, ridurre o controllare il proprio comportamento di gioco d'azzardo;
- ansia o irritabilità quando si tenta di controllare o ridurre il gioco d'azzardo;
- tendenza ad utilizzare il ricorso al gioco d'azzardo per ridurre stati affettivi negativi (colpa, impotenza, depressione, ecc.) o per fuggire a problemi;
- tendenza a ritornare al gioco per rifarsi dalle perdite precedenti;
- propensione a mentire sul proprio comportamento di gioco;
- perdita reale o grave rischio di perdita, a causa del gioco d'azzardo, di una o più relazioni importanti oppure compromissione del lavoro o di opportunità scolastiche;
- ricorso a comportamenti illegali quali furti, frodi, baro, falsificazione;
- richiesta ad altri di denaro necessario per rimediare alla propria situazione finanziaria più o meno disperata a causa dei debiti di gioco.

Fasi di progressione del gioco d'azzardo patologico

- **Fase vincente:** caratterizzata dal gioco occasionale e da vincite iniziali che motivano a giocare in modo crescente, spesso grazie alla capacità del gioco di produrre un piacere e di alleviare tensioni e stati emotivi negativi;
- **Fase perdente:** connotata dal gioco solitario, dall'aumento del denaro investito nel gioco, dalla nascita di debiti, dalla crescita del pensiero relativo al gioco e del tempo speso a giocare;

- **Fase di disperazione:** in cui cresce ancora il tempo dedicato al gioco e l'isolamento sociale conseguente, con il degenerare dei problemi lavorativi/scolastici e familiari (divorzi, separazioni) che talvolta ha generato anche gesti disperati di tentativi di suicidio;
- **Fase critica:** in cui nasce il desiderio di aiuto, la speranza di uscire dal problema e il tentativo realistico di risolverlo attraverso il ritorno al lavoro, nonché i tentativi di ricucire debiti e problemi socio-familiari;
- **Fase di ricostruzione:** in cui cominciano a vedersi i miglioramenti nella vita familiare, nella capacità di pianificare nuovi obiettivi e nell'autostima;
- **Fase di crescita:** in cui si sviluppa maggiore introspezione e un nuovo stile di vita lontano dal gioco.

Fattori di rischio

Aspetti ambientali-educativi: inerenti sia l'educazione ricevuta e quindi l'ambiente evolutivo caratterizzato da situazioni problematiche e da una tendenza a stimolare e ipervalorizzare le possibilità di felicità legate al possesso del denaro, sia la presenza di difficoltà economiche legate ad esempio allo stato di disoccupazione che sembra un particolare fattore di rischio per l'insorgenza della ludomania;

Aspetti psicologici: che talvolta sembrano più connessi alla presenza di tratti di personalità lussuriosa e avara di denaro, talvolta connessi al bisogno di riuscire a dimostrare un controllo sul fato e sul caso, come simbolo del controllo sul mondo che sfugge ad una regolarità.

LE CONSEGUENZE SOCIALI DELLE DIPENDENZE

Il problema sociale riguarda i punti in cui la collettività nel suo complesso patisce un danno dalla diffusione dell'uso di droghe, alcol, fumo e gioco.

Un risvolto di aspetto negativo, è che la dipendenza da tutte queste sostanze implica dei **costi per la collettività**. Si parla in senso stretto di denaro pubblico da impiegarsi per l'assistenza sanitaria alle persone che ne sono affette e di costi di polizia per sostenere la lotta in armi contro i trafficanti, gli spacciatori e i dipendenti che trasgrediscono.

Gli assuntori di droghe e alcol sono indicati come possibili vittime di **incidenti stradali** di ritorno da luoghi di divertimento. Il soccorso e le cure costerebbero un ulteriore **costo sociale indebito** inoltre sono in **crescita i tassi delinquenziali** e di microcriminalità riferiti a scippi, furti e rapine per ottenere rapidamente i mezzi necessari per soddisfare il proprio vizio.

Deve essere tenuto presente che questi fenomeni sociali di dipendenza incrementano il potere economico delle organizzazioni dedite al narcotraffico.

Nella quotidianità è ormai abituale l'incontro con queste sostanze; purtroppo è frequente parlare di questi fenomeni, inerenti alle dipendenze, i quali interessano violentemente e in forma massiccia la nostra società fondata sui pilastri culturali occidentali e cristiani. L'apice della tossicodipendenza acquista un valore magico, capace di risolvere l'aspettativa del desiderio e la risoluzione dei piaceri. Proprio in questa possibilità di esaudire il desiderio sta la formula scatenante della coazione a ripetere. Il fatto di riferirsi alla nostra cultura, diventa non solo un termine di relazione, ma necessità per potere capire come la droga sia entrata nella nostra società e quasi ci costringa a convivere con essa.

L'altro

Nella nostra cultura , se da un lato l'altro viene considerato come il possibile vicino, **dall'altro** è inteso come qualcosa di estraneo che provoca **diffidenza** . Quando ci si trova a contatto con un dipendente subentra in noi, in forma anche automatica, la sensazione di essere alle prese con l'altro estraneo da noi, il quale rappresenta una inaccettabile deviazione.

L'uso e il consumo di sostanze sarebbe una trasgressione a certe norme di costume o a norme di legge, equiparabili a commettere un reato. Sono comportamenti devianti il tenere abitudini di vita contrarie alla morale comune, il rifiutare il lavoro e gli obblighi familiari , il prostituirsi, l'avere una condotta sessuale diversa da regole accettate, l'ubriacarsi abitualmente, il dimostrare una condotta particolarmente antisociale. Devianti sarebbero tutti i comportamenti che attentano alle regole di una determinata società o gruppo. Questa concezione moraleggiante del mondo sociale porta a creare inevitabilmente la figura del diverso e della minoranza diversa. Se si accetta il concetto di diverso come **soggetto che trasgredisce le regole**, sempre si troverà qualcuno diverso da noi, sempre si è costretti a creare una normalità che includa il nostro stile di vita, i nostri valori, le nostre prospettive future, il nostro destino. In questo modo il deviante diventa 'l'altro' diverso da tutti gli altri, **assume le colpe e suscita critiche e disapprovazione**. Un atteggiamento diverso che è differente da quello che si ha di fronte ad altri possibili emarginati, per esempio invalidi ed anziani, verso i quali, istintivamente, si struttura una sorte di comprensione e compassione. Collocando la tossicodipendenza in una **relazione etico-morale** con il mondo, non si può far altro che paragonarla

con i nostri valori fondamentali, anche quando vediamo che questi stanno subendo un costante deterioramento, perdono credibilità e vengono sostituiti da altri magari foranei.

L'uso di sostanze stupefacenti è globalmente rifiutato con varie motivazioni: è nocivo per la salute, conduce a comportamenti socialmente irritanti, è moralmente inaccettabile in quanto sovverte i valori tradizionali. E' anche vero che si è più propensi a considerare il diffondersi del consumo di tabacco, negando contestualmente la sue capacità tossiche e patogeni che; non spaventa il sempre maggior uso di farmaci psicoattivi, ansiolitici o stimolanti. Tutto ciò si può considerare sotto un'ulteriore chiave di lettura: quei ragazzi seduti o stesi a terra, a volte in stato di semicoscienza, sono decisamente il **simbolo dell'incapacità, del fallimento** per non essere stati capaci di creare nel tempo nuovi valori, sono 'l'altra parte di noi' incapace, insicura, impotente, che si contrappone alle nostre sicurezze, alle nostre fantasie di onnipotenza, ai nostri sacrifici per costruire un benessere naturale che però si raggiunge anche a costo di disagi psichici, di mancanza di auto credibilità.

Il drogato è l'atto di accusa, è il rifiuto di valori stantii, delle regole prefissate su basi impositive. Coloro che costituiscono la normalità, tutto questo non lo possono accettare, lo rifiutano, lo creano come 'l'altro diverso da noi', lo emarginano senza rendersi conto che questo cammino porta solamente al diffondersi della droga.

Se l'uso di droga, o altre sostanze, dilaga ogni giorno costituisce un pericolo sempre maggiore, è perché ci stiamo abituando a convivere con essa: da qui la necessità di affrontarla con serenità e fermezza, prima di tutto estirpando da noi stessi quei sentimenti che ci riducono simili ai dipendenti e cominciando a nutrire a far rivivere quelle emozioni e quei valori che sembrano eclissati.

LINEE GUIDA SULLA PREVENZIONE ATTUALE (Alcol)

[Da "Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (PAEA)", 1992]

Il danno causato dal consumo dell'alcol si estende oltre che al singolo bevitore, anche alle famiglie ed alle comunità.

La riduzione dei danni causati dall'alcol è una delle più importanti azioni di salute pubblica atte al miglioramento della qualità della vita.

PAEA

Nel 1992 è stato redatto il **Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (PAEA)** allo scopo di prevenire e ridurre i danni causati dall'alcol in tutta la Regione Europea.

Gli obiettivi generali del PAEA sono:

1. Suscitare maggiore consapevolezza, fornire strumenti educativi e costruire il supporto a favore di politiche di sanità pubblica;
2. Ridurre i rischi di problemi alcol correlati che possono verificarsi in ambienti quali la casa, il luogo di lavoro, la comunità o ambienti nei quali viene consumato l'alcol
3. Ridurre l'ampiezza e la profondità del danno alcol correlato in casi come incidenti mortali, incidenti con feriti, violenze e incurie nei confronti dei minori e crisi familiari;
4. Fornire un trattamento accessibile ed efficace per le persone che consumano alcol in modo rischioso o pericoloso, e per quelle con alcol dipendenza;
5. Esercitare una maggiore protezione dalle pressioni al bere rivolte ai bambini, ai giovani ed a coloro che scelgono di non bere.

O.M.S.

Questi obiettivi andavano perseguiti attraverso la riduzione del consumo generale ed attraverso iniziative per combattere i comportamenti a rischio.

Le azioni vertono su piani quali politiche pubbliche, ambienti per la promozione della salute, assistenza primaria, sistemi di supporto e cooperazione internazionale con la rete di sostegno fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nel 1995, la **Conferenza Europea su Salute, Alcol e Società a Parigi** ha adottato la Carta Europea sull'Alcol, sottoscritta da tutti gli Stati Membri nella Regione Europea dell'O.M.S. , la quale stabilisce principi etici e strategie che i paesi possono usare per sviluppare politiche e programmi sull'alcol.

Per poter realizzare efficaci politiche sull'alcol che comprendono le politiche sanitarie, sociali e fiscali, è necessario un forte e continuo impegno politico.

W.H.O

Per questo motivo nel 1999 a Copenhagen, la **WHO Regional Office for Europe**, ha redatto "Health 21: the health for all policy frame work for the WHO European Region" documento che stabilisce 21 obiettivi per la salute.

Il target 21 dice che "entro il 2015 gli effetti negativi per la salute derivanti dal consumo di sostanze che producono dipendenza come il tabacco, l'alcol e le droghe psicoattive dovrebbero subire una riduzione significativa in tutti gli Stati Membri".

Siccome non esiste un unico modello che possa essere applicata in tutta la Regione Europea, gli Stati Membri dovranno assumere iniziative che più probabilmente potranno ridurre i danni causati dall'alcol nei loro paesi.

- **Informazione e educazione**

- Fornire informazioni sul danno che l'alcol può causare alla salute e al benessere degli individui, delle famiglie e delle comunità attraverso l'educazione pubblica o i mass media;
- Organizzare campagne con i mass media per promuovere il supporto pubblico nei confronti delle politiche esistenti o nuove che combattono i danni causati dall'alcol;
- Dare a tutti i giovani l'opportunità di sperimentare un tipo di apprendimento basato sulle loro abilità attraverso un programma di educazione sanitaria integrato e olistico, con l'impegno nei confronti di un ambiente fisico e sociale che sia sicuro e che promuova la salute;
- Fare in modo che l'educazione sull'alcol relativa alla scuola, a partire dalla scuola materna in avanti, sia integrata nel concetto di scuola che promuove la salute e anche nelle forme aggregative della comunità locale che lavorano nella prevenzione.

- **Ambienti pubblici, privati e lavorativi**

- Controllare la disponibilità di alcol durante i maggiori eventi pubblici dove si verificano i danni alcol correlati;
- Proibire l'alcol durante attività di divertimento rivolte ai minorenni o durante eventi sportivi e dare un'ampia possibilità di cibo e bevande analcoliche;
- Fare in modo che la prevenzione e i programmi di trattamento basati sulla famiglia siano ampiamente disponibili e implementati;
- Promuovere delle politiche sull'alcol per i luoghi di lavoro basati sull'educazione, la prevenzione, l'identificazione precoce e il trattamento. Queste politiche devono essere integrate nei programmi sanitari dei luoghi di lavoro, sia nel settore pubblico che in quello privato.

- **Alcol e guida**

- Fare in modo che l'attuale legislazione in tema di alcol e guida venga rafforzata;
- promuovere una forte visibilità del test dell'alcolemia su base casuale;
- Rivedere gli attuali limiti di alcolemia consentiti per la guida, e considerare la possibilità di abbassarlo a 0,50 mg % o anche inferiore, e adottare il limite vicino allo zero per i neo patentati e per gli autisti di veicoli di trasporto;

- Incoraggiare la possibilità di avere un trasporto alternativo ai loro mezzi per quei guidatori che hanno consumato alcol;
 - Considerare l'introduzione di programmi obbligatori di educazione stradale e di trattamento per chi viola le norme in modo abituale.
- **Disponibilità di prodotti alcolici**
 - Sviluppare una politica di tassazione che assicuri un prezzo realmente alto dell'alcol, una tassazione basata sul volume alcolico (cioè tasse più alte su bevande alcoliche con un maggiore contenuto alcolico), e rendere disponibili bevande analcoliche a prezzi bassi;
 - Usare le tasse sull'alcol per finanziare attività di controllo sull'alcol, quali l'educazione alla salute, la ricerca riguardo le politiche sull'alcol, e il sostegno ai servizi sanitari a livello locale e nazionale;
 - Controllare la disponibilità dell'alcol attraverso la restrizione o almeno il costante controllo del numero di rivendite di alcolici soggette alle leggi sulle licenze, limitare il numero delle licenze e le ore o i giorni di vendita;
 - Controllare il consumo di alcol nella popolazione minorenni stabilendo un'età minima, solitamente oltre i 18 anni, per la vendita e il consumo di alcol;
 - Mettere in atto strumenti, quali etichette di tassa pagata sui prodotti alcolici, per combattere il contrabbando e assicurare la realizzazione di politiche efficaci sui prezzi e la raccolta di tutte le tasse.
 - **Promozione di bevande alcoliche**
 - Limitare la pubblicità all'informazione sul prodotto e solo ai mezzi di stampa per adulti, a meno che non esista una limitazione più generale;
 - Sviluppare un codice pubblicitario, nelle aree dove la pubblicità è permessa, che eviti l'enfaticizzazione degli effetti dell'alcol e l'uso di giovani nella pubblicità di bevande alcoliche;
 - Sviluppare un codice di comportamento al fine di prevenire la promozione e la pubblicità di prodotti alcolici che possano risultare attraenti per i bambini e i giovani;
 - proibire ai produttori di sponsorizzare tutte le attività di divertimento e tempo libero dei giovani;
 - stabilire restrizioni sulle sponsorizzazioni di eventi sportivi da parte dei produttori;
 - Stabilire una regolamentazione molto restrittiva relativamente a quegli eventi pensati per promuovere il consumo di alcol, come festival di prodotti alcolici e gare di consumo di birra.

- **Le organizzazioni non governative**
 - Sostenere le organizzazioni non governative e le reti di organizzazioni che hanno esperienza e competenza nel raccomandare le politiche a livello internazionale e nazionale per ridurre il danno causato dall'alcol;
 - Sostenere le organizzazioni non governative e le reti che hanno una funzione specifica di “advocacy” nei propri ambiti, quali associazioni di operatori sanitari, rappresentanti della società civile e organizzazioni di consumatori;
 - Sostenere le organizzazioni non governative e le reti che hanno un ruolo specifico nell'informazione e la mobilitazione della società civile in relazione ai problemi alcol correlati, facendo azioni di lobby per un cambiamento e una implementazione delle politiche a livello governativo, oltre che dimostrare le azioni dannose indotte dai produttori.
- **Formulazione, realizzazione e monitoraggio delle politiche**
 - Sviluppare in ogni paese un programma nazionale che contenga un piano d'azione sull'alcol con obiettivi chiari;
 - Istituire un organismo per coordinare il programma nazionale e finanziare adeguatamente questa funzione, con specifiche scadenze temporali in modo da assicurare l'implementazione e il monitoraggio di piani d'azione nazionali;
 - Creare una struttura efficace di monitoraggio e valutazione dei consumi, individuare indicatori del danno causato dall'alcol e delle risposte alle politiche di controllo sull'alcol (questo processo può richiedere lo sviluppo di appropriati strumenti di ricerca standardizzati).

LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO ISTITUZIONALE E NORMATIVO EUROPEO (droga)

Il quadro di riferimento normativo e istituzionale a livello Europeo per la droga e le tossicodipendenze è costituito da:

- Strategia europea antidroga 2005 – 2012, elaborata dal Consiglio dell'Unione Europea nell'anno 2004;

La strategia europea antidroga elaborata dal Consiglio dell'Unione Europea per il periodo 2005-2012 é basata sui valori fondamentali e sui principali basilari principi dell'ordinamento europeo: il rispetto della dignità umana, la libertà, la democrazia, l'uguaglianza, la solidarietà, i diritti umani.

L'obiettivo di tale strategia è di proteggere e promuovere il benessere dell'individuo e della collettività, di promuovere la salute pubblica, di garantire un elevato livello di sicurezza pubblica e di introdurre un approccio equilibrato e integrato al problema della droga.

La strategia europea antidroga è costruita su cinque pilastri principali:

- il coordinamento tra tutti i paesi dell'Unione Europea, considerato la chiave principale per condurre una strategia di successo contro la droga, a maggior ragione in seguito all'entrata dei nuovi dieci paesi nell'Unione Europea avvenuta recentemente;
- la riduzione della domanda: l'Unione persegue una riduzione misurabile dell'uso di droghe attraverso la presenza di un sistema integrato di prevenzione, cura, riabilitazione e integrazione sociale in tutti i paesi membri, che faciliti l'accesso dei consumatori ai programmi di cura e riabilitazione specializzati e individualizzati e ai servizi di prevenzione e trattamento delle patologie legate all'uso e all'abuso di sostanze stupefacenti;
- la riduzione dell'offerta: l'Unione persegue un aumento misurabile dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi della polizia di tutti i paesi membri contro il traffico delle droghe e di tutte le attività criminali correlate,
- la cooperazione internazionale: l'obiettivo perseguito è quello del miglioramento effettivo della cooperazione e collaborazione tra tutti gli stati membri e tra questi ultimi e la Commissione Europea nell'ambito della lotta alla droga;
- l'informazione, la ricerca e la valutazione: l'Unione Europea promuove tutte le azioni rivolte a perfezionare l'informazione e la conoscenza in materia di droghe, dei loro effetti, delle strategie e degli interventi di cura più efficaci e sostiene il processo di valutazione delle azioni intraprese nella lotta alla droga nell'ambito della strategia di approccio al problema.
- Piano di azione dell'Unione Europea in materia di lotta alla droga, pubblicato sulla Gazzetta ufficiale C 168 dell'08 luglio 2005;

Il piano di azione europea in materia di lotta alla droga (2005 – 2008) delinea un quadro coerente a livello dell'Unione Europea (UE) per adottare misure repressive e preventive che permettono di ridurre l'offerta e la domanda di droga. Esso si prefigge di fare diminuire sensibilmente l'entità del consumo di droga presso la popolazione e di limitare i danni sociali e per la salute, provocati dal consumo e dal commercio di droghe illecite.

Il piano ricalca la struttura e gli obiettivi della strategia antidroga 2005-2012 e mira a conseguire risultati concreti in settori prioritari specifici. Per ciascun obiettivo la **Commissione Europea (CE)** indica le azioni proposte, il relativo calendario, l'organo competente e infine lo strumento di valutazione o l'indicatore più consono.

- Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, istituito dal Consiglio dell'Unione con Regolamento n. 302/1993 dell'8 febbraio 1993.

L'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, istituito con **Regolamento CEE n. 3027 nell'anno 1993** e diventato operativo nell'anno **1995 a Lisbona**, pubblica annualmente una relazione sul fenomeno della droga e della tossicodipendenza in Europa: tali pubblicazioni costituiscono una fonte primaria d'informazioni per un'ampia gamma d'interlocutori, quali i responsabili politici, i professionisti, i ricercatori, gli operatori del settore, i mass-media e il pubblico in generale.

La relazione dell'Osservatorio pubblicata nell'anno in corso e riferita all'anno 2005 è basata sulle informazioni fornite all'Osservatorio dagli Stati membri, dai paesi candidati e dalla Norvegia sotto forma di relazioni nazionali.

Tale documento offre una panoramica generale dell'evoluzione e delle linee di tendenza del fenomeno della droga in Europa, in particolare gli aspetti proposti ed evidenziati sono i seguenti:

- la prevenzione nelle scuole: in tutti gli Stati membri dell'unione, le scuole sono considerate il luogo principe della prevenzione universale: l'enfasi data alla prevenzione nelle scuole nelle strategie nazionali e nell'attuazione strutturata di questo approccio è cresciuta notevolmente. Questo interesse si riflette nell'espansione delle politiche in materia di droga nelle scuole e nello sviluppo di programmi specifici di prevenzione della droga per le scuole, nonché nel miglioramento della formazione degli insegnanti.
- la poliassunzione: è una delle caratteristiche distintive del problema della droga in Europa. L'analisi dell'impatto del consumo di droga sulla salute non può non prendere in considerazione il quadro articolato del consumo correlato di sostanze psicoattive, tra cui alcool e tabacco. La stragrande maggioranza di coloro che in Europa si rivolgono a comunità terapeutiche per un problema di droga fa uso di più sostanze stupefacenti;
- i giovani e la droga: il consumo di droga in Europa è un fenomeno prevalentemente giovanile, diffuso soprattutto tra i giovani di sesso maschile;
- il consumo problematico di droga: non è possibile dare una risposta semplice alla domanda se si possa osservare o meno un declino nel consumo di eroina, sotto molti aspetti però la situazione

attuale in termini di nuovi consumatori di eroina sembra essere più positiva rispetto al quadro riferito all'UE all'inizio degli anni novanta;

- il consumo di cocaina e altri stupefacenti: l'Europa è uno dei principali mercati per gli stupefacenti e gli indicatori suggeriscono che la tendenza del consumo di cocaina, anfetamine e ecstasy è in continuo aumento. Resta difficile quantificare l'impatto sulla salute pubblica del consumo di stupefacenti nel vecchio continente, ma di certo gli attuali modelli di consumo non sono rallegranti: le domande di trattamento per consumo di cocaina sono in aumento e nonostante le grandi differenze riscontrate da paese a paese, la cocaina è implicata nel 10% circa di tutte le domande di trattamento in Europa [Relazione annuale 2005 dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze];
- i servizi per tossicodipendenti: la disponibilità di tali servizi può fare la differenza sia per i singoli consumatori, sia per la comunità in cui vivono. Nonostante le difficoltà a elaborare una mappa dei servizi per tossicodipendenti sul territorio europeo alcuni indicatori suggeriscono chiaramente che sia i servizi terapeutici che talune forme di servizi di riduzione dei danni sono palesemente aumentati. In particolare una tipologia di servizi che ha subito un'evidente espansione nell'ultimo decennio è quello della terapia sostitutiva per i consumatori di oppioidi, soprattutto in quei paesi in cui si registra un consumo di eroina relativamente elevato;
- il consumo di droga in Europa rispetto agli USA: il livello di consumo di droga negli Stati Uniti è sempre stato più elevato rispetto a quello registrato nei paesi europei. Tale affermazione è valida in larga misura anche oggi, benché il confronto dei dati sul consumo recente suggerisca che in alcuni paesi europei la prevalenza del consumo di cannabis, ecstasy e cocaina tra i giovani adulti sia oggi simile a quella riscontrata negli USA;
- consumo di droga, infezione da HIV e AIDS: per un certo periodo l'incidenza dell'AIDS riconducibile al consumo di stupefacenti per via parenterale ha fatto registrare in generale un calo; il contatto eterosessuale ha superato oggi il consumo di droga per via parenterale come principale fattore di rischio per la trasmissione dell'AIDS in Europa. Ciò può essere attribuito all'accresciuta disponibilità della terapia antiretrovirale altamente efficace e all'aumentata reperibilità dei servizi terapeutici di riduzione dei danni e alla diminuzione del numero di consumatori di droga per via parenterale nella maggior parte dei paesi colpiti;
- sanzioni applicate in caso di detenzione e consumo di stupefacenti: si rileva una grave mancanza di dati comparabili a livello europeo alla maggior parte degli aspetti caratteristici del rapporto tra droga e criminalità ad eccezione dei reati contro le leggi sugli stupefacenti.

Sebbene, infatti, i confronti fra i diversi paesi esigano la dovuta cautela, s'intravede dalla fine degli anni novanta e sino all'anno 2003 un aumento dei reati contro le leggi sugli stupefacenti in molti dei paesi europei con particolare riferimento ad alcuni nuovi Stati membri;

- lo sviluppo delle politiche sugli stupefacenti: le differenze tra gli Stati membri dell'Unione Europea in termini sia di problemi legati al consumo di stupefacenti sia di politiche in materia di droga, nonché di entità e natura degli interventi sono notevoli. Ciò nonostante però si possono individuare alcuni tratti comuni al fenomeno della droga osservato nella maggior parte dei paesi e si rileva inoltre che gli Stati membri pur riconoscendo che le politiche sugli stupefacenti rimangono una responsabilità nazionale, restano attenti ai benefici che possono derivare dal miglioramento della cooperazione a livello europeo.

LA PREVENZIONE DEL TABAGISMO NELLA SCUOLA

Le attuali linee guida sulla prevenzione del tabagismo nella scuola vertono sui seguenti punti:

- Prevenzione dell'abitudine al fumo tra gli studenti della scuola dell'obbligo

- Prevenzione dell'abitudine al fumo tra la popolazione generale per intervento dei Medici di Medicina Generale
- Corsi intensivi per smettere di fumare
- Ospedali e Servizi Sanitari senza fumo
- Luoghi di lavoro liberi dal fumo

Approccio metodologico

Il contributo che le Dipendenze Patologiche possono offrire alle politiche di prevenzione e controllo del fumo di tabacco si può riassumere in due punti principali:

- Attenzione alla **complessità** del fenomeno tabagismo sotto i vari aspetti medico, psicologico, sociale e culturale
- Strategia operativa basata sulla **integrazione** degli interventi.

Nell'ambito dei programmi di prevenzione del fumo in età giovanile questo si traduce nella scelta di un approccio di tipo:

Globale: educativo - persuasivo (promozione di uno stile di vita libero dal fumo); normativo – dissuasivo (rispetto del divieto di fumo all'interno della scuola e nei cortili); di supporto alla disassuefazione con offerta di corsi per smettere di fumare al personale delle scuole e alle famiglie degli alunni (se paragoniamo il fumo ad una malattia "contagiosa", più persone verranno aiutate a smettere di fumare meno giovani verranno indotti a fumare).

Multidisciplinare: formazione dei formatori, programmi didattici curricolari, insegnanti di più materie coinvolti, comprensione dei diversi fattori di disagio giovanile e dei meccanismi di "pressione sociale".

Intersettoriale: scuola aperta al territorio, coinvolgimento di strutture sanitarie, farmacie, Medici di Medicina Generale, ambienti di lavoro ed in generale adulti del mondo dello sport, cultura, spettacolo che ricoprono ruoli significativi nell'influenzare positivamente gli stili di vita dei giovani.

Interprogettuale: raccordo e interazione con programmi di prevenzione di altre dipendenze patologiche , in particolare l'alcolismo.

Alcol e Tabacco: in quanto "droghe legali", hanno più di un elemento in comune:

Questioni per l'appunto "legali": regolamentazione della vendita al pubblico ed in particolare ai minori, regolamentazione del consumo nei luoghi pubblici e di lavoro (aumentata incidentalità per l'alcol, danni da fumo passivo per il tabacco), restrizione della pubblicità.

Aspetti socio-culturali: entrambi sono prodotti largamente diffusi, tradizionalmente fanno parte delle nostre abitudini di vita, esistono forti remore nell'opinione pubblica perché vengano accettati come "droghe", l'atteggiamento più comune è quello della tolleranza e/o dell'approvazione sociale ("il vino rosso previene il cancro", la sigaretta "aiuta" la concentrazione mentale).

Aspetti socio-economici: la loro produzione è fonte di reddito e di occupazione per molti lavoratori. I problemi legati alla regolamentazione - riconversione del mercato sono simili, come le resistenze dei produttori.

Fattori di "pressione sociale" comuni nel determinare l'iniziazione al consumo: si inizia a bere o a fumare perché lo fanno i familiari, per sentirsi più grandi, per non rimanere esclusi dal gruppo dei coetanei, perché è di moda.

Frequentemente i giovani associano entrambi i consumi di alcol e tabacco ad altri comportamenti a rischio (guida pericolosa, rapporti sessuali non protetti, uso di altre sostanze psicotrope)

Controindicazione assoluta per le donne in gravidanza.

LINEE GUIDA SUL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Nel corso degli ultimi anni il gioco d'azzardo ha assunto un volume di enormi proporzioni sociali ed economiche. Pur essendo il gioco d'azzardo una pratica antica, è purtroppo ormai evidente che nell'ultimo ventennio, a causa anche dell'introduzione di varie forme di scommesse, lotterie, apparecchi elettronici, è in costante e forte espansione, soprattutto nelle regioni con il tenore di vita più elevato; coinvolgendo, a vari livelli, oltre l'80% della popolazione italiana e di cui una percentuale tra l'1 e il 3% soffrirebbe di dipendenza dal gioco (un terzo donne, il resto uomini), il cosiddetto **Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)**.

Questa patologia, provoca la comparsa di gravi problemi sociali che portano i soggetti interessati a compromettere e a distruggere, con il loro comportamento, le loro attività personali, familiari e lavorative. Tra le conseguenze più evidenti provocate dal GAP vi sono sicuramente quelle legate alle perdite finanziarie e dei propri beni, oltre alle ripercussioni sull'ambiente di lavoro, le separazioni e i divorzi; a ciò vanno aggiunti i rischi di associazione ad altre dipendenze, soprattutto alcool e stupefacenti, oltre allo sviluppo di disturbi legati allo stress. Va segnalato anche che i tentativi di suicidio nei giocatori d'azzardo patologici sono fino a 4 volte superiori rispetto alla media dell'intera popolazione.

L'azione legislativa ed amministrativa che attualmente in Italia, a differenza di altri paesi europei, mira a tutelare esclusivamente interessi pubblicistici (ordine pubblico, contrasto del riciclaggio e dell'usura ecc.) mentre viene assegnato scarso rilievo legale alla difesa dell'interesse dell'utente giocatore, deve anche puntare alla prevenzione di tali comportamenti con un insieme di azioni propositive tese a:

- promuovere un'adeguata cultura del gioco che ne valorizzi le potenzialità senza sottovalutarne le componenti di rischio di dipendenza attraverso campagne di informazione rivolte in particolare alla popolazione giovanile;
- istituire un numero verde a livello regionale composto da personale abilitato in grado di dare assistenza telefonica a situazioni di difficoltà, al fine di avvicinare, sfruttando la possibilità dell'anonimato dell'utente, il giocatore patologico a cominciare a prendere coscienza con la sua situazione di dipendenza;
- dare disposizione affinché all'interno delle case da gioco, delle sale bingo, delle ricevitorie, delle agenzie ippiche e sugli apparecchi di videopoker sia data adeguata pubblicità sui rischi del gioco patologico;

Sembrerebbe pertanto un atto di civiltà inderogabile contemperare in modo equilibrato l'interesse economico del sistema degli esercenti di Giochi d'Azzardo, l'interesse dello Stato a controllare e

gestire l'attività di gioco d'azzardo, con quello del singolo all'integrità psico-fisica prevedendo che una quota di riserva degli incassi ricavati attraverso le attività di gioco d'azzardo venga utilizzata, sull'esempio della legislazione di altri paesi europei come la Svizzera e l'Olanda, per interventi di prevenzione e cura dei fenomeni di GAP da attuare attraverso professionisti esperti nel trattamento dei comportamenti di dipendenza psicologica.

Al fine di prevenzione è stata stilata la seguente proposta di legge:

ART. 1

La presente legge riporta norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico (GAP) secondo la classificazione DSM – IV

ART. 2

La presente legge:

- favorisce l'accesso delle persone affette da dipendenza da gioco d'azzardo a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati;
- favorisce l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dall'abuso patologico del gioco d'azzardo;
- promuove la formazione e l'aggiornamento del personale che si occupa dei problemi legati al gioco d'azzardo patologico;
- favorisce le organizzazioni del privato sociale senza scopo di lucro e le associazioni di auto mutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi del gioco d'azzardo patologico.

ART. 3

I dipartimenti delle dipendenze sono le strutture deputate alla presa in carico dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico.

ART. 4

La Giunta, previo parere della commissione competente, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, emana le linee guida per l'individuazione e presa in carico dei soggetti affetti da tale patologia, nel rispetto delle indicazioni dell'Oms.

ART. 5

Ogni dipartimento delle dipendenze è costituito da un minimo di uno ad un massimo di tre nuclei operativi che si occupano di gioco d'azzardo patologico in relazione alla densità della popolazione residente; per nucleo operativo si intende una unità funzionale semplice sovredistrettuale; il coordinamento organizzativo di tale nucleo viene affidato alla figura di un dirigente psicologo,

ART. 6

Ciascun nucleo è composto da un medico esperto in medicina delle dipendenze patologiche, uno psicologo, un assistente sociale, un educatore, un consulente legale.

ART. 7

E' istituito l'Osservatorio Regionale Lombardo sul GAP, gestito in prima istanza da un Asl "pilota" individuata dalla Giunta Regionale, con le seguenti funzioni:

- predisporre una relazione annuale sulla base dei dati del monitoraggio effettuato nell'ambito del soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico;
- formula proposte alla Giunta per il perseguimento delle finalità stabilite dall'art. 1 della presente legge;
- fornisce agli assessori competenti pareri in ogni altro ambito attinente al gioco d'azzardo e alle patologie correlate in riferimento alle finalità della presente legge;
- istituire e gestire un servizio di consulenza telefonica, abbinato ad un numero verde a livello regionale, al fine di fornire all'utenza informazioni dettagliate per la cura e la prevenzione del gioco d'azzardo patologico.

ART. 8

Le Asl e i dipartimenti delle dipendenze deputate alla presa in carico dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico possono svolgere la loro attività avvalendosi, anche mediante apposita convenzione, di enti ed associazioni pubbliche o private che operano per il perseguimento degli obiettivi dell'art. 1 della presente legge.

ART. 9

All'interno delle case da gioco, delle sale bingo, delle ricevitorie, delle agenzie ippiche e sugli apparecchi di videopoker devono essere facilmente visibili all'utenza tutta una serie di informazioni concernente:

- i rischi del gioco;
- misure di aiuto come indirizzi dei centri di trattamento da gioco d'azzardo patologico presso i dipartimenti dipendenze e di gruppi di autoaiuto per giocatori a rischio;
- questionari che permettono a ciascun giocatore di valutare il proprio rischio di dipendenza.
- E' altresì vietata la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche e la collocazione di bancomat e simili all'interno delle case da gioco e delle sale Bingo.

ART. 10

Gli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge sono a carico di un fondo costituito presso l'Assessorato regionale alla Sanità, in cui i gestori dei giochi d'azzardo (case da gioco, sale bingo, agenzie ippiche, distributori di videopoker, concessionari di lotterie e pronostici) sono tenuti a versare lo 0,5% degli incassi; i criteri di erogazione delle quote di tale fondo sono stabiliti nelle linee guide determinate dalla giunta, sentita la commissione consiliare competente.

COSA SI FA GIA' IN TERMINI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE?

Nel nostro ambiente, l'Italia di oggi, per le dipendenze qui trattate esiste già una diffusa anche se non forte sensibilità preventiva, in parte dovuta ad interventi pubblici come pubblicità e programmi sociali, ed in parte anche dovuta alla mentalità popolare. Tuttavia, questa attività è spesso maggiormente non primaria (e quindi diretta verso chi è già entrato, più o meno seriamente, nella dipendenza).

Alcol

Nel nostro paese l'alcol non è attualmente oggetto di divieti di consumo o abuso, salvo e solamente salvo in connessione alla guida di automezzi. Analogamente non sussistono programmi statali per dare deterrenti alle persone sul bere alcolici al di fuori della circolazione automobilistica. Lo stato comunque riconosce gli alcolisti patologici come persone malate e finanzia questa, tra le altre patologie, come target di utenza per le comunità di recupero.

A livello privato, la società presenta un alto asso di tolleranza morale verso gli alcolici e di conseguenza sono poche le situazioni in cui un soggetto è scoraggiato dal bere dai suoi famigliari o dai pari. Solo nei casi di alcolisti patologici, e non sempre, la società capillare denuncia gli stessi come "malati", pur non prendendo provvedimenti seri se non supportati dallo stato.

Fumo

In Italia il fumo è sempre più penalizzato dalle politiche statali, che negli ultimi decenni e soprattutto negli ultimissimi anni hanno emesso serie leggi di regolamentazione (in primis il divieto a fumare in ogni ambiente pubblico) e programmi di deterrenza (il costante rialzo del prezzo delle sigarette), oltre ad una campagna pubblicitaria di sensibilizzazione adeguata, sviluppata sia a livello iconografico generico (cartelloni, spot televisivi eccetera) sia di interventi mirati (specialisti nelle scuole, eccetera). Non esistono invece, attualmente, programmi di aiuto pubblico per chi sia già fumatore e voglia smettere.

La percezione del fumo come vizio e poi come malattia si è progressivamente installata in Italia, e benché a fumare sia ancora una larghissima fetta di popolazione, questa è in costante calo. Allo stesso modo, sempre più popolazione è consapevole che il fumo sia nocivo, ma manca una spinta a

smettere per coloro che già fumano. A differenza dell'alcol, fumare è una cosa generalmente scoraggiata dai famigliari e dal resto della società, anche da coloro che fumano.

Gioco

Il gioco d'azzardo in Italia è legalizzato e in questo modo molto contenuto: possibile solo nelle forma di lotterie ad estrazione, lotterie a scommessa sportiva e lotterie "gratta e vinci". Non ci sono programmi preventivi espliciti per la dissuasione o secondari per la cura dei giocatori.

Nella popolazione, la figura percepita del giocatore dipendente è pressoché inesistente e l'abuso parimenti manca.

Sostanze stupefacenti

Il consumo di sostanze, la produzione e la commercializzazione sono attualmente vietati e perseguiti in Italia, e lo Stato continua a rispondere in modo negativo alle proposte di legalizzazione. Esistono e sono molto diffusi programmi di prevenzione primaria e antipromozione, per quanto non sostanzialmente efficaci, mentre i programmi di prevenzione secondaria e terziaria sono stati negli ultimi quattro decenni al crescente centro dell'attenzione e della ricerca, principalmente nella forma di comunità e cliniche.

Coscienza

La popolazione è oggi quasi del tutto conscia dell'esistenza del problema, sebbene persistano a livello personale delle cecità e dei pregiudizi che portano a non accorgersi di quanto questo sia reale per tutti. A differenza della linea di pensiero statale, nella popolazione c'è una percepita differenza fra droghe leggere e droghe pesanti, e mentre tutti (o quasi) condannano le seconde sulle prima v'è un certo liberalismo. La prevenzione sotto forma di dissuasione informale è diffusa, così come le iniziative private (soprattutto di scuole e cooperative).

Progettazione di un lavoro per la prevenzione e la promozione contro le dipendenze

In questa progettazione si è tenuto conto di determinati principi per la prevenzione e la promozione alle dipendenze partendo dalle origini dei comportamenti di abuso di alcol, droghe, fumo e gioco.

I genitori, gli educatori e i leader della comunità possono utilizzare questi principi per aiutare e guidare le loro riflessioni, programmazioni, selezioni, e definire i programmi di prevenzione a livello della comunità.

Le raccomandazioni che seguono ciascun principio sono frutto dell'attuale ricerca.

Principio 1

I Programmi di Prevenzione dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre quelli di rischio (Hawkins et al. 2002).

- Il rischio di diventare un consumatore di poter cadere in una, o più, dipendenze implica il rapporto fra il numero e il tipo di fattori di rischio (attitudini e comportamenti devianti) e fattori di protezione (sostegno parentale)
- 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 potrebbe essere un fattore di rischio più significativo per un adolescente (Gerstein e Green 1993; Kumpfer et al. 1998).
- Un intervento precoce sui fattori di rischio (comportamenti aggressivi ed 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 et al. 2001).
- Sebbene i fattori di rischio e quelli di protezione possono 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 et al. 1996; Moon et al. 1999).

Principio 2

I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso, singole o in associazione (Johnston et al. 2002).

Principio 3

I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema d'abuso presente nella comunità locale, ai fattori di rischio modificabili e al rafforzamento dei fattori di protezione identificati (Hawkins et al. 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 et al. 1997).

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, la formazione sui metodi educativi (Ashery et al. 1998).

Il collegamento familiare è il fondamento delle relazioni fra genitori e figli. Esso può essere potenziato attraverso la promozione delle capacità genitoriali di sostegno ai figli, della comunicazione genitori-figli e del coinvolgimento parentale (Kosterman et al. 1997).

- **La supervisione e il monitoraggio parentale** sono fattori critici per la prevenzione. 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 et al. 2001).
- **L'informazione ed educazione** sulle dipendenze per genitori rafforza ciò che i figli stanno apprendendo circa gli effetti dannosi e apre alla famiglia l'opportunità di discutere sull'abuso di sostanze legali ed illegali (Bauman et al. 2001).
- **Interventi brevi** per la popolazione generale, focalizzati sulla famiglia, possono modificare positivamente specifici comportamenti genitoriali, riducendo i rischi successivi (Spath et al. 2002).

Principio 6

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

Principio 7

Dovrebbero essere posti come obiettivo Programmi di prevenzione per i ragazzi delle scuole medie che perfezionino l'apprendimento scolastico e socio-emotivo, indirizzati verso fattori di rischio per quali: aggressività precoce, fallimenti scolastici e abbandono scolastico. L'educazione dovrebbe focalizzarsi sulle seguenti capacità (Ialongo et al. 2001; Conduct Problems Prevention Work Group 2002b):

- autocontrollo
- consapevolezza emotiva
- comunicazione
- soluzione di problemi sociali
- supporto scolastico, specialmente nella lettura

Principio 8

I Programmi di Prevenzione sia per studenti della scuola media sia superiore dovrebbero aumentare le competenze scolastiche e sociali, per mezzo delle seguenti capacità (Botvin et al. 1995; Scheier et al. 1999):

- attitudine allo studio e supporto scolastico;
- comunicazione;
- relazioni con i pari;
- auto-efficacia e affermazione di sé;
- capacità di resistere sia alle tentazioni che alle ricadute;
- rafforzamento delle attitudini “anti-dipendenza”;

Organizzazione giornata interscolastica (promozione)

Tramite un volantino consegnato dai genitori durante un'incontro "scuola-famiglia", quale:

- iscrizione anno scolastico
- prima giornata (presentazione)
- riunione con gli insegnanti

si promuove una giornata extrascolastica per presentare uno sportello per i genitori che tratterà dei rischi dei "RISCHI DALLE DIPENDENZE".

L'attività si svolgerà in un luogo dove si possa trovare a disposizione sia un'area per il divertimento, dei bambini sia per la discussione con i genitori, sia una zona per il ristoro.

Il parco sarà provvisto di tavoli, panche (per il pranzo), campo da calcio e pallavolo, ed un'area verde.

L'attività si svolgerà una domenica, in modo tale da non interferire con le attività didattiche, di metà settembre, dato che durante l'anno scolastico avrà luogo lo sportello.

Il personale presente sarà più o meno specializzato:

- Animatori: uno ogni 15/20, che si occuperanno di intrattenere i bambini
- Psicologo: ormai presente in quasi tutte le strutture scolastiche
- Medico: si presenterà dato che sarà presente agli sportelli per approfondimenti
- Persone uscite dal tunnel della dipendenza rispettivamente alcolismo, tossicodipendenza, fumo e gioco d'azzardo
- Maestro in rappresentanza della classe

Dato che sarà necessario un intrattenimento nei confronti dei bambini si presupponeva lo svolgimento di elementari attività teatrali con lo scopo di educare tramite il gioco.

Di conseguenza si propone un "abbigliamento" a tema:

- animatori con una maglietta blu
- maschietti con una maglietta arancione + un cappellino
- femminucce con una maglietta gialla + un cappellino

Sulla maglietta ci sarà stampato lo slogan:

"La dipendenza fa male...impara a comunicare!"

Laboratorio teatrale

Tra gioco e progetto educativo

Il laboratorio teatrale ha come finalità quella di sensibilizzare la popolazione scolastica al problema delle dipendenze (alcol, fumo, droga e gioco d'azzardo) e magari di prevenirle agendo su un target molto giovane e per il quale, come le statistiche confermano, il fumo insieme alla droga e all'alcol sono fra le tante espressioni del "diventar grandi" e non, come per l'adulto, uno stile di vita poco salutare, spesso vissuto in modo consapevole, ma, nonostante questo, difficile da sradicare.

Un ulteriore scopo del laboratorio è quello di mettere in evidenza quali sono i fattori psicologici e sociali che determinano i comportamenti a rischio nei giovani.

Si tratta di aspetti psicologici che il bambino dovrà affrontare nei primi periodi dell'adolescenza (il bisogno di sentirsi grandi, il senso di insicurezza, il bisogno di essere accettati dai propri amici e la voglia di provare cose nuove) oltre a evidenti pressioni ambientali (pubblicità e moda).

Su queste premesse si fondano gli obiettivi del progetto.

- convinzione che il rinforzo dell'autostima
- capacità decisionali individuali e in relazione al gruppo
- sviluppo delle competenze sociali
- l'opportunità di comunicare con i propri coetanei e di farlo da protagonisti traducendo con mezzi e strumenti comprensibili e condivisi dei messaggi sulla salute

possano costituire fattori di protezione preziosi per affrontare con consapevolezza le scelte relative al proprio benessere, in un momento della propria esistenza in cui è ancora possibile scegliere, senza i vincoli e le dipendenze create dall'abitudine e, come nel caso del fumo o della droga, anche dagli effetti della sostanza.

Gli animatori attraverso il supporto di uno specifico percorso formativo e di un kit didattico-educativo accompagneranno i bambini lungo un percorso che consentirà di approfondire le conoscenze sui diversi aspetti psicologici e sociali che caratterizzano le diverse dipendenze.

Nello stesso tempo essi acquisiranno quelle competenze ed abilità necessarie per coinvolgere gli alunni del gruppo di classe in una attività ad elevato contenuto emotivo.

La realizzazione di un messaggio di salute che contrasti quello delle droghe, del tabacco e dell'alcol, da rivolgere ai coetanei attraverso l'utilizzo di un canale comunicativo ed innovativo come quello del linguaggio teatrale.

Nell'arco della durata del progetto sono previsti momenti di "supervisione" con l'intervento diretto nelle classi di operatori teatrali aventi lo scopo di stimolare il lavoro.

Questo consentirà di prevedere all'interno della propria organizzazione e in piena autonomia, laboratori teatrali finalizzati alla prevenzione del tabagismo, alcoolismo, droga e gioco d'azzardo.

Struttura della giornata

Ore 10.30: Inizio giornata. Arrivo famiglie. Si dividono i genitori dai figli i quali ultimi saranno suddivisi in gruppi dagli animatori mentre i genitori saranno accompagnati nella "zona assemblea"

Ore 11.00: Attività: Inizio dibattito dei genitori.

I bambini iniziano attività

Ore 13.00: Pranzo al sacco. Reincontro genitori-figli nei tavoli dove pranzeranno con il personale.

Ore 14.00: Ripresa attività. Ogni animatore parla al suo gruppo spiegando i danni delle dipendenze

I genitori concordano gli orari degli sportelli in base alla disponibilità

Ore 16.45: Genitori assistono allo spettacolo teatrale dei figli

Ore 17.30 Saluti

Grazie allo stanziamento di fondi da parte dello stato in favore del comune è stata possibile la realizzazione di questa attività, organizzata, strutturata ed applicata dal comitato docenti delle scuole che hanno aderito al progetto .

Lo sportello e la giornata di chiusura

Spesso le persone colpite dal problema della dipendenza (droga, alcol, fumo e gioco) di un componente della famiglia, hanno atteggiamenti di resistenza e perplessità a farsi ravvisare (e ad identificarsi esse stesse) come familiari di un tossicodipendente e si accorgono della situazione molto dopo che tutti nell'ambiente circostante sono consapevoli di ciò che è avvenuto.

Scattano, nei familiari, vari meccanismi per negare l'evidente situazione ed i genitori in particolare sono, apparentemente, gli ultimi ad accorgersi del dramma. La successiva situazione (vale a dire la presa d'atto della circostanza) è vissuta quale essa realmente è, "autentica tragedia". E' evidente che la carriera del tossicomane è iniziata in famiglia con incolpevoli modalità espresse dalla stessa, ed è altrettanto evidente che una volta recuperata la persona, quasi sempre, "rientra" in famiglia. E' necessario ed auspicabile, quindi, che oltre agli interventi attuati nei confronti del soggetto tossicodipendente vengano suggeriti adempimenti contestuali specifici per i familiari.

La scuola offre e realizza un punto di riferimento e di ascolto, di sostegno e condivisione del dolore causato dal problema "Dipendenze", con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza sulle dinamiche adolescenziali, nel loro normale evolversi per arrivare ad una lettura adeguata degli scostamenti che possono essere considerati indici di vari gradi di disagio.

Nell'ambito di questi disagi, grazie a questi punti di sostegno, i genitori potrebbero riuscire a cogliere comportamenti "tipici" del figlio che si trova sull'orlo del burrone della dipendenza:

- **I coetanei bevono:** un primo tentativo di valutare la situazione del proprio figlio è osservare e analizzarne il gruppo degli amici; se questo è generalmente abituato a bere è inevitabile che prima o poi inizi a farlo anche lui
- **L'alito puzza:** Quasi sempre l'alcol si sente dall'alito, appare banale, ma un indizio sicuro è il parlare confuso e il fiato che puzza di alcol.
- **Manca denaro in casa:** un'insolita richiesta di soldi può tradire l'abitudine a bere o a comprare sostanze stupefacenti. I ragazzini dicono di aver "perduto" i soldi per la colazione e ne chiedono altri. I più audaci arrivano addirittura a rubare.
- **Cambiamento di abitudini:** certi eloquenti mutamenti nel comportamento quotidiano possono cominciare con il tornare a casa tardi e infilarsi nel letto senza parlare con nessuno. Lui o lei si lasciano svegliare con fatica al mattino e poi magari non riescono a fare colazione. Anche i compiti scolastici da fare a casa vanno male.
- **Un recente trauma emotivo:** un motivo che rende l'euforia e l'intossicazione da alcol e droga attraente sia per gli adulti che per i giovanissimi è che può attutire il dolore. Un ragazzino afflitto da problemi sentimentali potrebbe trovarne sollievo.

- **Sbalzi di umore:** l'alcol, così come la droga è un potente mezzo per alterare la chimica del cervello. E produce tipicamente due personalità: un' aggressiva, incerta e incoerente, e una sobria che nega quel che succede e beve perché così è più facile negare. I genitori di figli alcolisti e tossicodipendenti si accorgono spesso di vivere con qualcuno che a un tratto non riconoscono più.
- **Sintomi di depressione:** la depressione può essere sia la causa che l'effetto delle dipendenze. Il problema per i genitori è che la pubertà può produrre sintomi simili alla depressione clinica.
- **Irreperibilità:** se non si sa dove possa essere il proprio figlio o la propria figlia e che cosa faccia per 24 ore al giorno, c'è qualcosa che non va.
- **Respingete il comportamento sbagliato, non il figlio:** nel più orribile dei comportamenti c'è spesso una persona positiva e amabilissima che si sforza di uscir fuori. Se proprio dovete arrabbiarvi, prendete di mira il comportamento dei figli, non loro personalmente.
- **Cercate indizi e cause:** tentate di scoprire perché i vostri figli cominciano a bere in certe ore specifiche. Potrebbe essere l'influenza dei compagni di scuola; forse bevono perché sono preoccupati per qualcosa o perché si sentono depressi, colpevoli o semplicemente annoiati. È possibile cercare un'attività alternativa ogni qualvolta il figlio abbia tempo libero.
- **Parlategli:** è di vitale importanza tenere aperte le linee di comunicazione, costruire ponti invece di bruciarli, e perciò non fare discorsi o prediche. Non fare minacce impossibili da mantenere, cercare di capire quel che è successo e spiegare le preoccupazioni in modo calmo e ragionevole
- **Quando è il momento di chiedere aiuto:** chiedere aiuto non significa aver rinunciato. È un segno di forza, non di debolezza. Un genitore potrebbe desiderare di rivolgersi a qualcuno che conosce, un familiare più anziano, un amico o il proprio medico di fiducia oppure mettersi in contatto con un'organizzazione di genitori, che dà speciali consigli e fornisce assistenza in maniera riservata, come appunto questi sportelli scolastici.

Quindi, con lo scopo di illuminare i genitori circa il problema delle dipendenze da alcol e droghe, l'istituto offre uno sportello "Insieme contro l'essere dipendenti" in collaborazione con l'Associazione ONLUS, dedita in modo specifico all'interazione con le famiglie di persone tossicodipendenti e punto di riferimento e di ascolto, di sostegno e di condivisione sul problema della droga.

Lo sportello metterà a disposizione psicologi ed esperti in materia nei giorni lunedì, mercoledì e venerdì in mattinata dalle 9,30 alle 12,30 e nel pomeriggio dalle 14,30 alle 18,00.

Al termine dell'anno scolastico, inoltre, l'istituto organizza una giornata conclusiva del percorso eseguito nel corso del lavoro annuale del punto di incontro, il giorno 15 giugno 2009.

Tale giornata, intitolata a "Tossicodipendenza e comportamenti a rischio in adolescenza" sarà suddivisa in due momenti, uno rivolto ai genitori che mira ad offrire strumenti di comprensione e di intervento fattivo, sulla base dell'esperienza e del percorso effettuato con gli esperti e uno rivolto agli adolescenti e ai figli per consentire loro di conoscere meglio se stessi grazie a un confronto coi propri genitori, appunto cresciuti e consapevoli grazie al percorso.

Nel momento genitori verranno trattati argomento come:

- i compiti evolutivi dell'adolescente
- la funzione genitoriale nel processo di acquisizione di autonomia da parte dei figli
- i comportamenti a rischio in adolescenza
- tossicodipendenza e alcol: fattori di rischio e di protezione
- tossicodipendenza e alcol: una risposta disfunzionale al processo di crescita

Nel momento adolescenti verranno trattati temi come:

- i cambiamenti fisici e psicologici in adolescenza
- la funzione del gruppo dei pari
- il processo di autonomia
- comportamenti a rischio in adolescenza
- i rischi e le conseguenze dell'uso di sostanze e alcol
- tossicodipendenza e alcol: una risposta disfunzionale al processo di crescita

I genitori mostreranno le capacità sviluppate nella conoscenza pratica del figlio adolescente nelle sue dinamiche, e nella comprensione dei motivi che possono spingerlo in questa fase di uso e abuso; la capacità pratica di relazionarsi al meglio con il figlio adolescente e ovviamente l'acquisizione di informazioni relative alle sostanze psicoattive.

Gli adolescenti figli, invece, dimostreranno di aver compreso i problemi derivanti dall'uso di sostanze e alcol, di essere ora in grado e di avere capacità effettiva di chiedere aiuto agli adulti, soprattutto ai genitori, in caso di bisogno; di aver acquisito la capacità pratica di individuare risposte positive, equilibrate e di essere cresciuti a livello personale in relazione alle proprie esigenze psichiche e ai propri vissuti emozionali.

Tale confronto renderà possibile la verifica del lavoro degli esperti così da perfezionare continuamente il lavoro di prevenzione ed educazione alla dipendenza.

Prevenzione – Teorie d’impatto

La Terapia Delle Immagini

Quale potere hanno le immagini? In altri termini, qual è la funzione psicologica delle immagini e il loro spazio di influenza nell’arco evolutivo e per la vita adulta?

Ripartiamo dalle origini del contatto con le immagini, prendendo in considerazione, nei primi mesi di vita del bambino, le basi della sua vita psichica all’interno della sua relazione con la madre. Sappiamo (Golse, Tisseron, ...) che la capacità di costruire immagini caratterizza dall’inizio la vita mentale. In particolare si è scoperto che “le immagini mentali nascono dall’insieme indifferenziato multisensoriale corporeo e senso-motorio che caratterizza l’unità della relazione mamma-bambino nei primi mesi di vita”; in parole povere, il bambino associa diverse sensazioni dovute a stimoli esterni a ciò che vede o sente nel particolare istante in cui comincia a provarle. Le immagini come tracce mnemoniche depositarie dell’esperienza di piacere o dispiacere nelle prime relazioni di cura, alimentazione, scambio affettivo e ludico costituiscono un primo contenitore dei pensieri, un primo registro di pensiero, primo nucleo della costruzione di un mondo interno, progressivamente distinto dall’esterno. Estremamente importante è che queste prime immagini mentali nascono in relazione alla presenza/assenza della figura materna, come risorsa interna per far fronte alla perdita della mamma e/o degli oggetti del mondo materiale esterno. Il ricorso interno alle rappresentazioni ha funzione riparatoria e compensatoria. Detto in altri termini: se ho sperimentato una mamma “sufficientemente buona” e ho potuto sviluppare una “fiducia di base”, se la mamma non è fisicamente presente io bimbo posso agganciarli alla rappresentazione/pensiero della mamma e/o degli oggetti che mi permette di affrontarne l’assenza e progressivamente di mettermi attivamente “alla ricerca di...”. Sappiamo che è proprio il buon equilibrio nella relazione della presenza/assenza della figura materna a favorire lo sviluppo della capacità di pensare costruendo immagini, rappresentazioni, e via via collegamenti fra rappresentazioni. In pratica, il bambino in assenza della madre tende a rievocarla mentalmente e a rammentarne gli aspetti più “piacevoli” del rapporto vissuto con lei, sviluppando la propria capacità di associazione mentale.

Un ultimo aspetto può essere interessante per quanto attiene la funzione delle prime immagini nel bambino. Le immagini si costituiscono come primo schermo che permette al sistema psichico di proteggersi dall’eccitazione troppo intensa proveniente dall’interno o dall’impatto con l’esterno. È l’immagine-pensiero che permette al bimbo di organizzarsi per far fronte alla realtà. Le immagini, si diceva, rappresentano la prima forma di attività psichica, il primo registro di pensiero. Fabbricare immagini e guardarle si può considerare ciò che è più vicino al funzionamento psichico come capacità di contenere e trasformare in rappresentazioni gli stati del corpo e le emozioni.

Appurate le capacità di “imprinting psicologico” da attribuire alle immagini recepite durante i primi mesi di vita, la domanda spontanea è: perché l’utilizzo di materiale grafico nell’ambito della prevenzione?

L’obiettivo è lo stimolo delle capacità associative e mnemoniche dell’adolescente mediante un metodo che gli permetta di autovalutare immediatamente la pericolosità del rischio trattato. Troppo spesso il tentativo, nello svolgere attività di prevenzione, di trasmettere un messaggio si riduce a un mero “riempire” il target di informazioni statistiche, tecniche e scientificamente provate, che per quanto siano di sicura fonte, certe e affidabili lasciano un po’ il tempo che trovano nella persona, soprattutto quando già tendente alla via della dipendenza (se non già dipendente); si parla del classico atteggiamento di distacco, in cui le persone a cui si cerca di trasmettere il messaggio non si sentono coinvolte da una schiera di dati e numeri, per quanto certi essi siano, preferendo rifugiarsi nell’unica certezza che, per il momento, non è ancora successo loro nulla di irreparabile.

L’utilizzo delle immagini come mezzo di comunicazione immediato permette invece, risvegliando le tendenze primitive della psiche, al soggetto di creare le proprie relazioni e congetture immediate attorno all’immagine che si sta osservando, oltre ad accentuare il senso di realtà della stessa, che viene finalmente portata su un piano più fisico e meno astratto attraverso appunto la graficità (è molto più efficace, ad esempio, parlare dei danni del fumo se davanti agli occhi ho immagini di persone che riportano i segni delle patologie che sto trattando).

Grazie quindi alle immagini, ogni singolo riceverà il messaggio in maniera propria, interpretando il messaggio visivo sui rischi delle dipendenze (fisici, psichici e sociali) in maniera propria, associandolo ad elementi personali che caratterizzano la sua particolare esperienza: un’immagine degli effetti sulla mimica facciale per abuso di droghe pesanti ad esempio può riportare alla memoria innumerevoli aspetti particolare di chi la osserva, dalla somiglianza del soggetto inquadrato con una persona cara, al ricordo di un’esperienza simile sentita o, in casi estremi, vissuta.

Su questa scia si basa molta della prevenzione anti dipendenze odierna, proprio per la presa maggiore (anche se in alcuni casi, traumatica) sul “pubblico” del metodo grafico esemplificativo;

L’Inghilterra ha varato speciali confezioni di sigarette che, oltre al classico avvertimento sul rischio del fumo (classicamente ignorato dai fumatori di tutta Europa), esibiscono anche foto degli effetti a lungo termine: dall’invecchiamento della pelle, allo stadio tumorale terminale, al decesso.

Un altro esempio estremamente significativo è quello di Jacqueline Saburido, ragazza Venezuelana che nel 1998 a causa di un incidente stradale causato da un ubriaco ha riportato ustioni sul 70% del corpo, che le hanno tolto l’uso dell’occhio sinistro e di entrambe le mani, oltre a deturparla tragicamente. Nonostante ciò, ella ha voluto a tutti i costi fare da testimonial per una campagna

contro l'alcolismo negli stati uniti prestando il suo volto per lo scopo. E l'impatto sulle persone, in confronto ad un semplice elenco di percentuali sugli incidenti stradali causati da ubriachi, è sicuramente di estremo effetto.

Prevenzione verso i figli

Prima proposta

La prevenzione giovanile deve essere fatta direttamente dagli adolescenti, nessuno meglio di loro sa come poter interagire con i propri coetanei, ma anche con gli adulti, per far loro comprendere i reali rischi creati dalle dipendenze. Infatti, i media non sempre rispecchiano la reale situazione rispetto a quest'argomento.

La prevenzione non può essere delegata interamente ad esperti, ma promossa da ciascuno con le proprie capacità e nel ruolo che gli compete, non deve essere un intervento straordinario, ma radicato nel quotidiano con tutta la complessità che esso comporta, non si deve considerare l'alunno come un fruitore passivo, ma riconoscerlo come soggetto protagonista e portatore di cultura.

Lo stimolo dato ai ragazzi dovrebbe partire dalla scuola media-superiore o da un insegnante prendendo spunto, ad esempio, da eventi di cronaca (giovani morti per overdose, incidenti causati da ubriachi,...). In questo modo i ragazzi sarebbero coinvolti in prima persona e per questo parteciperebbero con maggiore interesse.

Ponendo come punto di partenza gli eventi di cronaca attuale, si invitano i ragazzi a raccogliere materiale informativo inerenti a questo tema, come notizie di giornali, siti internet, materiale informativo del Ministero. Quindi il ruolo dell'adulto educatore che interviene come "facilitatore" non appiana la strada, non si accolla le deleghe della scelta, ma collabora:

- come valorizzatore di energie che connette idee e saperi
- come organizzatore di sinergie che promuove relazioni
- come motore propulsivo che offre materiali e strumenti

Dopo la raccolta delle informazioni, si passa alla discussione in classe, cercando di confrontarsi e comprendere le reali problematiche avvertite dai giovani e dai loro genitori. Per quanto riguarda i contenuti, è necessario continuare a parlare, perché attraverso il confronto ci si chiarisce, ci si informa, si condividono idee che possono portare all'individuazione di iniziative concrete da attuare. Per l'organizzazione, si potrebbe decidere di coinvolgere anche altri insegnanti per poter diversificare le ore di lezione coinvolte nel lavoro di approfondimento.

Quando ci si sente veri protagonisti dell'esperienza che si sta vivendo, si ha voglia di mettere alla prova la propria autonomia.

Si potrebbe proporre ai ragazzi di dividersi in tre gruppi per organizzare le diverse attività. Il primo gruppo potrebbe organizzare un'assemblea d'istituto, curando la presentazione dell'iniziativa alle classi e organizzare un gazebo come punto informativo. Il secondo gruppo prepara cartelloni al fine di allestire una mostra per informare sui rischi delle dipendenze e suscitare delle riflessioni; prima dell'ingresso nel luogo dove sarà svolta l'assemblea ogni classe sarà accompagnata lungo il tragitto della mostra con una spiegazione del percorso. Il terzo gruppo potrebbe scrivere un copione per drammatizzare un breve racconto, nel quale il protagonista spiegherebbe come si vive con gli amici un sabato sera: prima, durante e dopo la discoteca. Con la drammatizzazione delle esperienze concrete di vita, si suscita maggiore interesse nei ragazzi rispetto ai soliti dati statistici.

Ciascun gruppo dovrebbe gestire in modo autonomo il proprio lavoro, chiedendo però la collaborazione di un insegnante in caso di necessità. Se il gruppo si organizza al suo interno si riconoscono ruoli e compiti, ma occorre vigilare anche le *leadership* emergenti siano un'effettiva risorsa: riconoscendo il bisogno di attenzione, di poter esprimere le proprie emozioni, di stimarsi, di divertirsi, di trarre soddisfazioni dal proprio operato, ma nello stesso tempo richiamando il valore dello studio di fronte all'improvvisazione, dell'impegno costruttivo di fronte all'egocentrismo.

Il giorno dell'assemblea potrebbe essere suddiviso in due diversi momenti. Nel primo si procede con l'esposizione delle proprie ricerche da parte della classe al resto degli studenti, invogliando questi ultimi al confronto e a proporre nuove visioni di questo tema. Nel secondo momento si dovrebbe creare una discussione e far sorgere questioni alle quali i ragazzi che si sono occupati della ricerca, dovrebbero sapere rispondere.

Per coinvolgere i genitori, potrebbe essere organizzata una giornata in cui esporre i temi, le riflessioni, i dubbi e le paure sollevate dai figli durante i momenti di confronto e di discussione. Lo scopo dell'assemblea è quello di mettere al corrente i genitori dei concreti rischi che gli adolescenti possono correre durante questo periodo di vita, ma anche di poter rispondere a domande di genitori ansiosi o troppo condizionati dai media.

Alla fine dell'esperienza, l'insegnante deve affrontare il momento di verifica insieme alla classe senza proporre un'analisi degli aspetti positivi e negativi del lavoro, per non esprimere giudizi valutativi, che forse potrebbero mortificare gli sforzi attuati.

L'esperienza è maestra di vita, c'è sempre da imparare.

Seconda proposta

Un altro metodo di prevenzione da poter attuare nelle scuole superiori, potrebbe essere l'erogazione di borse di studio per merito sportivo. Per ottenerla, lo studente deve sottoporsi a esami regolari (ad esempio delle urine, del sangue,...) che controllino l'eventuale uso di sostanze dopanti, stupefacenti, alcol o fumo. In questo modo si previene il rischio di dipendenza e allo stesso tempo si favoriscono lo spirito di agonismo e la salute dei ragazzi.

Terza proposta

Un ulteriore metodo di prevenzione sarebbe incentivare il controllo da parte delle autorità competenti in materia di dipendenze. Ad esempio sarebbe necessario impostare i distributori automatici di sigarette in modo che sia richiesto il codice fiscale nell'arco delle ventiquattro ore, e non solo fino alle nove di sera. In questo modo verrebbe ridotto l'acquisto di sigarette da parte dei minori di 16 anni. Inoltre dovrebbero essere attuate delle pene concrete verso i tabaccai che vendono sigarette a ragazzi minori di sedici anni.

Per prevenire l'abuso di alcolici, sarebbe necessario aumentare i controlli nelle discoteche e nei locali notturni, facendo rispettare il divieto di venderli dopo le due di notte.

La vendita degli alcolici dovrebbe essere controllata anche nei supermercati, come avviene già in altri paesi europei. I superalcolici dovrebbero essere tenuti in scaffali chiusi dotati di un sistema d'apertura simile ai distributori di sigarette.