



DIAGNOSI E INTERVENTO PRECOCE

dell'uso di sostanze nei minori mediante
counseling motivazionale, drug test e supporto
educativo della famiglia: metodi e rationale

1° novembre 2011

Early detection for early intervention

in collaborazione con:



con il patrocinio di:





PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Dipartimento Politiche Antidroga



ITALIAN SCIENTIFIC
COMMUNITY
ON ADDICTION

Diagnosi e intervento precoce

dell'uso di sostanze nei minori mediante counseling motivazionale,
drug test e supporto educativo alla famiglia: metodi e rationale

In collaborazione con



UNODC
United Nations Office on Drugs and Crime

NIDA
Memorandum of Intent
25 Luglio 2011, Roma
NIDA SBIRT Programme

Con il patrocinio di

fimp Federazione italiana
Medici Addicti

AGE
ASSOCIAZIONE ITALIANA GENITORI


IPASVI

Diagnosi e intervento precoce

dell'uso di sostanze nei minori mediante counseling motivazionale, drug test e supporto educativo alla famiglia: metodi e razionale

1 Novembre, 2011

Per informazioni o richieste del volume:

Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Via Po, 16/a - 00198 Roma
E-mail: dipartimentoantidroga@governo.it
Tel. 06 67793666 Fax 06 67796452

Visita i nostri portali:

www.politicheantidroga.it
www.drugfreedu.org
<http://alcol.dronet.org>
www.drugsonstreet.it
www.dpascientificcommunity.it

www.dronet.org
www.droganograzie.it
www.allertadroga.it
www.dreamonshow.it
www.italianjournalonaddiction.it

www.droganews.it
<http://cocaina.dronet.org>
www.neuroscienzedipendenze.it
www.drogaedu.it

Pubblicazione no profit e non sponsorizzata - Vietata la vendita

Copertina a cura di:
Riccardo De Conciliis

Progetto grafico e impaginazione a cura di:
Alessandra Gaioni

Dipartimento Politiche Antidroga

Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Giovanni Serpelloni](#) - Capo Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Elisabetta Simeoni](#) - Direzione tecnico-scientifica, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Luciana Saccone](#) - Direzione amministrativa, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

A cura di

[Giovanni Serpelloni](#) - Capo Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Maurizio Gomma](#) - Consulta Nazionale degli Esperti e degli Operatori per le Tossicodipendenze

[Claudia Rimondo](#) - Consulta Nazionale degli Esperti e degli Operatori per le Tossicodipendenze

Contributi (in ordine alfabetico)

[Antonella Berti Taini](#) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

[Antonello Bonci](#) - National Institute on Drug Abuse

[Federica Bortolotti](#) - Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Medicina Legale, Università di Verona

[Francesco Bricolo](#) - Unità operativa di Neuroscienze, Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

[Gian Paolo Brunetto](#) - Unità di alcologia, Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

[Pietro Canuzzi](#) - Ministero della Salute - Direzione generale prevenzione e sanità

[Marco Faccio](#) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

[Elisa Marani](#) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

[Fabrizio Oleari](#) - Ministero della Salute - Direzione generale prevenzione e sanità

[Laura Randazzo](#) - Dipartimento delle Dipendenze - ASL Varese

[Monica Rossi Rizzi](#) - International Training Centre of the International Labour Organization

[Fabrizio Schifano](#) - Pharmacology University of Hertfordshire

[Franco Tagliaro](#) - Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Medicina Legale, Università di Verona

Revisione editoriale

Gianluca Amico, Ilaria Bulla, Claudia Burgarella, Roberta De Liso, Francesca Marazzi, Annalisa Rossi, Sally Stoppa

INDICE

Premesse	i
1. Il razionale	13
1.1 Le dieci caratteristiche salienti della variazione del fenomeno droga negli ultimi cinque anni	15
1.2 Tempi di latenza tra inizio d'uso e primo trattamento: lo studio multicentrico del Dipartimento Politiche Antidroga	22
1.3 Le ragioni dell'early detection dell'uso di droghe	24
1.4 Fattori condizionanti l'uso di sostanze	28
1.5 Uso di sostanze, percorso evolutivo, comportamento e alterazioni psico-neuro-biologiche	31
2. Tecniche e metodologie per la diagnosi precoce finalizzata all'attivazione di interventi precoci	33
2.1 Framework generale per l'attivazione di interventi di diagnosi precoce per l'attivazione di un intervento precoce	35
2.2 Drug Test Professionale Preventivo (DTPP)	42
2.3 Offerta attiva del testing e del counseling educativo e piano di comunicazione	43
2.4 Le caratteristiche del drug testing con counseling educativo	46
2.5 La richiesta di drug testing	47
2.6 Il counseling educativo motivazionale	49
2.7 La valutazione del nucleo familiare mediante counseling educativo motivazionale	53
2.8 Esecuzione del drug test	56
2.9 Positività del risultato e intervento mirato	58
2.10 Risultato negativo o dubbio	62
2.11 Non ottenimento del consenso all'esecuzione del drug test da parte del minore	63
2.12 Programmi di allerta genitoriale	65
2.13 Early detection del consumo di alcol nei giovani: possibili strumenti	66
2.14 La strategia statunitense: Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT)	69
3. Organizzazione dei servizi	73
4. Conclusioni	74
5. Bibliografia	81
6. Allegati	87
Allegato 1 Premesse e principi generali della posizione Italiana sulla lotta alla droga	89
Allegato 2 Public Policy Statement: definizione di ADDICTION.	105
Allegato 3 Risoluzione ONU 51/3 Early detection of drug use cases by health- and social-care providers by applying the principles of interview screening and brief intervention approaches to interrupt drug use progression and, when appropriate, linking people to treatment for substance abuse	111

Allegato 4	Framework logico per la raccolta e la valutazione dei dati	115
Allegato 5	Scheda di valutazione del minore e della famiglia	117
Allegato 6	Drug Abuse Screening Test	123
Allegato 7	FETQ-D - <i>Family Educational Twin Questionnaire for Drugs</i> : scheda tecnica per il rilevamento comparato degli aspetti educativi nella persona minorenni e nei suoi genitori	125
Allegato 8	La diagnosi di laboratorio: aspetti tecnici	145

Premesse

Questo manuale si propone di fornire linee di indirizzo ed elementi metodologici agli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze relativamente alle strategie ed alle tecniche di identificazione precoce dei fattori comportamentali di rischio per lo sviluppo di addiction e dell'uso di sostanze stupefacenti negli adolescenti. Quest'azione è stata giudicata prioritaria sia dalle Nazioni Unite, sia dalle più importanti organizzazioni scientifiche del settore, oltre che dal Dipartimento Politiche Antidroga in quanto sempre di più si riconosce il fatto che è necessario intervenire quanto più precocemente possibile sul consumo, anche occasionale, di sostanze stupefacenti e non solo sulla dipendenza. E' infatti riconosciuta l'efficacia di un intervento di questo tipo nell'interrompere il percorso evolutivo delle persone vulnerabili verso forme di *addiction* da sostanze quali eroina, cocaina o amfetamine.

Una diagnosi precoce comporta che si possa instaurare un trattamento altrettanto precoce che di solito, considerate le condizioni non ancora strutturate di *addiction*, presentano minor complessità terapeutica oltre che minori tempi necessari per una risposta efficace e una sostanziale maggior sostenibilità e fattibilità dell'intervento.

Da molti anni in Italia si è rilevato, da un punto di vista epidemiologico, l'estremo ritardo con cui le persone con tossicodipendenza arrivano ai servizi di cura dal momento del primo uso di sostanze ma, nel concreto, solo molto raramente e sporadicamente si sono affrontati programmi strutturati e sistematici e mantenuti nel tempo al fine di risolvere efficacemente questo problema. Il presente manuale vuole pertanto fornire elementi concreti agli operatori per poter costruire e valutare all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze tali programmi.

Ci auguriamo che questo contributo tecnico-scientifico possa fornire utili indicazioni agli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze e a tutti coloro che si pongono l'obiettivo di interrompere quanto più precocemente possibile i percorsi evolutivi dall'uso di sostanze all'*addiction* seguendo, in questo modo, anche l'indicazione contenuta come attività prioritaria nell'ambito della prevenzione nel Piano di Azione Nazionale.

Giovanni Serpelloni

*Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri*

1. Il razionale

1.1 Le dieci caratteristiche salienti della variazione del fenomeno droga negli ultimi cinque anni

Il fenomeno dell'uso di sostanze nelle fasce adolescenziali è cambiato molto negli ultimi anni, assumendo caratteristiche molto diversificate da quelle presenti non più tardi di cinque anni fa. Le variazioni sociali e culturali, quelle del mercato della droga e la comparsa di nuove sostanze, nonché le modalità di consumo e l'associazione di sostanze, hanno comportato una forte differenziazione dello scenario generale. Di conseguenza, è necessario adattare i modelli di intervento per renderli più coerenti ed efficaci alle nuove problematiche. Soprattutto, per quanto riguarda la cannabis e i suoi derivati, le condizioni sono profondamente variate e i consumatori si trovano di fronte a sostanze molto diverse da quelle che erano sul mercato qualche anno fa. Basti pensare alle nuove coltivazioni con metodi intensivi e alla selezione di specie in grado di produrre più alte concentrazioni di principio attivo THC e con una riduzione del cannabidiolo che, come noto, possiede un'azione antipsicotica. Non ultima, la comparsa sul mercato di cannabinoidi sintetici ancora più pericolosi e molto poco conosciuti anche dagli stessi consumatori nella loro potenzialità tossicologica.

Di seguito vengono riportate, in sintesi, le caratteristiche salienti delle variazioni riscontrate.

1.1.1 Variazione delle offerte

Le organizzazioni criminali in questi anni, al fine di migliorare la propria efficienza, hanno specializzato e differenziato la loro rete di distribuzione introducendo alcune varianti importanti. Anche il marketing della droga è variato nel tempo utilizzando sempre di più le tecniche di *web marketing* e di multi offerta contemporanea anche al dettaglio su strada. Lo spacciatore tende ad offrire qualsiasi tipologia di sostanza proprio per rendere più appetibile la sua offerta. Sono state confezionate e poste in vendita dosi di cocaina al costo di 10 euro l'una al fine di avvicinare i giovanissimi e rendere la sostanza più facilmente acquistabile. Il telefono cellulare tramite gli sms diventa sempre più un mezzo per raccogliere gli ordini dai clienti, rapido e discreto, con la possibilità di assicurare una maggiore mobilità allo spacciatore e quindi una minore possibilità di essere individuato durante la cessione della sostanza e quindi colto in flagranza di reato. L'offerta quindi è diventata più capillare utilizzando anche persone minorenni, in quanto meno legalmente perseguibili, più inserite nelle fasce dei giovani "consumatori" e più propensi ad accettare rischi in quanto molto meno consapevoli di ciò che stanno commettendo.

Differenziazione dell'offerta, web marketing e inserimento di minorenni nelle attività di traffico

Oltre a ciò, lo spacciatore tipo ha adottato la logica della multi offerta e cioè quella di offrire contemporaneamente ai suoi clienti tutti i vari tipi di droghe che potrebbero essere da loro ricercate e gradite. Le offerte prevedono anche promozioni, gadget e "sconti comitiva", sempre nell'ottica di attirare un numero maggiore di persone e di fidelizzarle. È entrata fortemente, soprattutto con le giovani adolescenti, l'offerta di droghe e di accessi facilitati nei luoghi del divertimento, in cambio di sesso. Un'ampia e urgente offerta è quella che si riscontra via Internet.

Offerta contemporanea di vari tipi di droghe

Sono tantissimi i siti che offrono sostanze stupefacenti legali o illegali, farmaci stimolanti e sedativi di varia natura, droghe "naturali", nonché tutto il necessario per coltivarle o consumarle. In questi anni, questa è stata la modalità di offerta che si è sviluppata di più, con un volume di affari che diventa sempre più importante: secondo l'Osservatorio Europeo, sono oltre 200 i prodotti psicoattivi commercializzati nei drugstore online europei, la maggior parte dei quali (52%) si colloca nel Regno Unito e in Olanda (37%). L'apertura di numerosi negozi specializzati (smart shop) risulta infine un altro dei fenomeni emergenti nel settore. Sono ormai centinaia i negozi aperti in tutta Italia che vendono cannabinoidi sintetici sottoforma di "profumatori ambientali" o "incensi", prodotti i cui effetti tossici sull'uomo sono del tutto simili a quelli del THC e per i quali sono stati già documentati casi di intossicazione acuta anche in Italia, con bisogno di ricovero in pronto soccorso. Secondo l'Accademia internazionale delle discipline analogiche, in Italia questi negozi si concentrano soprattutto in Emilia

Vendita di sostanze su Internet e in smart shop

Romagna (17,3%) e nel Lazio (13,5%), soprattutto a Roma (10,3%).

1.1.2 Età di inizio

L'uso sperimentale precoce compromette la maturazione cerebrale

L'uso sperimentale iniziale delle sostanze diventa sempre più precoce, con una sempre più bassa consapevolezza dei rischi e dei danni derivanti da tale uso da parte di persone giovanissime che già di per sé, per la loro giovane età, tendono a sottostimare i rischi e i pericoli. L'uso precoce di sostanze comporta, inoltre, una forte interferenza con i processi di maturazione e sviluppo cerebrale dell'adolescente. Proprio a quell'età, infatti, si vanno consolidando numerose funzioni neuropsichiche in relazione sia ai meccanismi di apprendimento, di memorizzazione, della motivazione, del coordinamento e dei sistemi della gratificazione. Non ultimo, in questa giovane età, si sviluppano e si definiscono importanti aspetti della personalità, l'autostima, la *self-efficacy*, i processi di *problem analysis*, di *decision making*, ecc. L'interferenza con questo già complesso sviluppo che sostanze fortemente psicoattive possono provocare, quindi, è sicuramente elevato ed in grado di provocare deviazioni e compromissioni importanti del fisiologico sviluppo cerebrale e del suo funzionamento. Le conseguenze neuropsichiche derivanti dalla forte e anomala sollecitazione che sostanze quali il THC, la cocaina e l'alcol possono dare dei sistemi dei cannabinoidi endogeni, della dopamina, del GABA, delle catecolamine, ecc., sono ancora più preoccupanti e gravi se ciò avviene in età adolescenziale in quanto in grado di attivare e indurre processi negativi di neuro plasticità, con conseguenze sulla regolare e fisiologica maturazione cerebrale.

Il fenomeno della sensibilizzazione neuronale, che può avvenire con l'uso della cannabis e dei suoi derivati, è ancora più marcato se l'assunzione avviene in giovane età, producendo importanti e più marcati effetti di memorizzazione e alterazione neuronale e recettoriale.

Forte correlazione tra disturbi comportamentali e maggior vulnerabilità all'addiction negli adolescenti

Oltre a quanto sopra riportato, va ricordato un aspetto importante che ha implicazioni con la variazione dello scenario in tema di interventi preventivi in materia di droghe: la ricerca scientifica ha infatti dimostrato la forte correlazione tra l'esistenza di vari tipi di disturbi comportamentali e deficit di attenzione in giovane età con una maggior vulnerabilità all'addiction in età adolescenziale. L'uso di cannabis o di suoi derivati in queste persone può portare facilmente ad una escalation verso sostanze quali la cocaina e l'eroina con altissimo rischio di sviluppare dipendenza. Per contro, è da registrare che l'uso di cannabinoidi in persone che non presentano condizioni di vulnerabilità può essere contenuto in un uso occasionale che si auto estingue nel tempo pur esitando comunque in danni neuropsicologici. E' altrettanto vero che sono proprio le persone più vulnerabili ad essere più attratte dalla sperimentazione e dalla continuazione all'uso di cannabis e di suoi derivati.

Grazie alle nuove evidenze scientifiche, la capacità diagnostica di questi disturbi è sicuramente aumentata, così come la possibilità di trattamento educativo e psicocomportamentale. Ciò consente quindi di aumentare la probabilità di mettere in atto interventi efficaci di prevenzione selettiva.

1.1.3 Sostanze di iniziazione

Alcol, tabacco, energy drink e soft drink come sostanze di iniziazione

L'alcol, il tabacco e gli energy drinks costituiscono sempre più le sostanze psicoattive di primo accesso ai comportamenti di assunzione di sostanze stupefacenti illegali sia per la facilità di acquisizione che di uso "dosabile" e socialmente accettato che gli adolescenti ne possono fare, condizione importante soprattutto all'inizio dell'assunzione. La sperimentazione dell'effetto psicoattivo dell'alcol da parte di un adolescente, fa parte molto spesso dei rituali di crescita. In questo contesto va ricordato che soprattutto le sostanze alcoliche offerte dal mercato hanno subito in questi ultimi cinque anni una forte variazione. Sono stati prodotti e fortemente pubblicizzati molti soft drink a bassa gradazione alcolica, molto aromatizzati e dolcificati per renderli più appetibili soprattutto al pubblico giovanile. Oltre a queste bevande, sono comparse una serie di drink a base di caffeina, taurina e altri stimolanti che hanno invaso il mercato delle bibite analcoliche, offrendo la possibilità di avere prodotti in grado di stimolare e sovraeccitare l'assuntore con sostanze legali e percepite come sicure, quali la caffeina

ad alto dosaggio. Molto spesso questi drink, percepiti e associati a un concetto positivo di “energia”, vengono utilizzati in grandi quantità, insieme con superalcolici (vodka, rum, gin, ecc.) creando un mix estremamente e variamente psicoattivo, associando infatti sostanze farmacologicamente attive in senso opposto (la caffeina stimolante e l'alcol inibente ad alte dosi). Una volta ottenuta una prima disinibizione verso le naturali riserve che quasi la maggior parte degli adolescenti ha nei confronti dell'assumere droghe per la prima volta, risulta verosimilmente più facile accettare sperimentazioni più azzardate utilizzando soprattutto sostanze quali il THC e, successivamente, la cocaina e le amfetamine.

Ultimamente, inoltre, sono comparse sul mercato una notevole quantità di droghe sintetiche (smart drugs) vendute come droghe legali in condizioni e con modalità che inducono una percezione di bassa pericolosità e lesività in chi le acquista e le consuma. Questo consumo è spesso associato ad un nuovo rituale di acquisto che avviene in negozi specializzati (smart shop) o sempre di più via Internet. Questa ultima modalità risulta in forte espansione e altamente utilizzata soprattutto dalle giovani generazioni che presentano un'alta propensione all'uso della tecnologia informatica. In antitesi con le percezioni dei consumatori, le sostanze vendute negli smart shops e via Internet sono risultate altamente pericolose e molto più attive dello stesso fitocannabinoide (Δ^9 – THC) più comune. Non vi è dubbio infatti che il JWH-018, JWH-073, JWH-200 e il mefedrone (principi attivi di origine sintetica contenuti in molte smart drugs) siano più pericolose dello stesso THC (di origine naturale).

Vendita di droghe sintetiche vendute come legali presso smart shop

1.1.4 Rituali sociali di consumo e modalità di assunzione

Sempre di più le sostanze vengono utilizzate in relazione ai rituali del divertimento e della socializzazione. Esse vengono assunte anche in relazione alla capacità di creare disinibizione, facilità alla relazione e sensazione di sicurezza; tutti fattori e condizioni fortemente ricercati e apprezzati dagli adolescenti in quanto necessari per rafforzare la propria autostima e trovare un posto di spicco e accettazione all'interno del gruppo dei pari. L'associazione del consumo di droghe e alcol è sempre più associata al divertimento e allo “stare insieme” in attività ludiche e sembra diventare una precondizione necessaria addirittura per intraprendere tali attività, che non vengono più considerate “divertenti” se svolte in assenza di sostanze. Già da qualche anno l'assunzione della stessa eroina ha variato la via di assunzione prevalente, passando da quella endovenosa a quella inalatoria/respiratoria.

L'associazione di droghe e alcol è frequentemente associata ad attività ludiche come condizione necessaria per divertirsi

Il pattern d'uso prevalente è quello del policonsumo con associazione sequenziale o contemporanea di vari tipi di sostanze e quasi costantemente di alcol. Risulta ad oggi molto rara l'evenienza del consumatore che si dedica al consumo di un'unica sostanza. Un'altra caratteristica riscontrata è il forte aumento del consumo occasionale/episodico. Aumenta sempre di più, infatti, la fascia di popolazione che assume le sostanze solo in occasione di particolari situazioni (fine settimana, feste, impegni lavorativi particolarmente pesanti). La minore percezione del rischio e la maggiore tolleranza sociale rispetto a tali comportamenti sono corresponsabili di questo cambiamento.

Frequenti il policonsumo e il consumo occasionale, soprattutto in occasioni particolari

Tuttavia anche la crisi economica in qualche modo ha influito sul mercato delle sostanze. Le persone tossicodipendenti con una malattia che non concede periodi di pausa nella loro assunzione non hanno certo diminuito l'acquisto giornaliero delle sostanze, ma probabilmente sono ricorsi di più all'esercizio delle attività criminali e della prostituzione per procurarsi il denaro necessario per la droga. Una contrazione degli acquisti invece, legata alla minor disponibilità economica in relazione alla crisi generale, è possibile che vi sia stata in questi ultimi anni per i consumatori occasionali o del weekend, dove l'assunzione della sostanza non si connota come un bisogno compulsivo legato ad uno stato astinziale per la presenza di una vera e propria dipendenza.

La crisi economica può aver influito sul mercato delle sostanze

Aumento dei consumi di alcol, soprattutto in modalità *binge drinking*

A complicare la scena vi è poi l'alcol usato in associazione con le sostanze stupefacenti sia di tipo stimolante che inibente, con prevalenza tra il 60% e l'85%. E' da segnalare un aumento percentuale dell'assunzione quotidiana di alcol, dal 2007 al 2010, del 18,2%. L'incremento percentuale delle ubriacature (oltre 40 volte nella vita) è stato purtroppo del 200% passando da una prevalenza dell'1% nel 2007 al 3% del 2010. L'alcol, inoltre, viene spesso assunto con la modalità "*binge drinking*" e cioè facendo grandi bevute concentrate soprattutto nel fine settimana.

1.1.5 Le sostanze d'abuso

Sintesi di nuovi tipi di amfetamine e metamfetamine

Pur nella contrazione generale che si è registrata dell'uso di sostanze nei consumatori occasionali, negli ultimi anni si è assistito alla comparsa di sostanze sempre più "specializzate". Soprattutto nell'ambito delle amfetamine e metamfetamine il mercato ha prodotto nuovi elementi e combinazioni, specialmente sintetizzando droghe che producessero contemporaneamente e variamente modulati effetti di tipo eccitatorio ed allucinatorio. Per quanto riguarda queste sostanze, esse spesso sono state utilizzate dagli adolescenti anche come droghe di iniziazione causando, in qualche caso, dei decessi.

Maggior presenza sul mercato di ketamina, LSD e GHB

Va ricordata la maggior presenza sul mercato anche di altre sostanze quali la Ketamina e l'LSD. Inoltre, da qualche anno ha preso piede anche l'uso del GHB utilizzato anche come "droga delle stupro" per facilitare abusi sessuali di giovani donne.

Cannabis ad alto contenuto di principio attivo

L'offerta è stata fortemente differenziata per venire incontro ad esigenze sempre più "raffinate" dei consumatori. Anche per la cannabis, si è assistito alla comparsa di prodotti a più alto contenuto di principio attivo e quindi maggiori effetti psicoattivi a parità di unità quantitative assunte.

Comparsa di cannabinoidi sintetici non inseriti nelle Tabelle del D.P.R. 309/90

Affiancate a queste produzioni, come già ricordato, sono comparse sostanze ancora più pericolose quali i cannabinoidi sintetici che hanno avuto una forte diffusione grazie al fatto che molte di loro non sono ancora inserite nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti previste dal D.P.R.309/90 e, quindi, facilmente vendibili.

Associazione di cocaina con sostanze che ne potenziano l'azione

La cocaina è stata spesso associata a sostanze che ne prolungano e ne potenziano l'azione (levamisolo, atropina, ecc.) ma che, contemporaneamente, costituiscono un grave pericolo per la salute dei consumatori.

Comparsa di partite particolarmente pericolose di eroina

Sono inoltre comparse sul territorio italiano partite particolarmente pericolose di eroina contenenti una percentuale elevata di 6-monoacetilmorfina (6-MAM) che ha causato svariati decessi droga-correlati¹.

1.1.6 Integrazione sociale e comportamenti "mimetici" dei consumatori

I giovani adottano strategie per mascherare l'uso di sostanze

Grazie alle informazioni provenienti dalla pratica clinica, è stato reso evidente che gli utilizzatori di sostanze tendono ad essere maggiormente inseriti socialmente e a voler conservare tale status almeno nelle apparenze, adottando tutta una serie di espedienti, modalità precauzionali e comportamenti volti a mascherare l'uso di sostanze verso chi potrebbe in qualche modo recriminare tale uso. Negli adolescenti, questo comportamento è molto spiccato soprattutto nei confronti dei genitori verso i quali spesso si adottano varie strategie di evitamento della scoperta dell'uso. I ragazzi risultano molto più informati dei loro genitori rispetto alle modalità, per esempio, di falsificare un test antidroga o dove reperire informazioni per evitare i controlli, o come utilizzare i colliri per non far scoprire l'ar-

¹ Sistema Nazionale di Allerta Precoce, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Report annuale, 2010.

rossamento congiuntivale dopo aver fumato cannabis e quali siti Internet frequentare al fine di avere informazioni legali per gestire eventuali incidenti o trovare tutte le informazioni utili alla coltivazione e fabbricazione delle droghe o, infine dove acquistare urine sintetiche per falsificare eventuali drug test.

L'uso di sostanze inoltre, soprattutto per la cocaina, viene percepito anche come "status sociale" elevato e comunque "in", presso vari gruppi sociali legati al mondo dello spettacolo, della finanza, della politica e dei vari poteri esistenti. Questo esercita un fascino e un'attrattiva sempre più forti soprattutto per le giovani generazioni. Il conseguente comportamento emulativo viene spesso vissuto più che come disvalore, come conformità sociale. Ultimamente, però, dopo vari scandali nazionali di grande rilevanza mediatica, questa tendenza è cambiata. Molti consumatori, infatti, hanno maturato una percezione di rischio legata alla possibile perdita di credibilità, affidabilità e reputazione successive alla scoperta dell'uso da parte degli appartenenti al gruppo sociale o all'organizzazione lavorativa.

L'uso di sostanze viene percepito come "status sociale" elevato

Anche se questo fenomeno pare stia cambiando, nel tempo si è andata manifestando sempre più esplicitamente una certa tolleranza verso l'uso di sostanze spesso esplicitata da vari opinion leader sociali e enfatizzata attraverso i media. Ciò comporta l'affermarsi, soprattutto tra le giovani generazioni, che vi sia "tutto sommato" una possibilità di uso di queste sostanze senza poi dover subire recriminazioni da parte della società, se non addirittura essere una porta di entrata nel mondo del successo. E' noto, inoltre, che dove si manifestino tali condizioni socio ambientali vi sia una maggiore tendenza all'uso di sostanze in fase giovanile con un consumo vissuto come "ordinario e normale", in quanto erroneamente percepito come a basso rischio e comportamento accettato ed accettabile.

Atteggiamenti di tolleranza esplicitata da opinion leader

1.1.7 Accesso ai trattamenti

Negli ultimi anni si è potuto notare, in particolare per la fascia di utenti con uso inalatorio e respiratorio di eroina, un accesso più precoce ai servizi di cura rispetto agli utenti che utilizzavano eroina qualche anno fa e per via endovenosa. Attualmente, in qualche caso, si assiste ad un accesso dopo sei mesi/un anno dall'inizio dell'uso della sostanza, in concomitanza con la prima comparsa della sindrome astinenziale che viene colta inaspettata, con sorpresa e preoccupazione dal consumatore. Infatti, uno dei fattori motivanti l'accesso più frequentemente rilevati è stata proprio la comparsa della sindrome astinenziale e la presa di consapevolezza che si era instaurata la dipendenza. Spesso, infatti, si è rilevato la presenza della convinzione che se l'eroina viene inalata o fumata, non dà dipendenza. In questo caso, i pazienti presentano una maggior conservazione della propria condizione sociale e fisica. E' variata molto anche la percentuale della presenza di pazienti donne nei servizi, soprattutto per quanto riguarda l'eroina, passando da una media del 20% di qualche anno fa a circa il 40% di oggi (con ampia variazione geografica).

Accessi ai servizi più precoci soprattutto per gli utenti con uso inalatorio e respiratorio di eroina

Da segnalare anche una maggior presenza di persone minorenni ma soprattutto nella fascia di età tra i 18 e i 24 anni. Si è registrato inoltre, nel tempo, un aumento dei pazienti per uso di cocaina spesso associata ad altre droghe ed alcol con atteggiamenti e comportamenti di aggressività a volte slatentizzati anche nei confronti degli operatori.

Aumentati i pazienti 18-24 anni con uso di cocaina

In considerazione del maggior utilizzo di cannabis, di cocaina e di amfetamine, sia per quanto riguarda il numero di consumatori sia per quanto concerne la frequenza d'uso, sono aumentati gli accessi per gli utilizzatori di questa sostanza in relazione soprattutto alla comparsa di disturbi psichiatrici in ambito dissociativo. Questo incremento del fenomeno è stato rilevato soprattutto nei giovani consumatori.

Aumento dei pazienti con disturbi psichiatrici

Per quanto riguarda le malattie infettive droga correlate (infezione da HIV, epatiti, ecc.) è da rilevare una riduzione dell'incidenza di siero conversioni quindi con una minor diffusione legata all'uso iniettivo di sostanze ma, contestualmente, un aumento del rischio sessuale legato alla promiscuità dei

Riduzione dell'incidenza di sierconversioni

rapporti in condizione di non protezione.

Basso accesso dei consumatori di amfetamine; in aumento quelli per alcol dipendenza e poliabuso

Resta basso l'accesso ai servizi dei consumatori di amfetamine o metamfetamine, mentre è da segnalare il costante aumento dell'alcoldipendenza e il poliabuso per le quali condizioni è stato necessario attuare protocolli terapeutici integrati. Da segnalare, inoltre, che molte giovani donne sono arrivate ai trattamenti per la cocaina in seguito anche all'uso di tale sostanza per la ricerca dell'effetto anoressizzante.

Difficoltà dei pazienti a seguire trattamenti residenziali a medio e lungo termine

Una variazione importante nella scelta ed accettazione da parte dei pazienti dei vari trattamenti è stata quella rilevata relativamente alla grossa difficoltà se non addirittura al rifiuto dei trattamenti residenziali a medio e lungo termine. Questo ha comportato spesso un incremento delle terapie farmacologiche sostitutive anche in persone che avrebbero dovuto usufruire, al fine di un miglior trattamento, di percorsi residenziali, anche se più impegnativi.

Aumento degli stranieri e delle persone intercettate con i controlli delle Forze di Polizia

In questi anni, inoltre, si è potuto notare un aumento dell'utenza straniera sia proveniente dal Nord Africa che dai Paesi dell'Est europeo. Infine, negli ultimi mesi si segnala un aumento dell'accesso di persone intercettate attraverso i controlli delle Forze di Polizia su strada o attraverso i controlli tossicologici nei lavoratori con mansioni a rischio.

1.1.8 Risorse disponibili

Carenza di risorse umane e finanziarie

La disponibilità di risorse umane e finanziarie per la lotta alla droga soprattutto a livello delle singole Regioni e in considerazione dell'espansione del fenomeno, è andata di fatto purtroppo riducendosi nel corso degli anni in relazione ai bisogni assistenziali. Oltre a questo, l'impegno maggiore delle risorse è prevalentemente dedicato ai trattamenti che sempre di più, anche in considerazione dell'invecchiamento e della cronicizzazione dei pazienti, sono orientati ad un mantenimento stabilizzato dello stato di dipendenza mediante farmaci sostitutivi.

Mancata applicazione dell'Intesa Stato-Regioni e necessità di consolidare l'autonomia dei Dipartimenti delle Dipendenze

Molte organizzazioni sociosanitarie territoriali, a livello delle singole aziende sanitarie, inoltre non hanno visto in questi anni la corretta applicazione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni relativo all'attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze in forma strutturale, comportando questo una debolezza anche nel loro funzionamento e nella risposta alle esigenze del territorio. È chiaro infatti che una migliore responsabilizzazione dei Dipartimenti, con una propria autonomia gestionale, incentiva anche una migliore specializzazione e motivazione del personale. Al contrario, si riscontra invece una situazione di svantaggio in quelle realtà dove i Dipartimenti delle Dipendenze non sono stati attivati e resi autonomi ma inseriti, forse meglio dire "assorbiti", nei Dipartimenti di Salute Mentale, o svuotati della valenza specialistica e di un forte coordinamento tecnicoscienctifico, inserendo i Ser.T. all'interno dei distretti sociosanitari.

1.1.9 Strumenti e sistemi di monitoraggio del fenomeno

Sistema Nazionale di Allerta Precoce come strumento di sorveglianza

Da circa due anni sono stati attivati nuovi strumenti di sorveglianza della comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo che si avvalgono del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga, collegato ad una rete di laboratori e strutture del sistema dell'emergenza/urgenza in grado di rilevare sia gli aspetti bio-tossicologici della comparsa di nuove sostanze, sia gli aspetti clinico-tossicologici presso le unità di emergenza.

Creazione dell'Osservatorio Nazionale presso il DPA

Oltre a questo, è stato creato uno specifico Osservatorio Nazionale in grado di integrare i dati provenienti dalle varie amministrazioni centrali (Ministero della Salute, Ministero dell'Interno, Ministero della Giustizia, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, ecc.) in modo tale da permettere una migliore e più tempestiva lettura del fenomeno.

Sono state, inoltre, messe a punto delle procedure più rapide relativamente alla possibilità di identificazione e di inserimento di nuove sostanze psicoattive non ancora inserite nelle Tabelle previste dal D.P.R. 309/90.

Definizione della procedura per la tabellazione di nuove sostanze psicoattive

In questo settore si è anche assistito ad un aumento delle attività in ambito internazionale sia per quanto riguarda le politiche antidroga nel settore socio-sanitario sia per quanto concerne le attività del coordinamento delle attività di contrasto al traffico e allo spaccio. Questa nuova attività ha permesso di entrare maggiormente in contatto con altre realtà europee ed internazionali fornendo sicuramente opportunità e spunti di collaborazione che hanno potuto migliorare il sistema italiano.

Aumento delle attività internazionali

1.1.10 Politiche nazionali e la frammentazione degli interventi regionali

Nella V Conferenza Nazionale di Trieste è stato più volte sottolineato da tutti i partecipanti la necessità di ripristinare ed avere un coordinamento nazionale sulle politiche antidroga presso il Dipartimento Politiche Antidroga. E' noto, infatti, che dopo la riforma del Titolo V della Costituzione ed il passaggio delle competenze socio-sanitarie alle Regioni ed alle Province Autonome si sia assistito ad una differenziazione dei sistemi e degli interventi nell'ambito della lotta alla droga e alle dipendenze. Pur riconoscendo la necessità e l'opportunità dell'esistenza delle autonomie regionali, non può però essere sottaciuta la grande diversità dei sistemi regionali odierni che comporta un indebolimento delle azioni concrete sui vari territori in virtù della forte differenziazione e di un mancato coordinamento centrale sull'applicazione di quelle indicazioni che, di concerto con il Piano di Azione Europeo, possono e devono trovare attuazione nel Piano di Azione Nazionale e dei singoli Programmi Regionali. C'è da augurarsi che per il futuro si possano trovare nuove forme di collaborazione operativa al fine di rendere più efficace e coordinata l'azione su tutto il territorio nazionale, al pari di quanto accade in altri Paesi europei dove le politiche regionali sono fortemente rappresentate e presenti (es. Spagna e Germania) ma ben coordinate dal livello centrale.

Esigenza di un coordinamento nazionale

Quanto sopra riportato vuole mettere a fuoco, in maniera sintetica e chiaramente non esaustiva, i principali elementi che caratterizzano le variazioni del fenomeno droga in Italia negli ultimi cinque anni, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti socio-sanitari e l'andamento dell'offerta e dei consumi al fine di poter introdurre e circostanziare la lettura dei capitoli successivi con un quadro più aggiornato dell'evoluzione del fenomeno. Ci sembra importante, infatti, comprendere il contesto generale, anche se in modo sommario, dove poter inserire gli interventi di prevenzione e di trattamento in relazione all'uso di cannabis. Questo in considerazione soprattutto del fatto che tale sostanza risulti essere la più frequentemente consumata e diffusa tra i giovani, specialmente come droga di iniziazione (gateway) nel mondo delle dipendenze e che sempre di più si sono registrati disturbi psichiatrici in relazione al suo uso.

Conclusioni

1.2 Tempi di latenza tra inizio d'uso e primo trattamento: lo studio multicentrico del Dipartimento Politiche Antidroga

(Estratto dalla Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia, 2011)

Uno studio pilota

In attesa dell'attivazione a regime del flusso informativo del Sistema Informativo Nazionale Dipendenze (SIND), come previsto dal Decreto dell'11 giugno 2010, il Dipartimento Politiche Antidroga, nel corso del 2010, ha condotto uno studio multicentrico su un campione di servizi per le tossicodipendenze che dispone di un sistema informativo per singolo utente informatizzato ed utilizzato a regime per la gestione clinica ed organizzativa degli utenti. Come per l'edizione 2010 della Relazione al Parlamento, allo studio hanno aderito le unità operative residenti in varie Regioni e Province Autonome (Abruzzo, Liguria, Lombardia, Sicilia, P.A. Trento, Umbria, Veneto), fornendo il tracciato record in formato SIND dell'utenza assistita presso l'unità operativa nel 2010, completamente anonimizzato secondo i criteri indicati dal garante sulla privacy.

47.821 soggetti esaminati

Complessivamente il gruppo oggetto di analisi comprende 47.821 utenti, l'84,7% dei quali di genere maschile e 9.015 nuovi utenti pari al 18% del campione analizzato.

L'età media della nuova utenza risulta essere: femmine 32,3 anni e maschi 32,3 anni. Nell'utenza assistita in periodi precedenti a quello di riferimento, l'età media è stata: femmine 36,1 anni e maschi 37,4 anni. In linea generale quindi, analizzando i dati del campione, si osserva una età media più elevata negli utenti già in assistenza, indipendentemente dal genere.

Età di inizio: età diverse secondo la sostanza

- eroina 21 anni
- cocaina 22 anni
- cannabis 17 anni

Come evidenziato in studi condotti in anni precedenti, si osserva una differenziazione dell'età media di inizio assunzione della sostanza in relazione al tipo di sostanza di iniziazione: consumatori di eroina e di cocaina, rispettivamente 21 e 22 anni, consumatori di cannabis 17 anni. Rispetto agli anni precedenti, si osserva un aumento nell'età del primo uso dichiarato dagli utenti assistiti sia in corrispondenza dell'eroina (20 anni nel 2009) che della cannabis (16 anni nel 2009).

Primo trattamento: più precocità nell'uso per la cannabis, cocaina, eroina

Tale differenza non si riscontra, invece, in corrispondenza dell'età di primo trattamento (eroina: 26 anni; cocaina: 31 anni; cannabis: 25 anni), che rimane stabile nell'ultimo biennio.

Tempi di latenza fra inizio d'uso e primo accesso ai servizi:

- eroina 5,5 anni
- cocaina 9,5 anni
- cannabis 8,4 anni

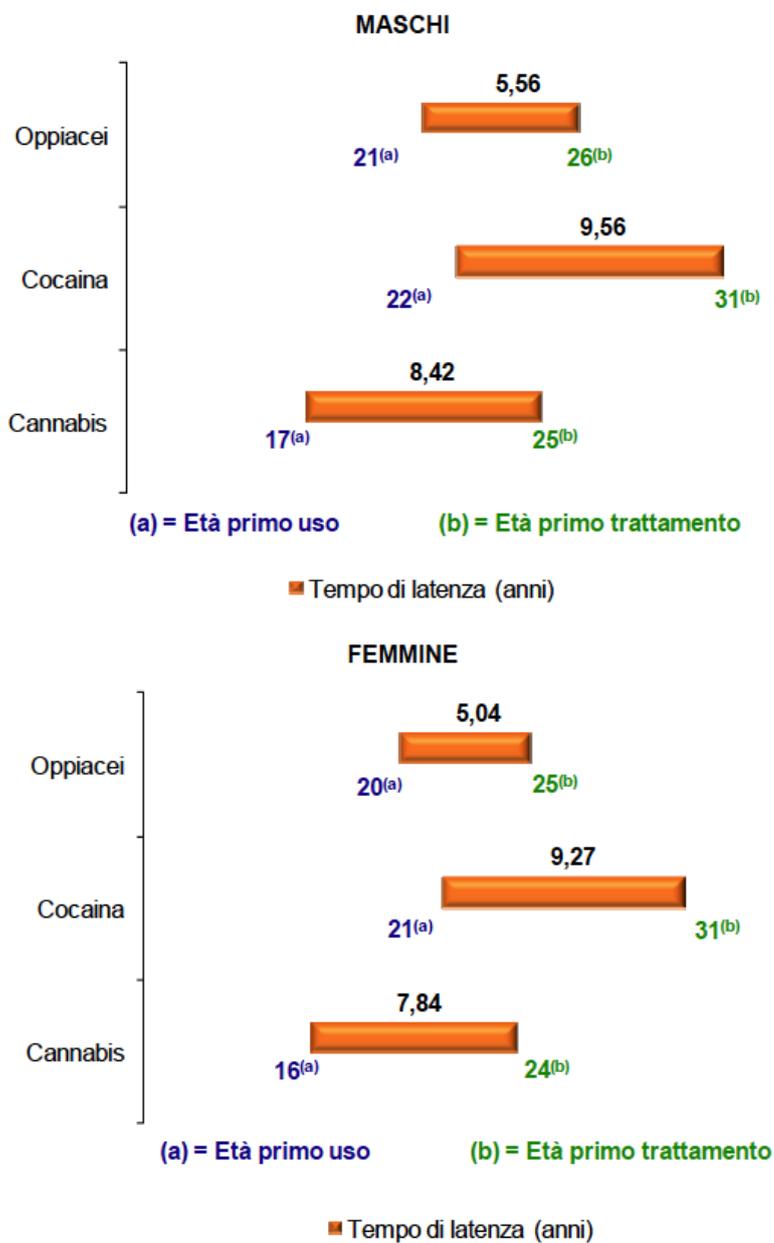
Diretta conseguenza della variazione dell'età di inizio assunzione della sostanza, diversamente dall'età media di inizio trattamento, è la variazione del tempo di latenza, definito come il periodo che intercorre tra il momento di primo utilizzo della sostanza e la prima richiesta di trattamento (per problemi derivanti dall'uso di quella determinata sostanza), che assume valore pari a 7,4 anni nel campione totale (7,27 anni nei maschi e 8,16 anni nelle femmine).

L'analisi per sostanza primaria d'abuso presenta valori del tempo di latenza superiori sia negli assuntori di cocaina che di cannabis: in particolare si registrano 5,5 anni per quanto riguarda gli assuntori di oppiacei (5,6 anni nel 2009), 9,5 anni per gli assuntori di cocaina (9,3 anni nel 2009) e 8,4 anni per gli assuntori di cannabis (8,3 anni nel 2009).

Nelle donne il tempo di latenza è ridotto per la cocaina e uguale per la cannabis

Tali valori variano lievemente se si effettua un'analisi per genere: sia per gli oppiacei che per la cocaina, il tempo di latenza delle donne risulta inferiore di circa un anno rispetto a quello dei maschi, mentre risulta uguale in corrispondenza della cannabis. Per quanto riguarda, invece, il primo utilizzo, esso risulta più precoce nelle donne, come anche la richiesta del trattamento fatta eccezione per la cocaina, per la quale il primo trattamento avviene, sia per i maschi che per le femmine, intorno ai 31 anni.

Figura 1 - Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza, per genere. Anno 2010.



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.D.

1.3. Le ragioni dell'early detection dell'uso di droghe

Premesse

L'uso di sostanze in età evolutiva è una delle sfide più importanti che i Dipartimenti delle Dipendenze si trovano ad affrontare ed è il tema sul quale nel 2009 il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha voluto definire le prime linee d'indirizzo con il volume *"Cocaina e minori. Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze"* (2009). Proprio seguendo le indicazioni emerse dal quel primo riferimento, in questo documento si propone di attivare interventi di diagnosi precoce di uso di sostanze in modo da poter ridurre i tempi di latenza tra l'inizio d'uso ed il primo contatto con i servizi. Tutto questo al fine di interrompere quanto prima un'eventuale progressione verso forme di dipendenza e attivare quanto prima forme di intervento precoce, riducendo così anche il rischio di morte per overdose o di contrarre e trasmettere infezioni correlate all'uso di droghe.

Cos'è l'early detection

L'early detection, cioè l'identificazione precoce dell'uso di droghe e alcol, è oggi un intervento prioritario dal quale non si può più prescindere nel momento in cui in un territorio si vuole organizzare un intervento di tipo preventivo rispetto all'uso delle droghe.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha recentemente pubblicato un Piano di Azione Nazionale sulle Droghe (PAN) (2010) e la Relazione annuale al Parlamento (2010). Al punto n. 34 del PAN parla esplicitamente di "diagnosi precoce" e della necessità di promuovere questo tipo d'intervento. Anche le Nazioni Unite di concerto con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per mezzo della risoluzione numero 51/3 della 51esima sessione della Commission on Narcotic Drugs (marzo 2008), hanno fortemente raccomandato a tutti gli Stati l'adozione di interventi di "early detection" per interrompere il più precocemente possibile la progressione dell'uso di sostanze verso la dipendenza e poter far entrare in trattamento le persone tossicodipendenti il prima possibile. L'importanza quindi di questo intervento è stata riconosciuta anche dalla più alta organizzazione in materia di lotta alla droga, che ha considerato l'early detection come una parte costituente, globale ed integrata dei programmi di sanità pubblica. A sottolineare l'importanza di tale intervento, le Nazioni Unite hanno invitato tutti gli Stati ad attivare specifici percorsi di formazione per gli operatori oltre che a dettare una legislazione a supporto degli interventi che garantisca, inoltre, la volontarietà di adesione a tali procedure da parte del paziente e la tutela della sua privacy.

Utilizzo del termine "early detection"

Nel mondo anglosassone e americano il termine "early detection" viene utilizzato per indicare programmi che si pongono l'obiettivo d'identificare il più precocemente possibile un problema sanitario, come nel caso dei tumori (Alioune S., 2011). Alcuni esempi sono il National Institute of Health (NIH) Americano che ha istituito un programma specifico "Early Detection Research Network" (<http://edrn.nci.nih.gov/>) dedicato esclusivamente all'identificazione precoce del cancro.

Il Center for Disease Control² porta avanti da anni una importante campagna denominata "Learn The Signs Act Early"³ con la quale utilizza il concetto dell'early detection nell'ambito di alcuni disturbi psichiatrici in età evolutiva. Non si tratta di una semplice campagna informativa, bensì di una serie di progetti che si pongono l'obiettivo d'identificare precocemente alcuni disturbi psichiatrici in età evolutiva: autismo, sindrome di Asperger, paralisi cerebrale, cecità, disabilità intellettuale, sordità, disturbi dell'attenzione, iperattività e sindrome fetale alcolica.

Anche la Commissione Europea ha mostrato vivo interesse sui programmi di "early detection" con il finanziamento dell'*E-needd European Network on Exchange Early Detection Drug Consumption*, un programma basato su interventi di prevenzione finalizzati all'identificazione di *best practices*, incluse quelle per l'early detection, nei Paesi Membri.

Nell'ambito della tossicodipendenza e dell'alcolodipendenza, inoltre, le Nazioni Unite da anni portano avanti programmi per l'identificazione precoce dell'uso di alcol attraverso il sistema AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test*.

² <http://www.cdc.gov/>

³ <http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/index.html>

Questi sono solo alcuni esempi di come la diagnosi precoce sia una scelta che prestigiose istituzioni hanno fatto da anni e che portano avanti con convinzione e determinazione.

Il razionale dell'*early detection* sta nel fatto che i decessi per incidentalità (molto spesso droga/alcool correlati) risultano le prime cause di morte nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni. Queste cause risultano essere anche le prime relativamente alle varie forme di invalidità permanente e temporanea in grado di compromettere il futuro dei giovani. Pertanto, concentrare la nostra attenzione preventiva e diagnostica sul problema dell'uso di sostanze risulta molto opportuno in quanto si è dimostrato che nel rilevare precocemente il comportamento di assunzione si hanno maggiori probabilità di estinzione precoce di tale comportamento e si riducono i tempi di esposizione ai rischi. Oltre a questo, in caso di dipendenza, si possono intraprendere subito trattamenti appropriati in grado di ridurre ulteriormente i rischi di decesso o di acquisizione di patologie infettive correlate all'uso di droghe.

Cause di morte negli adolescenti

I dati attuali (Relazione annuale al Parlamento, 2011) collocano l'inizio dell'uso delle sostanze mediamente al 14° anno di età. E' opportuno, quindi, che gli interventi preventivi vengano rivolti anche a bambini e preadolescenti di età inferiore, abbassando l'età di inizio dei primi interventi preventivi, cominciando con interventi informativi ed educativi già alle scuole primarie, con opportuni adattamenti di forma, linguaggio e contenuto dei messaggi da trasmettere. In questo caso, sarà importante anche il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta in quanto figure sanitarie in grado di intercettare tutte le famiglie.

Lunghi tempi di latenza

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

Attualmente, il tempo che intercorre tra la prima assunzione e la prima richiesta d'aiuto è di 5,5 anni (periodo oscillante tra i 4 e gli 8 anni). Questo periodo di latenza risulta molto lungo e risulta evidente che concentrare gli sforzi diagnostici e di contatto precoce sia da considerare fondamentale e prioritario. In realtà, esistono pochissimi programmi strutturati in questo senso all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze ed è necessario pertanto porsi come obiettivo la loro attivazione sistematica e permanente.

Sono molti i genitori che negli ultimi anni si sono rivolti a Internet per l'acquisto di dispositivi per la diagnosi precoce da eseguire a casa propria o che raccolgono i capelli dalle spazzole dei figli per portare il campione ad analizzare in laboratori specializzati. Il tutto con lo scopo di sapere se il proprio figlio stia facendo uso di sostanze stupefacenti.

Evitare il "fai da te" dei genitori

Numerose aziende hanno messo sul mercato, promuovendoli anche sul web, una notevole varietà di drug test che vengono venduti come strumento "ideale" di cui un genitore può disporre per testare il proprio figlio/a. L'utilizzo di questo tipo di test va assolutamente scoraggiato poiché i test eseguiti da genitori che non sono stati adeguatamente formati all'esecuzione del test possono avere maggior grado di errore. Infatti, anche se si assume che questi dispositivi siano in grado di rilevare accuratamente la presenza o l'assenza di una droga nelle urine, il potenziale di cattiva interpretazione da parte dei genitori rimane alto.

Inoltre, utilizzando tali strumenti a casa, in maniera inesperta, è maggiore la possibilità che il minore riesca ad "imbrogliare" il test diluendo l'urina con acqua, bevendo molti liquidi prima di fornire il campione di urina o adulterando i campioni organici con altre sostanze.

Inoltre, di fronte ad un eventuale risultato positivo, le dinamiche familiari possono subire un forte scossone e alterarsi in maniera anche molto significativa: la rabbia e la delusione da parte dei genitori potrebbero indurli a commettere gesti o a prendere decisioni controproducenti per il ragazzo, allon-

tanandosi, quindi, da un corretto percorso che invece dovrebbe essere intrapreso per far cessare il comportamento assuntivo nel giovane. Il fronteggiamento delle emozioni derivanti dalla conoscenza della positività del test necessita di una adeguata gestione emotiva e di un'analisi delle conseguenze operative da adottare.

Ma il problema maggiore del “test fai da te” consiste nel fatto che in questo modo non viene analizzato e preso in considerazione il fattore più importante per la prevenzione e/o la corretta gestione dell'eventuale uso di droghe e cioè il modello educativo dei genitori.

La diagnosi precoce eseguita presso adeguate strutture sanitarie ovvia a questi problemi e garantisce che le procedure per la raccolta e l'analisi delle urine siano svolte in maniera corretta ma soprattutto che i genitori ed il ragazzo possano trovare il necessario ed indispensabile supporto psicologico ed educativo. In tal senso, è opportuno ribadire l'importanza dei pediatri di libera scelta che rappresentano il contatto e la figura di riferimento per molte famiglie e che gli operatori della struttura sanitaria possono supportare nella gestione del processo diagnostico e di counseling alla famiglia.

1.3.1 La maturazione cerebrale

La tossicodipendenza è una malattia del cervello

Era il 1997 quando l'allora direttore del National Institute of Drug Abuse (NIDA), Alan Leshner, definì la “tossicodipendenza come una malattia del cervello”. Nora Volkow, attuale direttrice del NIDA, ha aggiunto che si tratta di una malattia curabile, prevenibile e curabile (Volkow N, 2007).

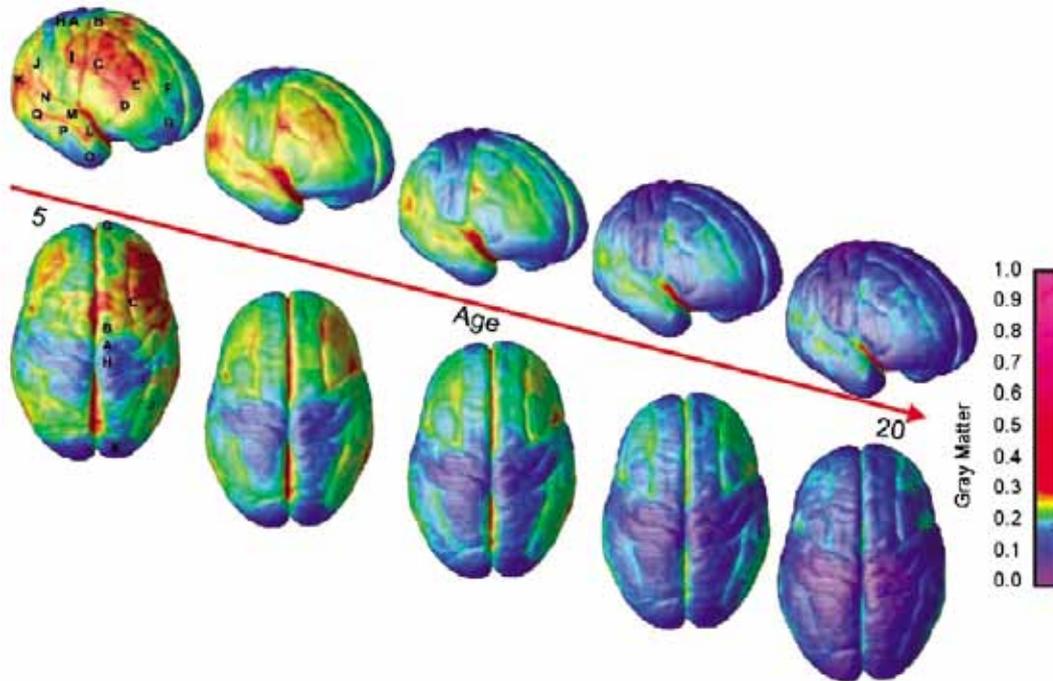
Le conoscenze che oggi derivano dall'epidemiologia e dalle neuroscienze consentono di affermare che l'uso di sostanze stupefacenti e la dipendenza da tali sostanze, ma anche da alcol e tabacco, in età evolutiva è particolarmente grave sia per la salute che per la sicurezza dei ragazzi (Serpelloni et al. 2010) proprio per la particolare condizione evolutiva del cervello e delle sue funzioni in quella fase. Le più recenti pubblicazioni scientifiche confermano, infatti, il dato secondo cui il cervello di chi dipende dalle droghe presenta specifiche alterazioni funzionali e strutturali (Gardner EL 2002; 2011).

Il cervello di un adolescente

Gli studi degli ultimi 20 anni hanno evidenziato che il cervello umano, pur essendo completo già alla nascita, arriva alla sua piena maturità solamente dopo il 20° anno di età.

Il cervello di un adolescente di 14-15 anni è parzialmente sviluppato e fortemente legato alle emozioni. Il sistema limbico che media l'emotività e gli impulsi si sviluppa infatti precocemente ed è situato nelle strutture profonde del cervello. La corteccia prefrontale e frontale, che sono le parti legate alla razionalità, alla cognizione, alle funzioni sociali e al linguaggio, maturano più tardi, attorno ai 25 anni. Sono le regioni che bloccano le decisioni prese d'impulso sotto la spinta delle emozioni. Le diverse aree corticali raggiungono il loro picco di densità di materia grigia a differenti età: nel lobo frontale, ad esempio, il picco può giungere anche nella terza decade di vita (Sowell, Peterson, Thompson, Welcome, Henkenius e Toga, 2003), tanto che la corteccia prefrontale dorso laterale è l'ultima area corticale a raggiungere lo spessore definitivo (Lenroot e Giedd, 2006). Inoltre, maschi e femmine mostrano diversità marcate nell'architettura della materia bianca, differenza che è necessario tenere in considerazione al momento della stesura di piani di prevenzione o percorsi di cura e trattamento. I tratti motori delle femmine, infatti, possono riflettere cambiamenti diffusi, mentre i maschi possono presentare cambiamenti più di tipo strutturale nelle fibre di proiezione e associazione (Bava et al., 2010).

Figura 2 - Evoluzione nel tempo (dai 5 ai 20 anni) della normale maturazione cerebrale. Le regioni corticali per l'elaborazione delle funzioni primarie si sviluppano velocemente e prima delle regioni per le funzioni cognitive di ordine superiore (emozioni e autocontrollo). La corteccia prefrontale, per il suo ruolo nel controllo delle funzioni esecutive, conclude il proprio percorso maturativo attorno ai 20 anni d'età.



Fonte: Paul M. Thompson, *Dynamic Mapping of Human Cortical Development during Childhood through Early Adulthood*.

Lo sviluppo cerebrale non si conclude comunque con l'adolescenza ma continua in età adulta, anche se con modalità meno impetuose. Studi longitudinali di neuroimmagine strutturale che hanno seguito lo sviluppo cerebrale di centinaia di adolescenti (per una rassegna si vedano Giedd, 2008; Lenroot e Giedd, 2006), dimostrano come durante l'adolescenza esista un incremento lineare della sostanza bianca, grazie ad una continua mielinizzazione degli assoni. Tutti i nervi nel sistema nervoso periferico e le fibre nervose nel sistema nervoso centrale sono ricoperte da una guaina mielinica. La mielina è una sostanza lipidica che isola elettricamente l'assone del neurone e consente la massima velocità nella conduzione dell'impulso nervoso.

Mielinizzazione

All'inizio dell'adolescenza si ha un nuovo periodo di sinaptogenesi, cioè di proliferazione di nuove sinapsi, successivo a quello dei primi anni di vita. In questo periodo, infatti, si assiste ad un progressivo aumento della sostanza grigia, che raggiunge un picco di densità, oltre il quale si verifica un momento di stasi. La sinaptogenesi, quindi, è un processo di formazione e maturazione delle sinapsi neuronali necessario all'alta specificità delle connessioni cellulari. In un momento specifico per ogni area corticale, inizia il processo di pruning sinaptico, cioè lo sfoltimento delle sinapsi scarsamente utilizzate (Edelman, 1987). Questi meccanismi portano alla ridefinizione dei circuiti cerebrali che acquistano maggiore efficienza funzionale. Il biologo statunitense Gerald Edelman (1987) ha chiamato questo sfoltimento delle sinapsi "darwinismo neurale" secondo la logica "use-it-or-lose-it" (usalo o perdilo). In altre parole, rimangono e si strutturano solo quelle connessioni che vengono effettivamente utilizzate (McDowell JJ 2009). Al contrario, le connessioni meno utilizzate, vengono definitivamente eliminate (*pruning*).

Sinaptogenesi e pruning sinaptico

"Use it or loose it"

La regola del "use it or loose it" prevede che le connessioni neuronali maggiormente utilizzate vengano strutturate e rafforzate mentre le connessioni poco utilizzate tendono a strutturarsi meno. In altre parole, durante il periodo di maturazione cerebrale è importante che dall'ambiente arrivino continuamente stimoli che mantengano un equilibrio tra drive e controller. Pertanto, il sistema educativo in cui il soggetto è inserito deve favorire il pieno sviluppo delle capacità di controllo, cioè fornire stimoli che inibiscano comportamenti volti al solo soddisfacimento degli impulsi (*drive*) per una piena strutturazione del controller a livello della corteccia prefrontale.

Alterazioni cerebrali legate al consumo di droghe e/o alcol

Tutte le sostanze stupefacenti sono psicoattive e in grado, anche a basse dosi, di interferire con la maturazione cerebrale. Mentre le cellule cerebrali maturano e le relazioni tra esse si consolidano, la persona sviluppa sempre di più la sua personalità e il suo funzionamento mentale. Risulta evidente che, se il cervello di un ragazzo in piena maturazione, viene bombardato con sostanze in grado di stimolare enormemente e intossicare le cellule nervose in evoluzione (e quindi particolarmente sensibili) non potrà avere uno sviluppo fisiologico ma esso sarà deviato dalla sua naturale evoluzione. I danni quindi, che queste sostanze sono in grado di produrre nel cervello dei ragazzi, scardinano importanti e delicati sistemi neuropsicologici all'interno di un sistema cerebrale in piena maturazione, creando, oltre a documentabili danni fisici, anche il persistere di percezioni alterate del proprio essere e del mondo esterno. Queste percezioni vengono memorizzate dall'individuo creando quindi una distorsione cognitiva che può permanere per moltissimo tempo, se non addirittura per tutta la vita, condizionando il "sentire", il "pensare", il "volere" e, in ultima analisi, il proprio comportamento. A dimostrazione di quanto sopra riportato, esistono numerosi studi condotti con tecniche di neuroimaging, che documentano in maniera incontrovertibile, negli adolescenti consumatori di droghe, ed in particolare di marijuana, la significativa riduzione del glutammato, dell'N-acetilaspargato, della creatina e del mioinositolo nel cingolato anteriore, alterando la trasmissione glutammatergica e l'integrità neuronale (Prescot et al., 2011, Serpelloni et al., 2011).

1.4 Fattori condizionanti l'uso di sostanze

Oggi sappiamo che la nostra salute è "condizionata" da una serie di fattori che possono alterarla o, al contrario, conservarla, proteggerla o addirittura aumentarla.

Sono i così detti "fattori condizionanti" (Serpelloni et al., 2009). L'insieme del temperamento e del carattere di una persona, unitamente ad un'alta propensione alla ricerca delle novità o ad una bassa autodeterminazione, costituiscono un aumentato rischio per l'uso di sostanze. Inoltre, ogni genitore ha una sua opinione sull'uso di droghe e sull'abuso alcolico. Si ritiene che sia a rischio e pericoloso, da parte dei genitori, un atteggiamento di tolleranza dell'uso di droghe o, peggio, di approvazione implicita del consumo, in quanto non favorisce nei figli la costituzione dei necessari fattori protettivi. Il National Institute of Drug Abuse usa l'immagine della bilancia per identificare un minore a rischio d'uso di droghe. Una condizione di rischio si definisce nel momento in cui la presenza e il "peso" dei fattori di rischio è maggiore della presenza e del "peso" dei fattori protettivi.

Un breve e non esaustivo elenco di fattori condizionanti è riportato nella seguente tabella.

Tabella 1 - I principali fattori condizionanti e le possibilità di espressione (G. Serpelloni et al., 2009).

<i>Espressione come fattore di rischio</i>	FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO	<i>Espressione come fattore protettivo</i>
FATTORI INDIVIDUALI		
Novelty seeker	Temperamento e carattere	Harm avoidance
Alta attitudine e alta percezione del rischio	Attitudine al rischio e percezione del rischio	Bassa attitudine e alta percezione del rischio
Scarsa capacità con alta e precoce aggressività espressa	Capacità di autocontrollo (efficacia della corteccia prefrontale) e livello di aggressività comportamentale	Buona capacità con basso livello di aggressività espressa
Timidezza eccessiva, bassa assertività	Modalità relazionali e grado di assertività	Estroversione, alta assertività
Assente o ridotta	Social conformity	Presente
Presente (occasionale o abitudinario)	Uso di sostanze stupefacenti	Assente
Presente e precoce	Abuso di alcol	Assente
Presente e precoce	Tabagismo	Assente
Assente, insuccessi e non acquisizione di competenze scolastiche, uscita precoce dai circuiti scolastici	Impegno e competenze scolastiche	Presente con successo, acquisizione di competenze e permanenza nei circuiti scolastici
FATTORI FAMIGLIARI		
Deboli e negativi	Legami famigliari di attaccamento	Forti e positivi
Assente o discontinuo e incapace	Controllo genitoriale, supervisione genitoriale dei comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari	Presente, costante e capace
Assenti, incoerenti o non fatte rispettare	Regole di condotta in famiglia	Presenti, coerenti e fatte rispettare
Presente	Uso di sostanze, abuso alcolico o farmaci non prescritti da parte dei genitori	Assente
Tollerante, di approvazione anche implicita del consumo	Atteggiamento dei genitori nei confronti dell'uso di droghe o abuso alcolico	Non tollerante, di stigmatizzazione del comportamento di consumo (non della persona che usa droghe o con dipendenza)
GRUPPO DEI PARI		
Alta prevalenza di uso, atteggiamento di accettazione e promozione dell'uso	Uso di sostanze nel gruppo dei pari	Assenza o bassa prevalenza di uso, atteggiamento di non accettazione e stigmatizzazione dell'uso
Assenti e/o orientati a modelli negativi	Atteggiamento del gruppo verso obiettivi di competenza sociale positiva	Presenti e persistenti

FATTORI AMBIENTALI		
Alta	Disponibilità, accessibilità delle sostanze sul territorio	Bassa
Povert� diffusa, alto grado di disoccupazione, basso livello di scolarizzazione	Condizioni sociali	Povert� ridotta, basso grado di disoccupazione, alto livello di scolarizzazione
Presenza di organizzazioni criminali (es. Mafia, ecc.) e microcriminalit� diffusa	Condizioni di legalit� sociale	Legalit� istituzionale presente e percepita, bassa microcriminalit�
Assente o mal funzionante e non nota	Rete dei servizi territoriali per famiglie e giovani	Presente, nota, accessibile e ben organizzata
Tolleranti e normalizzanti il consumo	Politiche e cultura sociale	Antidroga, esplicite e permanenti
Presente e tollerata	Drugs advertising	Assente e non tollerata
Presente e tollerata	Alcohol advertising	Assente e non tollerata
Presente e tollerata	Tobacco advertising	Assente e non tollerata
Presenti, con messaggi promozionali, accessibili e non controllate	Agenzie "educative" virtuali non regolamentate (Internet, TV e altri media, mondo dello spettacolo...)	Assenti o accessibili sotto controllo e regolamentate
Assente o poco attivo	Controllo e repressione del traffico e dello spaccio	Presente ed attivo

1.5 Uso di sostanze, percorso evolutivo, comportamento e alterazioni psico-neuro-biologiche

L'uso di sostanze stupefacenti può seguire un percorso evolutivo che passa attraverso diverse fasi, ciascuna delle quali caratterizzata da determinati comportamenti da parte del soggetto e da precisi effetti psico-neuro-biologici dovuti al consumo di sostanze. In corrispondenza di ciascuna fase, è possibile agire con specifici interventi di diagnosi precoce per prevenire l'uso, o la continuazione dell'uso, di sostanze stupefacenti o l'instaurarsi di una dipendenza. Pertanto, prioritarie dovranno essere le azioni da eseguire prima che l'uso inizi e prima che la dipendenza si sviluppi.

**Il percorso evolutivo
del consumo di
sostanze**

La prima fase del percorso è quella della vulnerabilità, in cui non c'è ancora un uso di sostanze ma durante la quale, invece, si possono manifestare nel minore una serie di disturbi comportamentali, o altri comportamenti di rischio, che evidenziano la sua possibile predisposizione ad iniziare. In questa fase, sarà importante procedere con interventi di diagnosi precoce e supporto educativo, che coinvolgano la famiglia del minore e che aumentino e rafforzino i fattori di protezione che possono impedire l'inizio dell'uso.

Vulnerabilità

La seconda fase è quella in cui il minore ha iniziato ad usare sostanze stupefacenti ma ne fa ancora un uso occasionale, mostrando una bassa percezione relativamente ai rischi che tale comportamento comporta. A questo livello, gli effetti sull'organismo del consumatore riguardano la sensibilizzazione cerebrale agli effetti delle sostanze e la memorizzazione del loro effetto a livello neuronale. In questo caso, sarà necessario un intervento di diagnosi precoce di I livello (informativa e colloquio motivazionale).

**Iniziazione e
sperimentazione**

La terza fase è quella della sperimentazione allargata e intensiva, durante la quale il minore fa un uso periodico e più frequente delle sostanze, a volte anche contemporaneamente (policonsumo). I principali effetti che l'uso di sostanze implica a questo stadio del consumo sono l'aumento della sensibilizzazione cerebrale all'effetto delle sostanze, l'alterazione della maturazione cerebrale, la compromissione del funzionamento cognitivo (working memory, decision making, ecc.) e l'alterazione del sistema di gratificazione. In questa fase, sarà opportuno adottare attività di diagnosi precoce con intervento di II livello (intervento motivazionale ed educativo).

**Sperimentazione
allargata e intensiva**

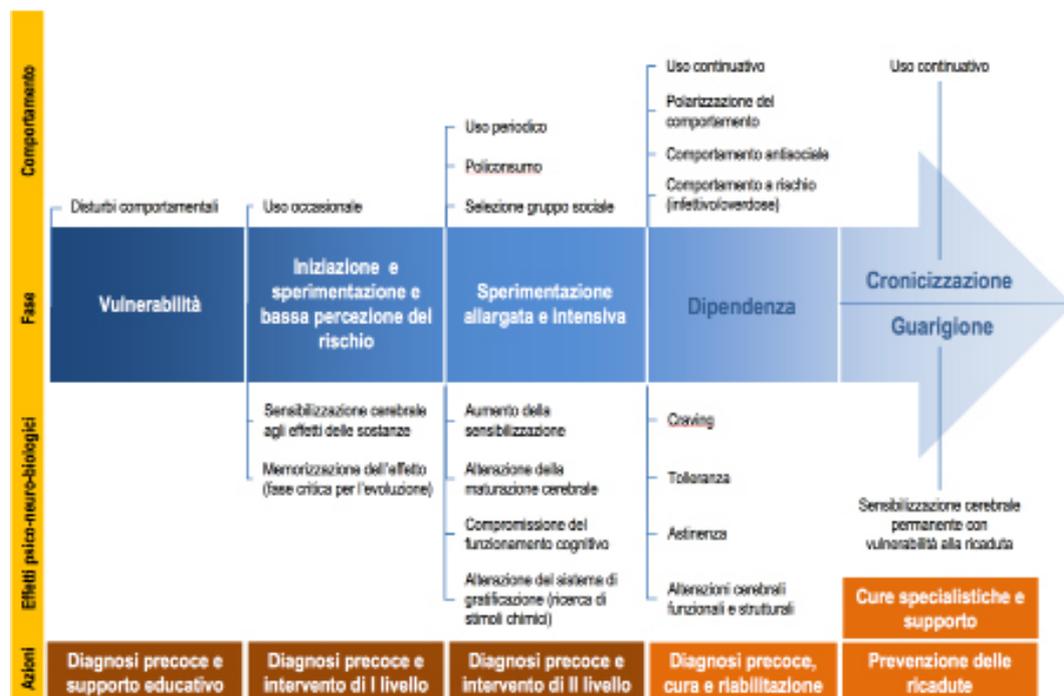
Queste tre fasi rappresentano quelle di prioritaria importanza nell'implementazione delle attività di diagnosi precoce perché precedono e possono impedire lo sviluppo della dipendenza nel minore consumatore. Tuttavia, un'azione di diagnosi precoce anche della dipendenza consente di individuare quanto prima il problema e di attivare tempestivamente adeguati interventi di trattamento, cura e riabilitazione. Risulta estremamente importante agire in questo modo poiché nella fase della dipendenza, infatti, il soggetto, che fa un uso continuativo delle sostanze, può avere un rischio ancora maggiore di esprimere comportamenti a rischio di contrarre malattie infettive droga correlate e/o di avere episodi di overdose. In questa fase, egli potrà avere craving, tolleranza alle sostanze e momenti di astinenza; le alterazioni funzionali e strutturali del suo cervello saranno importanti.

Dipendenza

L'ultima fase del percorso evolutivo dell'uso di sostanze può essere duplice. Il soggetto può rimanere ancorato al proprio uso di sostanze e cronicizzare la dipendenza mantenendo un consumo continuativo. In questo caso, sarà necessario seguire la persona con cure specialistiche e continuo supporto medico, psicologico e sociale. Piuttosto, se il soggetto cessa l'utilizzo di sostanze guarendo quindi dalla dipendenza, sarà prioritario lavorare con lui per prevenire le ricadute all'uso di droghe verso cui ha già un'elevata sensibilizzazione.

**Cronicizzazione/
guarigione**

Figura 3 - Uso di sostanze, percorso evolutivo, comportamento e alterazioni psico-neuro-biologiche.



2. Tecniche e metodologie

**per la diagnosi precoce finalizzata
all'attivazione di interventi precoci**

2.1 Framework generale per l'attivazione di interventi di diagnosi precoce per l'attivazione di un intervento precoce

Alla luce del ritardo di accesso ai servizi di cura e del lungo tempo di latenza che le persone trascorrono dal momento dell'inizio dell'uso di sostanze all'ingresso in terapia, si ritiene quindi fortemente necessario ed indicato lo sviluppo e l'applicazione di tecniche di diagnosi precoce che permettano l'individuazione tempestiva dell'acquisizione di questo comportamento a rischio per la salute con la finalità di rendere consapevole quanto prima possibile la persona minorenni che usa sostanze delle problematiche connesse al loro utilizzo e far comprendere ai genitori le eventuali problematiche presenti nei figli.

Necessarie tecniche di diagnosi precoce

Il problema che si vuole affrontare e risolvere, pertanto, è quello dell'identificazione tardiva di questi comportamenti che, soprattutto nell'adolescente, possono comportare un'alterazione dei processi di maturazione cerebrale in quanto le sostanze sono in grado di andare ad interferire con la mielinizzazione neuronale, la sinaptogenesi e il pruning. Questo può produrre alterazioni di importanti funzioni neuro-cognitive estremamente rilevanti per lo sviluppo sia psichico e dell'integrazione sociale della persona in quanto vengono compromesse la capacità di attenzione, di memorizzazione, di controllo volontario dei comportamenti, i meccanismi di decision making, la capacità di percepire correttamente la realtà, il coordinamento, oltre che la capacità di apprendimento. Inoltre, l'utilizzo della cannabis, in particolare, crea forti interferenze sul sistema motivazionale degli adolescenti oltre che sul sistema della gratificazione, riducendone l'efficacia e la funzionalità. Questo spesso comporta la comparsa di sindromi demotivazionali che, oltre a creare una condizione di rinuncia ad affrontare i problemi e gli impegni della vita, i normali disagi legati alla crescita, incentivano la continuazione dell'uso di sostanze e possono, in persone vulnerabili, incrementare il rischio di percorsi evolutivi verso forme di dipendenza molto gravi.

Identificazione tardiva dell'uso ed effetti sul cervello in maturazione

L'uso delle sostanze e, di conseguenza, le condizioni derivanti sia fisiche, psichiche che sociali, possono aver condotto la persona minorenni a diversi stadi di gravità in base alla durata dell'esposizione al rischio, al tipo di sostanze utilizzate, all'inserimento o no nella rete criminale, all'instaurarsi di dipendenza e alla presenza di fattori di vulnerabilità individuale e di eventuali fattori protettivi o risorse attivabili per risolvere la situazione. Esistono quindi tipologie diverse di consumatori in base ai profili comportamentali di rischio che è necessario conoscere e in qualche modo studiare per poterli affrontare meglio.

Diversa gravità dei consumatori

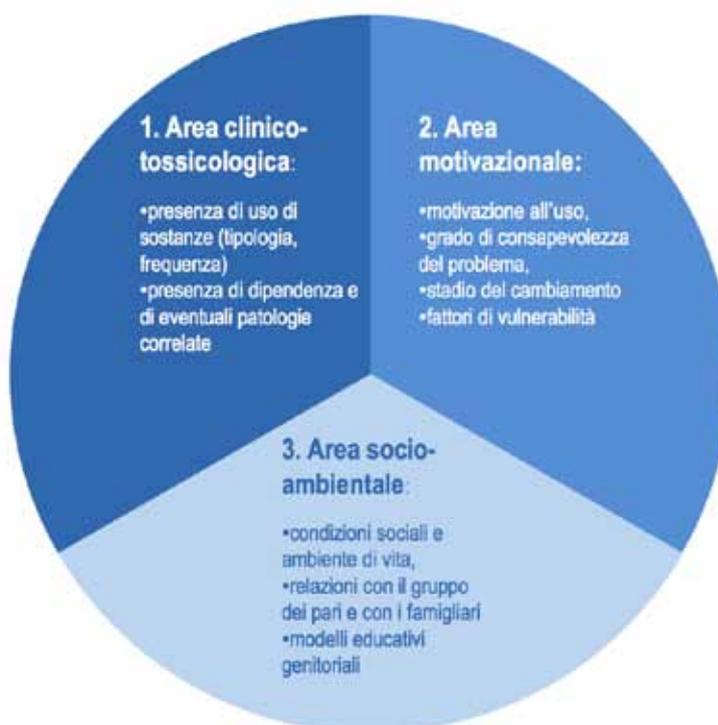
Sulla base di queste motivazioni, è necessario quindi attivare interventi di diagnosi precoce in grado di farci comprendere e profilare tre aspetti fondamentali al fine di poter attivare opportuni interventi altrettanto precocemente.

Le aree da investigare pertanto sono:

1. *Area clinico-tossicologica*: ricerca la presenza di uso di sostanze definendone precisamente la tipologia, la frequenza e la presenza di dipendenza e di eventuali patologie correlate;
2. *Area motivazionale*: ricerca la motivazione all'uso, il grado di consapevolezza del problema, lo stadio del cambiamento e i fattori di vulnerabilità;
3. *Area socio-ambientale*: ricerca le condizioni sociali e l'ambiente di vita, le relazioni con il gruppo dei pari, con i famigliari e i modelli educativi genitoriali.

Aree di investigazione

Figura 4 - Aree di investigazione per l'attivazione di adeguati interventi di diagnosi precoce.



Diverse tipologie di intervento

Sulla base di queste prime valutazioni sarà possibile identificare la diversa tipologia e livello di problema e quindi definire quale sia la forma di intervento più idonea che potrà essere principalmente di tre tipi, in base alla gravità clinica riscontrata:

1. Intervento breve, di tipo informativo motivazionale
2. Intervento intensivo, di tipo motivazionale educativo
3. Trattamento specialistico con invio ai servizi, di tipo medico integrato in caso di dipendenza

Questi interventi si sono dimostrati in grado di aumentare la consapevolezza nel paziente non ancora particolarmente compromesso e di far cessare o ridurre il consumo di droghe e di diminuire la possibilità di evoluzione negativa dell'uso di sostanze stupefacenti. Consentono anche di poter instaurare più precocemente un trattamento in condizioni di minor complessità terapeutica dovuta al fatto che il paziente ha trascorso minor tempo sotto l'effetto di sostanze e probabilmente ha anche una strutturazione sociale dove "l'epicentro di vita" non è ancora diventato la sostanza stupefacente e quindi, in ultima analisi, si riscontra una condizione con maggior fattibilità e sostenibilità dell'intervento. Tutto questo comporta, oltre che una maggior semplicità di intervento, anche una maggior efficacia relativamente alla sospensione dell'uso delle sostanze.

Framework logico

Il framework logico che è necessario utilizzare per raggiungere lo scopo sopra descritto prevede quindi una serie di step e di interventi differenziati in base al problema riscontrato.

2.1.1 Fase di induzione della domanda

È necessario stimolare con un'apposita campagna informativa la necessità di eseguire accertamenti in caso vi siano anche minimi sospetti di uso di sostanze o disturbi comportamentali che potrebbero sottendere tale consumo. La sensibilizzazione al problema e la pubblicizzazione delle strutture e dei centri deputati all'espletamento dell'intervento è senz'altro la fase più delicata e strategica per assicurare che le azioni messe in atto abbiano un reale impatto sul fenomeno. Si è dimostrata efficace anche la creazione di reti di "intercettatori" opportunamente sensibilizzati e formati, soprattutto quelli in contatto per varie ragioni con la popolazione giovanile minorenni (scuola, associazioni sportive, informagiovani, ecc.), che possono svolgere una proficua azione nell'allertare precocemente i genitori. Pertanto, nel caso i cui vi sia il dubbio o il sospetto da parte dei genitori che una persona minorenni usi sostanze, è necessario che essi si rivolgano quanto più precocemente possibile alle strutture deputate alla diagnosi precoce anche mediante l'utilizzo del drug test professionale. Le strutture sanitarie dovranno prevedere la capillare e chiara informazione sul territorio dell'esistenza di questo servizio e della necessità di sottoporre quanto prima possibile le persone minorenni a queste indagini nel momento in cui vi siano sospetti d'uso. E' compito quindi dei Dipartimenti delle Dipendenze provvedere ad un'opportuna campagna informativa relativamente a queste opzioni diagnostiche precoci. L'output atteso, e cioè i risultati concreti di questa fase, è un aumento del numero delle persone che si rivolgono precocemente ai Dipartimenti delle Dipendenze.

**Sensibilizzazione
al problema e
pubblicizzazione
delle strutture**

2.1.2 Fase di diagnosi precoce

In questa fase (spiegata nel dettaglio nei paragrafi successivi) si andrà ad analizzare e profilare la condizione della persona minore con l'obiettivo di identificare il rischio e il consumo, prima che essa sviluppi un uso continuativo delle sostanze e quindi la malattia della dipendenza. Per eseguire questa diagnosi, è necessario utilizzare vari strumenti ed osservazioni tra cui: colloquio diagnostico e questionari specifici, drug test professionale, analisi del contesto familiare e sociale, analisi dei fattori di rischio e dei fattori di protezione.

L'output atteso, e cioè il risultato concreto di questa fase, sarà la comprensione dello stato e dell'indice di gravità del soggetto in relazione all'uso di sostanze e all'eventuale presenza di problemi sanitari e sociali legati all'uso. Oltre a questo, risulta fondamentale la comprensione degli aspetti motivazionali e dello stadio del cambiamento. Questa fase rappresenta anche un primo momento per sensibilizzare, rendere consapevole ed educare il paziente rispetto ai rischi dell'uso di sostanze e contemporaneamente per renderlo edotto delle conseguenze che tale comportamento può provocare sulla sua vita e sul rischio di instaurare una malattia, quale la dipendenza, o poter acquisire patologie infettive o psichiatriche. Pertanto, già la fase diagnostica si connota efficacemente con valenze di intervento.

**Identificazione
del rischio e del
consumo**

2.1.3 Fase della decisione terapeutica

In questa fase viene decisa la strategia terapeutica migliore per il paziente e per il nucleo familiare in base ai riscontri diagnostici prima rilevati che dovranno essere condivisi con la persona minore e i suoi genitori. Se non vi saranno dubbi relativamente al possibile uso di sostanze o un uso problematico di alcol, l'intervento potrà esaurirsi con la semplice fornitura, comunque, di semplici informazioni preventive perché il rischio potrebbe presentarsi anche successivamente. Se invece, verranno riscontrati risultati positivi e quindi la certezza che vi sia un uso di sostanze e/o un uso problematico di alcol o di farmaci non prescritti, sarà necessario identificare un intervento appropriato ed individualizzato sulle caratteristiche del paziente e del nucleo familiare. L'output atteso è quindi una decisione negoziata e concordata con l'interessato e i suoi genitori, rispetto alla necessità di instaurare un intervento specifico in base al profilo di rischio riscontrato e alle risorse disponibili ed attivabili.

**Strategia
terapeutica più
adeguata a paziente
e famiglia**

2.1.4 Fase di intervento

Gli interventi possono essere fondamentalmente di tre tipi:

a. Intervento breve

Intervento breve:
informativa e
colloquio
motivazionale

Questo intervento è limitato nel tempo e utilizzato per le situazioni non particolarmente complicate e a basso rischio evolutivo per l'assenza di forti fattori di vulnerabilità, in assenza di dipendenza o patologie correlate e in presenza di un nucleo genitoriale collaborativo e performante. L'intervento deve essere centrato sulla persona nel tentativo di modificare il suo comportamento attraverso un aumento della sua consapevolezza relativamente all'inopportunità e pericolosità sia da un punto di vista sanitario, sia sociale, sia legale, derivante dal suo di sostanze. Questo intervento si basa sul dialogo con la persona minore e con i suoi genitori, utilizzando tecniche di colloquio motivazionale e fornendo ai genitori, contemporaneamente, elementi educativi a sostegno e supporto del comportamento di salute da acquisire. Gli argomenti principali su cui puntare all'interno del colloquio con i pazienti includono le modalità con cui le droghe influenzano e interagiscono con le funzioni cerebrali, come possono creare problemi di salute e psicologici, come possono compromettere la vita sociale e il futuro della persona, come possono far perdere la possibilità di acquisire e/o mantenere la patente o il patentino e come possono compromettere l'immagine, l'affidabilità e la reputazione della persona che fa uso di sostanze e, purtroppo, anche del suo nucleo familiare.

**Elementi
dell'intervento**

I principali elementi che costituiscono l'intervento breve sono quelli ricavati dal modello FRAMES (NIDA, 2010):

- *Feedback*: fornire informazioni e riscontri sul risultato dello screening
- *Responsibility*: comprendere le ragioni dell'uso da parte del paziente e guidare il paziente verso un cambiamento del comportamento e la responsabilizzazione, incoraggiare il paziente a discutere il proprio punto di vista su come l'uso di sostanze abbia causato problemi nella sua vita, sugli elementi positivi e negativi legati all'uso e cosa ne pensa riguardo alla cessazione dell'uso
- *Advice*: consigliare ai pazienti, in termini chiari e sempre rispettosi, di cessare immediatamente l'uso di sostanze
- *Menu of options*: indicare al paziente le possibili modalità di gestione e soluzione del problema e supportarlo nello sviluppo di abilità sociali che possano aiutarlo a smettere di usare sostanze
- *Empathy*: applicare tecniche di colloquio per entrare in relazione con il paziente sospendendo il giudizio nei suoi confronti
- *Self-Efficacy*: fornire al paziente strumenti e mezzi per aumentare la propria autoefficacia e consentire la gestione autonoma e indipendente del problema.

b. Intervento intensivo

Intervento intensivo:
motivazionale ed
educativo

Questo intervento è più esteso nel tempo, con molteplici incontri, per quelle situazioni più complicate da un punto di vista educativo, in presenza di difficoltà e problematiche genitoriali, ma sempre in assenza di dipendenza. Consiste in un percorso con più incontri con il paziente e i genitori finalizzato da una parte a motivare ed educare la persona minore a modificare i comportamenti a rischio e dannosi per la salute rendendolo consapevole di quanto questi aspetti possano essere negativi, sia per se stessi che per gli altri; dall'altra, a dare elementi educativi e regolamentatori ai genitori per sostenere tale cambiamento comportamentale. Molto spesso, infatti, è necessario intervenire anche sui genitori che spesso hanno bisogno di essere fortemente orientati e supportati in quanto non hanno sempre chiaro quale sia il corretto comportamento da tenere. Questo intervento è consigliato in quei soggetti che fanno un uso di sostanze stupefacenti consistente ma che non hanno ancora sviluppato dipendenza e cominciano a sperimentare conseguenze negative sia da un punto di vista sociale che

sanitario legate all'uso di sostanze.

In questi casi vi è la necessità di sviluppare un piano più articolato di cambiamento comportamentale e contemporaneamente di rimodulazione di alcune regole ed approcci educativi genitoriali. Le tecniche di colloquio consigliate sono quelle dell'intervista motivazionale e della terapia cognitivo-comportamentale attraverso le quali è possibile mettere in discussione le credenze e le motivazioni che il paziente si è costruito per giustificare l'uso di sostanze stupefacenti. Il processo prevede come obiettivo principale, quello di far maturare la decisione nel paziente di cambiare il comportamento di assunzione, di motivarlo quindi alla cessazione dell'uso e di sostenerlo nel mantenere la decisione presa.

Quando il paziente sarà pronto per modificare il cambiamento, sarà utile e necessario sviluppare un piano di trattamento e degli obiettivi precisi personalizzati alle caratteristiche del paziente, condivisi e sostenuti dal gruppo genitoriale ed in relazione con gli stadi del cambiamento in cui il paziente si viene a trovare.

L'intervento prevede quindi il sostegno anche dei genitori, che potranno così essere attori attivi del processo di cambiamento della persona minore che dovrà essere rinforzata durante il raggiungimento degli obiettivi, sostenuta e incoraggiata a superare eventuali ostacoli o difficoltà. Ovviamente, bisogna tenere conto che potremmo trovarci di fronte a condizioni genitoriali problematiche (quali ad esempio l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso alcolico, un atteggiamento molto tollerante verso l'uso di droghe o la presenza di patologie psichiatriche) che non sempre sono di supporto alle strategie di intervento. In questi casi, le probabilità di successo si affievoliscono e l'intervento potrebbe rientrare in un percorso specialistico più impegnativo.

c. Trattamento specialistico

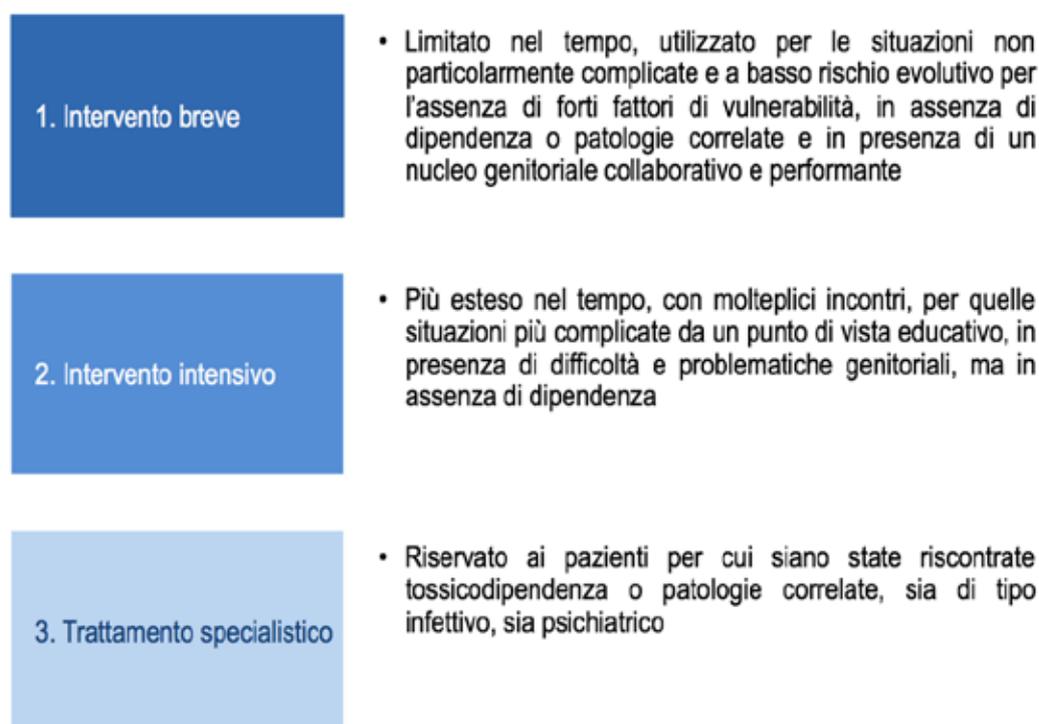
Questo intervento è riservato ai pazienti per cui sia stata riscontrata una tossicodipendenza o delle patologie correlate, sia di tipo infettivo, sia psichiatrico. In questo caso, è necessario prevedere l'invio/accompagnamento a centri in grado di affrontare con opportune terapie prima di tutto il problema sanitario, mettendo in sicurezza il paziente con appropriate terapie, e quindi cominciando un percorso psicologico per poter rinforzare ed ottenere risultati di cambiamento che permettono di arrivare ad una permanente condizione di non uso di sostanze e al recupero delle funzionalità e delle condizioni di salute della persona.

Il coinvolgimento di centri specifici

Figura 5 - Step per l'attivazione di interventi di diagnosi precoce.



Figura 6 - Tipologia e caratteristiche degli interventi di diagnosi precoce.

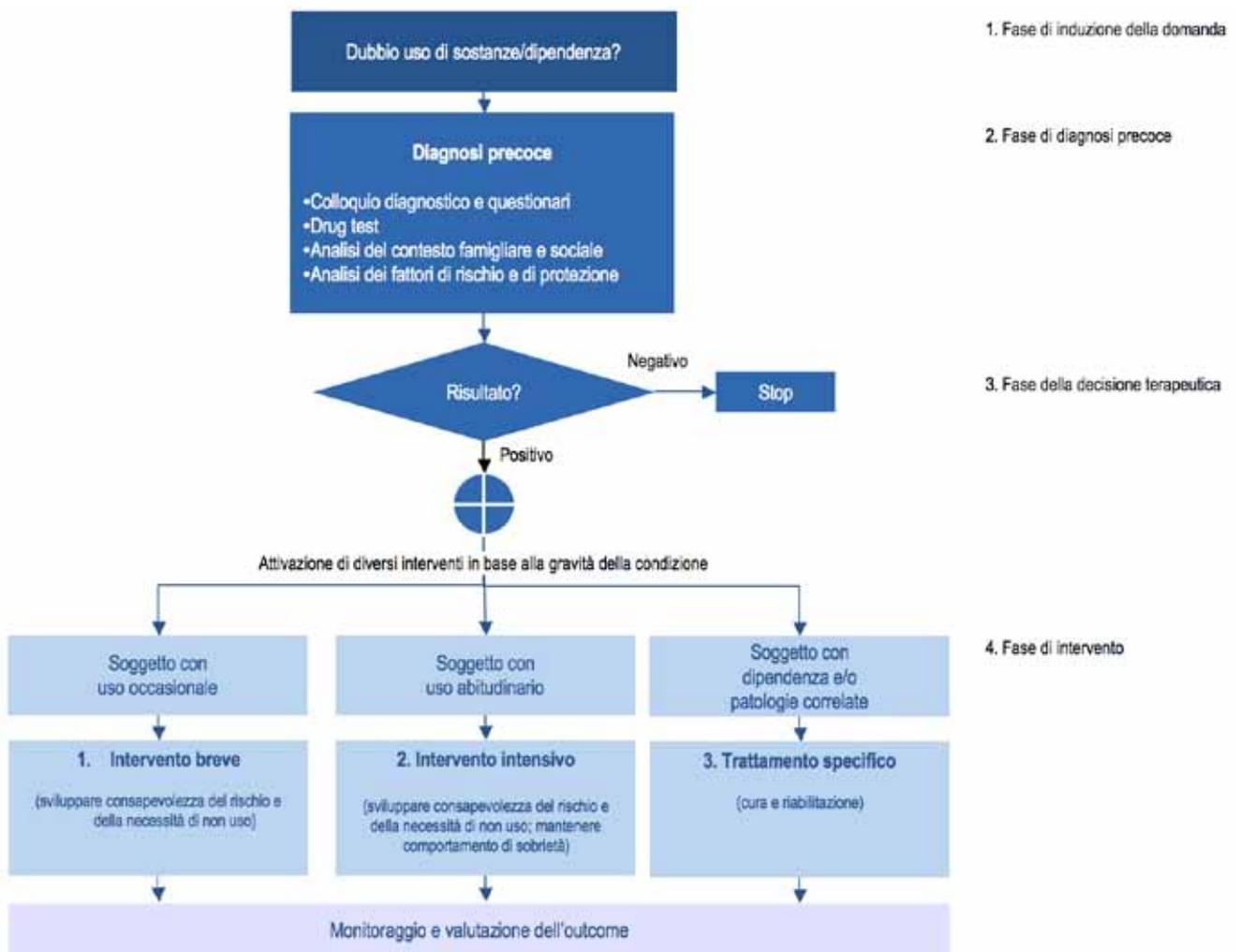


Un aspetto importante da sottolineare è che tutti questi interventi hanno bisogno di essere costantemente valutati e monitorati nel tempo su tre contemporanei aspetti:

1. Output prestazionale: soggetti contattati e sottoposti ad intervento, prestazioni erogate (numero e tipologia)
2. Outcome (efficacia in pratica): è necessario raccogliere dati per poter comprendere quante persone minorenni a rischio siano state individuate, per quante sia stato possibile intraprendere interventi, la reale efficacia in termini di ottenimento della sospensione dell'uso di sostanze, riduzione della possibilità di sviluppo di percorsi evolutivi verso la tossicodipendenza o acquisizione di patologie correlate, valutando contestualmente l'acquisizione di competenze educative genitoriali e la riduzione dei conflitti.

- Analisi dei costi: in particolare quelli sostenuti per realizzare gli interventi mettendoli in relazione sia con gli indicatori di output prestazionale (efficienza produttiva) che di outcome reale (performance).

Figura 7 - Framework generale.



2.2. Drug Test Professionale Preventivo (DTPP)

Perché il DTPP

Mentre in molte altre branche della medicina la diagnosi precoce è ormai accettata come uno standard di riferimento, nell'ambito dei disturbi correlati all'uso di sostanze questo è un tema che trova ancora diverse resistenze ed opposizioni sia tra i professionisti che tra la popolazione generale. Spesso mancano, infatti, programmi strutturati di diagnosi precoce orientati soprattutto ai consumatori nella loro prima fase dell'uso occasionale.

Cos'è il drug test professionale preventivo (DTPP)

L'esecuzione del drug test preventivo professionale in un contesto di *counseling* educativo è un servizio di diagnosi precoce che avviene su richiesta dei genitori, in modo riservato e volontario, con l'adesione volontaria dello stesso minore e, in linea teorica, al fine di mantenere una discreta probabilità predittiva, in maniera periodica e continuata, con esecuzione casuale e non prevedibile, durante l'età a rischio maggiore (12-17 anni), e con un supporto educativo fornito a tutta la famiglia.

Il vantaggio del DTPP

Il vantaggio di una diagnosi precoce risiede nella possibilità di offrire precocemente un supporto specifico a coloro che risultano positivi al test tentando di interrompere quindi l'evoluzione verso forme di dipendenza da sostanze e riducendo anche il rischio di acquisizione di patologie correlate. Il vantaggio risiede anche nell'offrire supporto alle famiglie che devono svolgere un adeguato ruolo e supporto educativo al processo di cura. Non avrebbe infatti alcun senso offrire la possibilità di individuare precocemente l'uso di sostanze se non si potesse poi offrire al ragazzo e alla sua famiglia i necessari e validi interventi terapeutici psicoeducativi e, quando necessari, farmacologici.

Si sottolinea che da un punto di vista della medicina anche preventiva, eseguire periodicamente dei drug test in ambiente professionale e con supporto di *counseling* educativo, equivale ad eseguire qualsiasi altro test di laboratorio teso ad identificare quanto più precocemente possibile l'insorgenza di comportamenti a rischio (uso occasionale di sostanze stupefacenti) o la presenza di malattie potenzialmente mortali o ad alto tasso di invalidità permanente (tossicodipendenza).

La difficoltà di molti tra coloro che rivestono ruoli educativi nel percepire la tossicodipendenza, come tutte le altre malattie con evidenti danni organici, induce a non considerarla nella sua totale gravità. Questo erroneo pregiudizio sulla scarsa severità di questa patologia porta a non affrontarla da subito con l'adeguata attenzione richiesta. Non si comprende perché per malattie a ben più ridotto grado di rischio sia di morte sia di invalidità, si adottino e si accettino testing periodici e questo non venga fatto valere per la tossicodipendenza. Come per qualunque altra malattia, infatti, una diagnosi precoce è indispensabile per il buon esito del trattamento e, in tale processo, il drug testing appare uno dei più validi supporti metodologici, a cui deve sempre seguire il sostegno educativo alla famiglia con lo scopo di mantenere un'efficacia preventiva nel tempo.

Obiettivi del DTPP

Il DTPP si pone quindi come obiettivo quello di rilevare precocemente, in un contesto di *counseling* educativo, l'eventuale uso di sostanze mediante la ricerca della presenza di sostanze d'abuso nei liquidi organici e la valutazione dell'esistenza di tossicodipendenza. L'operatore che esegue il DTPP è infatti addestrato a osservare e indagare anche la presenza di eventuali comportamenti a rischio o la presenza di uno stato di malattia, per la diagnosi della quale servono chiaramente anche altri accertamenti oltre al semplice drug test. Tutto questo al fine di poter interrompere la progressione dell'uso occasionale alla dipendenza.

Il counseling educativo motivazionale

L'esecuzione del drug test deve essere preceduto e seguito, come verrà spiegato nel dettaglio, da un *counseling* specifico in ambito educativo finalizzato sia a fornire informazioni e spiegazioni al nucleo familiare (minore compreso) sulle procedure e sul significato del testing, sia a valutare il modello educativo presente, i comportamenti del minore in relazione a questo e la gestione delle regole educative da parte dei genitori, supportandoli psicologicamente in eventuali azioni correttive.

Il drug testing assume valore solo se inserito in un contesto di *counseling* di questo tipo. Sarà fondamentale, quindi, oltre a focalizzare sul problema dell'uso di sostanze, procedere ad una valutazione delle relazioni familiari e delle abilità genitoriali oltre che al loro atteggiamento nei confronti delle

sostanze stupefacenti, psicoattive legali o illegali. Oltre a questo, il counseling educativo è finalizzato a supportare il monitoraggio del drug test nel tempo e a supportare i genitori a sviluppare e mantenere modelli educativi idonei nonché alla gestione dei conflitti.

2.3 Offerta attiva del testing e del counseling educativo motivazionale e piano di comunicazione

Al fine di rendere realmente disponibile il drug test e il counseling educativo motivazionale per le famiglie è necessario prevedere un'offerta attiva ed una pubblicizzazione permanente di questa opportunità. Questo aspetto risulta importante al fine di consentire un'alta accessibilità ed una facilitazione del primo contatto. Pertanto, l'unità operativa deputata all'offerta ed alla gestione del drug testing e del counseling educativo si dovrà dotare di uno specifico "piano di comunicazione". Tale piano deve prevedere la pubblicizzazione attiva dell'offerta in modo diffuso, chiaro e stimolante. Per fare questo, sarà utile prevedere specifici materiali informativi (Figura X), canali di diffusione opportuni e tempistiche adeguate per i vari ambienti e target.

Figura 8 - Prototipi di materiale informativo per la promozione del drug test per le famiglie.



La Tabella successiva riassume un esempio di piano di comunicazione indirizzato a genitori con figli minorenni.

Tabella 2 - Esempio di piano di comunicazione per le campagne di prevenzione precoce dell'uso di sostanze stupefacenti.

Ambiente	Modalità	Frequenza	Materiale utilizzabile
Scuola - Media inferiore - Media superiore	a. Avviso formale a dirigente scolastico, insegnanti, genitori	2 volte all'anno	1. Locandina 50x35 2. Flyer 3. Spazi pubblicitari 4. Biglietto da visita 5. Help line telefonica 6. Website
	b. Coinvolgimento dei C.I.C.	1 volta alla settimana	
	c. Incontro con genitori	2 volte all'anno	
	d. Consegna cartoline ai colloqui	3 volte all'anno	
	e. Posizionamento delle locandine	Permanente	
Ambulatori MMG e pediatri	a. Posizionamento delle locandine	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante 3. Biglietto da visita
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	
Distretti dei Servizi Sanitari	a. Posizionamento delle locandine e dei manifesti	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante 3. Manifesto 70x100 4. Biglietto da visita 5. Helpline telefonica 6. Website
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	
Poliambulatori	a. Posizionamento delle locandine e dei manifesti	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante 3. Manifesto 70x100 4. Biglietto da visita 5. Helpline telefonica 6. Website
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	
Consultori famigliari	a. Posizionamento delle locandine	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante 3. Biglietto da visita 4. Helpline telefonica 5. Website
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	
Dipartimenti di Neuropsichiatria infantile	a. Posizionamento delle locandine	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante 3. Biglietto da visita 4. Helpline telefonica 5. Website
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	
	c. Incontro con genitori	Su richiesta	
Farmacie	a. Posizionamento delle locandine	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante 3. Biglietto da visita
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	
Parrocchie	a. Posizionamento delle locandine	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	

Comune - Servizi sociali - Circoscrizioni - Centri diurni - Sportelli comunali - Biblioteche	a. Posizionamento delle locandine	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	3. Manifesto 70x100 4. Biglietto da visita
Dentisti	a. Posizionamento delle locandine	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	3. Biglietto da visita
Associazioni di volontariato e sviluppo sociale	a. Posizionamento delle locandine	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante 3. Biglietto da visita
Società sportive	a. Posizionamento delle locandine	Permanente	1. Locandina 50x35 2. Flyer da tavolo autoportante
	b. Posizionamento espositore flyer	Permanente	3. Biglietto da visita
Televisioni	a. Trasmissione di materiale televisivo (spot video, speciali, tg, ecc.)	1 passaggio al giorno per 20 giorni ogni 6 mesi	1. Spot 2. Video 3. Interviste
Radio	a. Trasmissione di materiale audio	1 passaggio al giorno/per 20 giorni ogni 6 mesi	1. Spot 2. Audio 3. Interviste
Quotidiani	a. Trasmissione di messaggi di comunicazione sociale (pubblicità progresso)	1 volta alla settimana per 3 mesi ogni 6 mesi	1. Immagini 2. Slogan

2.4 Le caratteristiche del drug testing con counseling educativo

Formazione dell'operatore

La prima volta che si esegue il test è indispensabile che ad eseguirlo sia un medico opportunamente e specificatamente preparato anche sul counseling educativo oltre che sugli aspetti puramente medici. Non dobbiamo infatti dimenticare che il drug test richiede che l'operatore sia competente in materia di tossicologia, di dipendenze, di tecniche motivazionali di counseling e di disturbi del comportamento. Per tale motivo sarebbe meglio che nel counseling motivazionale l'operatore fosse supportato da uno psicologo.

Setting

Il test va opportunamente gestito in un ambiente sanitario, evitando assolutamente l'accesso al test in modalità "fai da te" e presso gli ambienti scolastici. Il concetto su cui si basa tale intervento verte sull'idea che più precocemente viene rilevato l'uso di sostanze nell'adolescente, anche saltuario, maggiore è la probabilità di successo in termini di allontanamento del soggetto dal consumo di droga.

Adesione volontaria del minore

Il drug test preventivo professionale con counseling educativo dovrà essere effettuato ricercando attivamente da parte dell'operatore sanitario l'adesione volontaria e non coattiva del soggetto minore. In caso costui non si dimostrasse disponibile all'esecuzione del test, non è opportuno né indicato, da un punto di vista strettamente clinico, effettuarlo anche qualora i genitori (nell'esercizio della loro potestà, che andrà comunque rispettata) insistessero nel richiederlo. L'accettazione volontaria del test da parte del minore è pre-requisito fondamentale per instaurare una corretta relazione diagnostico-terapeutica e, in caso di resistenza, si raccomanda un approccio di counseling sia nei confronti del minore sia dei genitori o di chi esercita la potestà. Pertanto, tale approccio psicologico/educativo deve essere teso a comprendere le cause della resistenza, considerando che un rifiuto del test potrebbe far sospettare un problema di uso effettivo di sostanze, oppure anche un semplice atteggiamento oppositivo tipico dell'età adolescenziale.

Nello specifico, sarà compito dello psicologo accogliere ed elaborare insieme alla famiglia e al minore tutte le dinamiche relazionali scaturite dalla non accettazione dell'esecuzione del test. La complessità dell'ambito consenziale deve tener conto dapprima del sostegno ai genitori nella adeguata lettura di quelle che sono le abituali spinte evolutive che caratterizzano l'adolescenza.

E' propedeutico sgombrare il campo interpretativo ed emotivo da una erronea ma comune lettura ansiogena e focalizzare l'attenzione su quelle normali e complesse relazioni che spesso caratterizzano gli adolescenti e che, se male decodificate, rischiano di inquinare il ciclo di vita familiare pregiudicandone la relazione. E' bene ricordare come una parziale e inefficace decodifica comportamentale, da parte dei genitori, possa generare risposte educative ambivalenti spesso scarsamente supportanti nell'indispensabile processo di svincolo evolutivo dei figli. Contemporaneamente, l'attenzione andrà mantenuta vigile su tutti gli indicatori che possono essere correlati al presunto uso di sostanze e che hanno spinto la famiglia e il minore ad accedere all'ambulatorio per l'esecuzione del test.

L'accompagnamento al drug test, dovrà qui essere puntualmente costruito, preservando l'acerba domanda di aiuto, con l'ausilio di un continuo bilanciamento e valutazione di tutti gli aspetti razionali ed emotivi legati alla richiesta e conseguenti all'eventuale rifiuto da parte del minore.

Coinvolgimento di pediatri e MMG e servizi a domicilio

Al fine di agevolare il ricorso al drug testing preventivo professionale ed al counseling educativo motivazionale da parte di genitori che sospettassero l'uso di sostanze da parte del figlio, è auspicabile anche il coinvolgimento attivo dei Pediatri di libera scelta e dei Medici di Medicina Generale. Inoltre, è auspicabile che vengano organizzati, nell'ambito delle strutture sanitarie indicate, servizi domiciliari di testing che prevedano, tra l'altro, la disponibilità di personale sanitario specializzato a recarsi presso il domicilio di quelle famiglie che preferiscono effettuare il test tra le mura di casa propria. Chiaramente, una volta eseguita la prima diagnosi, l'intervento successivo andrà continuato in un setting più appropriato, quale quello ambulatoriale.

2.5 La richiesta di drug testing

La richiesta di drug testing può avvenire da parte dei genitori in diversi momenti della vita del minore e questa fa cambiare notevolmente la relazione tra genitori e minore nei suoi aspetti emotivi e razionali. In tal caso, per un corretto inquadramento e una futura gestione della situazione, è necessario affrontare e analizzare anche gli aspetti educativi/comportamentali di base, sia del minore sia dei genitori. I casi principali possono essere:

1. La richiesta avviene dai genitori quando il minore è molto giovane e non ancora realmente esposto al rischio (12-13 anni di età). In questo caso, l'introduzione e l'accettazione di un test periodico, con le spiegazioni e le motivazioni che è comunque necessario fornire, di solito, non è problematica e il minore accetta di buon grado di eseguire un test per "valutare il proprio stato di salute", introducendo così un atteggiamento ed un rituale accettato ed accettabile che potrà essere molto utile in età più avanzata (16-17 anni).
2. Il minore presenta un'età in cui il rischio di assunzione è reale (16-17 anni) ma non vi sono segni, sintomi o condizioni oggettive rilevate di possibile uso. In questo caso, andrà introdotta un'informazione motivazionale verso il ragazzo orientata alla prevenzione di condizioni patologiche ma anche a far capire al minore che, in questo modo, si otterrebbe una tranquillizzazione dei propri genitori ed un rinforzo dell'immagine positiva e della credibilità del figlio nei loro confronti (analisi dei vantaggi primari e secondari derivati da esecuzione del drug test).
3. Il minore presenta un'età al limite della maggiore età (17 anni) e/o con comportamenti suggestivi di assunzione di sostanze. In questo caso, la situazione è più problematica e l'esecuzione del test è orientata a "scoprire la verità" e cioè ad individuare l'eventuale o sospettata presenza di tale comportamento a rischio. Il minore va chiaramente informato dell'esistenza di tale sospetto sulla base delle evidenze riscontrate e della legittimità della preoccupazione dei propri genitori che non fanno altro che, coscientemente, esercitare il loro dovere, tentando di comprendere se il figlio stia correndo un rischio sanitario che lo espone tra l'altro anche a conseguenze legali e sociali non indifferenti. La spiegazione dovrà essere ampia e paziente, evitando al massimo i conflitti, la colpevolizzazione, le liti a scena aperta tra genitori che si rinfacciano i diversi modelli educativi, ecc. Spesso non è necessario arrivare all'esecuzione del test per capire l'esistenza di uso di sostanze perché il minore, in queste condizioni, rivela l'eventuale uso spontaneamente. In questo caso, sarà necessario valutare successivamente la gravità clinica di tale assunzione e l'eventuale esistenza di dipendenza.
4. La richiesta di test avviene per un ragazzo maggiorenne. In questo caso il drug test si può eseguire solo con il consenso dell'interessato. La discussione tra genitori e figli maggiorenni assume chiaramente delle valenze e delle modalità molto diverse rispetto alle situazioni precedenti. In questo caso, vale la pena di accentuare la responsabilità diretta verso i propri comportamenti e le conseguenze, senza dimenticare però che i genitori (con i quali il ragazzo maggiorenne comunque convive) sono portatori di diritti e di legittime preoccupazioni che è giusto tenere in considerazione e a cui è opportuno dare delle risposte.

Minore di 12-13 anni

**Minore senza
comportamenti
suggestivi d'uso**

**Minori con
comportamenti
suggestivi d'uso**

**Soggetto
maggiorenne**

In tutti i casi vi potranno essere delle varianti procedurali dipendenti dalle varie condizioni relazionali esistenti, dalle personalità dei genitori oltre che del ragazzo, dal modo più o meno solidale e trasparente con il quale la famiglia ha affrontato i precedenti problemi dei figli, dalla presenza o assenza di conflitti tra coniugi, dalla presenza di fratelli o sorelle e, non ultima, dalla presenza di una tossicodipendenza a volte consolidata da anni e non riconosciuta.

2.5.1 I canali di accesso al drug test

L'accesso ai servizi per l'esecuzione del drug test può avvenire:

Invio diretto e volontario

In forma diretta e volontaria.

I genitori e/o famigliari che sospettano l'uso di sostanze nei figli, indipendentemente dalla loro maggiore età, possono telefonare al Dipartimento delle Dipendenze per ricevere una consulenza telefonica da parte del personale (educatore o psicologo) e per concordare un appuntamento presso il centro con un operatore addetto all'accoglienza.

Su richiesta dei Servizi Sociali per minori

Su richiesta dei Servizi Sociali dei Comuni.

Il Servizio Sociale del Comune, area minori, si occupa di situazioni di disagio minorile. Spesso, nella gestione di specifiche situazioni, si incontra, o si sospetta, l'uso di sostanze da parte del minore. La definizione del Progetto Educativo Individuale (PEI), che può prevedere l'inserimento del giovane in Centri di aggregazione, Case famiglia, Centri diurni pubblici o convenzionati o altra struttura di accoglienza, potrebbe richiedere la valutazione tossicologica del minore. Tale valutazione dovrà essere effettuata in un ambiente adeguato del Dipartimento delle Dipendenze, che si propone come area di transizione fra realtà del territorio e servizi specialistici per le dipendenze nella quale realizzare la valutazione e un eventuale progetto di supporto e/o consulenza al progetto educativo e sociale.

Su invio dei pediatri e dei medici di base

Su invio dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina di base.

Il minore/giovane e la famiglia possono essere inviati al Dipartimento delle Dipendenze dai loro pediatri o medici di base che hanno osservato condizioni di possibile uso o rischio d'uso di sostanze stupefacenti. In questo caso potrà essere direttamente il medico a prendere contatto con il servizio per dare informazioni o chiedere consulenza su come comportarsi. Lo stesso medico può inviare la famiglia direttamente al centro.

Su richiesta dell'USSM tramite il Ser.D.

Su richiesta dell'Ufficio Servizio Sociale Minorenni.

I soggetti minori in carico all'Ufficio Servizio Sociale Minorenni (USSM) del Ministero della Giustizia a seguito di reati legati alle sostanze stupefacenti o a gravi disturbi del comportamento, possono essere inviati al Dipartimento delle Dipendenze per una valutazione finalizzata all'inserimento del soggetto in percorsi di riabilitazione educativa alternativa alla detenzione (istituto della messa alla prova). Infatti, frequentemente i problemi della condotta negli adolescenti e nei giovani possono essere associati al consumo di sostanze stupefacenti o al rischio che essi vi facciano ricorso. In questo caso, il Dipartimento delle Dipendenze, farà una valutazione del minore e, se opportuno, potrà eseguire una successiva valutazione e fornire un supporto al mantenimento del percorso di riabilitazione educativa che il minore deve scontare.

Altri servizi sanitari che valutano soggetti minori

Servizi sanitari che valutano o sono in contatto con soggetti minori e che, in seguito ad osservazioni di problematiche correlabili all'uso di sostanze stupefacenti, possono inviare il soggetto a valutazione e supporto presso il Dipartimento delle Dipendenze. Si tratta di casi giunti a valutazione in cui sia presente una condizione problematica sul piano comportamentale o relazionale con presente o sospettato ricorso all'assunzione di sostanze da parte del giovane o dell'adolescente, senza segni di grave dipendenza.

Su richiesta del Dipartimento di Neuro-psichiatri Infantile

Su invio del Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile.

Nel caso di ragazzi in carico ai servizi del Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile con problematiche comportamentali che rappresentino una condizione di rischio per l'uso di sostanze o per il quale siano presenti segni di possibile uso, si rende necessaria una valutazione tossicologica del minore che dovrà essere effettuata presso il Dipartimento delle Dipendenze. L'operatore della neuropsichiatria può contattare direttamente il dipartimento e concordare le modalità di invio del soggetto.

Su indicazione delle scuole.

In ambito scolastico, la scoperta o il sospetto dell'uso di sostanze da parte di studenti spesso avviene per confidenze raccolte dagli insegnanti, da compagni che segnalano la situazione o anche dai diretti interessati. Solitamente, studenti e insegnanti si rivolgono al consulente del Centro di Informazione e Consulenza (C.I.C.), presente all'interno degli istituti scolastici, che rappresenta il riferimento specifico per gli insegnanti, per il dirigente scolastico o per gli studenti stessi. A seconda dei casi, quando la situazione richiede un intervento mirato per la presenza di forte sospetto o per la certezza di un consumo di sostanze stupefacenti o alcol, è necessario, in prima istanza, attivare e coinvolgere il personale dei C.I.C. e quindi, con una procedura vincolata al segreto professionale, contattare i genitori dello studente minore e metterli al corrente del problema e della necessità di attivare opportuni accertamenti. E' opportuno che il contatto e le varie procedure diagnostiche vengano eseguite al di fuori dell'ambiente scolastico. I ritorni informativi alla scuola relativamente alla condizione riscontrata dovranno essere totalmente evitati o comunque, se giudicati utili e necessari per il paziente, gestiti e autorizzati dai genitori, evitando situazioni di possibili discriminazioni o etichettature negative dello studente derivanti da possibili "fughe di notizie". Il Dipartimento delle Dipendenze può rappresentare, pertanto, il punto di riferimento cui la scuola o il consulente C.I.C. può invitare i genitori a rivolgersi per ulteriori approfondimenti sulla condizione del minore e per l'eventuale definizione di un progetto di coinvolgimento della persona, della famiglia, in un percorso di valutazione e intervento specifico.

Su indicazione
delle scuole

2.6 Il counseling educativo motivazionale

Le tecniche di counseling che hanno trovato ormai ampia applicazione anche nell'ambito di diverse specialità mediche, dalle malattie infettive alla cardiologia, devono essere utilizzate in questo ambito. La famiglia che si presenta allo specialista chiedendo un drug test certamente vive un momento di difficoltà e in un certo senso "pende dalle labbra" del medico che può confermare il sospetto dell'uso o meno.

Il drug testing preventivo professionale, indicato per i minorenni 12-17enni, dovrà sempre essere associato ad un counseling educativo motivazionale pre e post test e, quindi, inserito in un programma strutturato di consulenza educativa e di controllo tossicologico.

Il counseling prevede una prima fase il cui obiettivo è "decodificare" la richiesta e creare la condizione per eseguire il DTPP. Nel counseling pre-test l'operatore dovrà decodificare la domanda che gli viene posta e comprendere i confini e i significati impliciti. E' una fase fondamentale perché si creano le basi dell'intervento. L'operatore dovrà in primo luogo verificare se i genitori hanno la potestà genitoriale conservata, se ci sono limitazioni o se c'è un tutore legale.

L'obiettivo principale del counseling pre-test è quello di analizzare e valutare il comportamento a rischio ma anche i vari contesti socio-ambientali e familiari e dove il minore vive e studia oltre a creare la condizione per eseguire il test. Queste condizioni sono l'acquisizione di tutte le informazioni necessarie per inquadrare l'eventuale risultato del test ma, contemporaneamente, per fornire una serie di informazioni al minore e ai genitori, necessarie ed utili per poter scegliere consapevolmente e volontariamente di sottoporsi al test e di preparare la corretta gestione del risultato e a tutte le componenti emotive e relazionali ad esso legate.

Al drug test, quindi, andrà necessariamente sempre associata un'offerta di supporto alla famiglia, prima dell'esecuzione del test, in caso di esito positivo del test e anche in caso di riscontro di eventuali altri problemi correlati. Tale riscontro, infatti, rappresenta sicuramente un evento critico per l'intera famiglia ed è quindi opportuno che il minore o l'adolescente e i suoi genitori possano pensare e percepire di trovare spazi di supporto in cui poter essere aiutati ad organizzare e gestire il "dopo test" in maniera costruttiva.

Il counseling
associato

Counseling
pre-test e analisi
della domanda

2.6.1 Colloquio motivazionale post-test con la persona minorenne

Finalità del counseling motivazionale

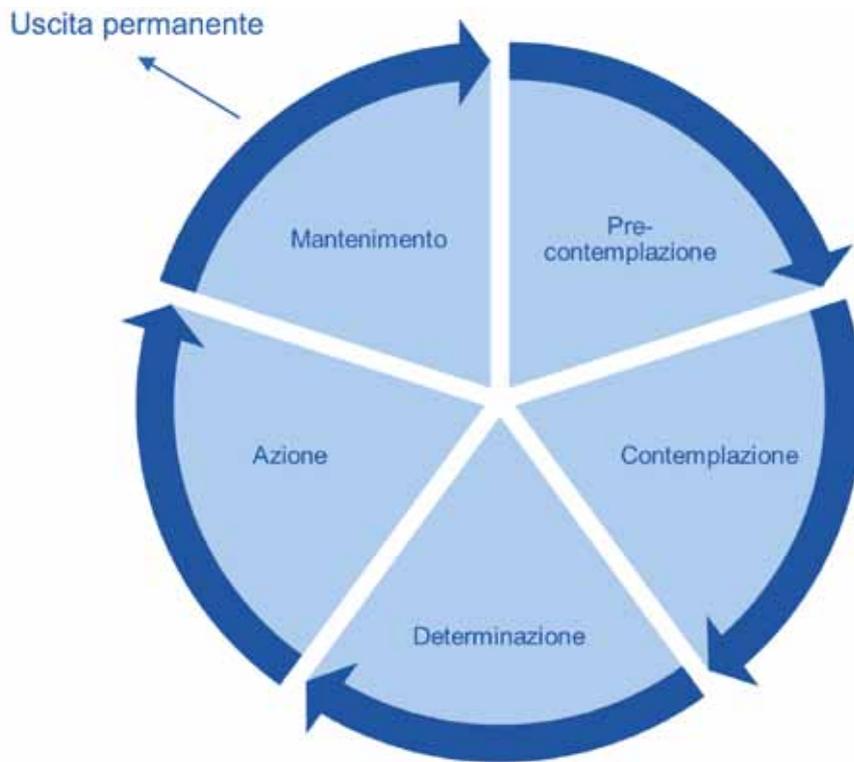
Il colloquio motivazionale, elaborato parallelamente negli Stati Uniti e nel Regno Unito negli anni '80, è uno stile di counseling, cioè un insieme di strategie, strumenti e principi guida per condurre professionalmente una relazione d'aiuto. Ha come finalità quella di favorire il superamento delle difficoltà di adattamento che la persona presenta o di affiancarla e sostenerla nella modificazione di un proprio stile di vita problematico e non salutare, che mette a repentaglio la sua salute fisica, il raggiungimento delle mete personali, la piena disponibilità delle energie psicologiche e il conseguimento delle personali priorità esistenziali. Viene descritto come un metodo di intervento centrato sulla persona, orientato ad accrescere le motivazioni personali al cambiamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza (Miller e Rollnick, 1991). Centrato sul cliente, il colloquio motivazionale punta a sviluppare un'interazione professionale che, con uno stile empatico e un atteggiamento non giudicante, ha lo scopo di raggiungere un'accurata comprensione della situazione presentata e di consentire alle persone di entrare in contatto con risorse personali e ambientali che possano migliorare la loro capacità di affrontare la situazione problematica. E' un intervento orientato perché ha un obiettivo determinato che indica la direzione del cambiamento: l'abbandono dei comportamenti a rischio o degli stili di vita disfunzionali.

Gli stadi del cambiamento

Il colloquio motivazionale costituisce l'elemento fondamentale dell'intervento breve e prende necessariamente in considerazione gli stadi del cambiamento (Prochaska et al. 1992, SAMHSA, 1999). La teoria degli stadi del cambiamento rappresenta un modello per comprendere e concettualizzare il cambiamento comportamentale. Esso rappresenta il punto di partenza per la definizione di interventi che siano conformi ai bisogni del singolo. Gli stadi del cambiamento sono i seguenti:

- *pre-contemplazione:*
i soggetti in questo stadio non si rendono conto del loro comportamento e non riconoscono alcun bisogno di attuare dei cambiamenti;
- *contemplazione:*
i soggetti cominciano a prendere in considerazione il cambiamento: da un lato il consumo di droghe li gratifica, dall'altro comincia a provocare una serie di conseguenze negative che mette in discussione il mantenimento del comportamento assuntivo;
- *determinazione:*
i soggetti hanno deciso di cambiare e scelgono di che tipo di aiuto hanno bisogno e di quali risorse;
- *azione:*
i soggetti hanno iniziato il cambiamento e si stanno impegnando nel processo di cessazione del comportamento assuntivo. In questa fase, è importante essere consapevoli che vi possono essere delle ricadute;
- *mantenimento:*
i soggetti sono riusciti nel cambiamento e lo mantengono nel tempo. Sono coloro che non hanno fatto uso di sostanze per almeno 5 anni.

Figura 9 - Ruota del cambiamento (Prochaska et al., 1992).



Riconoscere di avere bisogno di cambiare comportamento e comprendere come cambiare non avviene in maniera immediata (WHO 2003, SAMHSA 1999). Aiutare le persone a cambiare comportamento, soprattutto quando minorenni, significa rafforzare in loro la consapevolezza del bisogno di cambiamento e aiutarli a fare i primi passi. Il colloquio motivazionale rappresenta uno degli approcci principali per supportare i soggetti in questa fase e aiutarli a muoversi attraverso gli stadi del cambiamento (UNODC, 2008).

Il colloquio motivazionale si basa su 4 principi:

1. Esprimere empatia
2. Accrescere le discrepanze
3. Evitare le resistenze
4. Incoraggiare l'auto-stima e l'auto-efficacia

Principi del
colloquio
motivazionale

Esprimere empatia

E' importante che l'operatore sappia ascoltare il soggetto in maniera rispettosa, cercando di comprendere il punto di vista del paziente. Avere empatia e utilizzare un ascolto riflessivo sono gli elementi chiave per comunicare con il soggetto. Mantenendo un atteggiamento non giudicante ma presente, l'operatore costruisce un'alleanza terapeutica con il paziente e ne supporta l'auto-stima.

Accrescere le discrepanze

Il colloquio motivazionale dà all'operatore la possibilità di aiutare il paziente a vedere le discrepanze tra il suo uso di sostanze e i suoi obiettivi, senza che il paziente abbia la sensazione di sentirsi oppresso. Generalmente, questo approccio induce il paziente ad esprimere lui stesso le ragioni del cambiamento senza che a dirglielo sia l'operatore. Le persone, infatti, sono più persuase da ciò che loro stesse esprimono piuttosto che da ciò che si sentono dire. Quando il colloquio motivazionale è efficace, quindi, è il paziente stesso che dichiara la consapevolezza circa il proprio comportamento

e la sua intenzione di cambiare.

Evitare le resistenze

E' estremamente importante evitare la resistenza, o comunque gestirla in caso si manifesti. La resistenza è il segnale che il paziente vede la situazione in modo diverso dall'operatore. Ciò implica che l'operatore deve comprendere la prospettiva del paziente e partire da quella per procedere. La resistenza è un segnale che indica che è opportuno cambiare direzione del colloquio o ascoltare più attentamente. In questi casi, è possibile spostarsi su argomenti che offrano maggior spazio per l'empatia e incoraggino il paziente a parlare e a sentirsi coinvolto.

Incoraggiare l'auto-stima e l'auto-efficacia

Molte persone con problemi legati all'uso di droghe e/o alcol hanno spesso tentato di smettere tale uso in maniera autonoma. Molti possono sentirsi imbarazzati o provare vergogna del loro problema, soprattutto se questi tentativi sono risultati fallimentari. L'operatore ha il compito di ristabilire l'auto-stima e l'auto-efficacia nel paziente comunicandogli un incondizionato giudizio di apprezzamento che rafforzerà in lui la scelta del cambiamento.

Strategie del colloquio motivazionale

Il colloquio motivazionale si avvale di 5 specifiche strategie, usate insieme per incoraggiare il paziente a parlare, ad esplorare la sua ambivalenza rispetto all'uso di sostanze e a chiarire le ragioni per cessare l'uso:

- utilizzo di domande aperte (ad esempio, "Quali sono i tuoi pensieri rispetto all'idea di fissare una data per cessare l'uso?", "Raccontami dell'uso di droga che fai in un giorno");
- atteggiamento di affermazione, cioè l'utilizzo di dichiarazioni di apprezzamento e comprensione per il paziente. Ciò contribuirà a creare un'atmosfera più supportiva in cui il paziente farà crescere la sua fiducia nei confronti dell'operatore;
- ascolto riflessivo, cioè rispondere al paziente cercando di ripetere quello egli voleva dire, chiedendo i contenuti del messaggio. In questo modo, il paziente sarà incoraggiato a continuare a parlare. Questa strategia è utilizzata soprattutto per evidenziare le discrepanze del paziente nei confronti dell'uso di sostanze e per rinforzare le affermazioni che indicano che il paziente si sta muovendo verso il cambiamento;
- ottenimento di propositi di cambiamento, attraverso l'impiego di domande che stimolano il soggetto a pensieri positivi sul cambiamento. Gli argomenti che possono sollecitare questo atteggiamento possono essere gli svantaggi legati al rimanere nella vecchia condizione, i vantaggi del cambiamento, l'espressione di ottimismo riguardo al cambiamento e l'espressione dell'intenzione al cambiamento;
- riassunto che rinforza l'ascolto riflessivo. All'inizio, il paziente si ascolta fare delle affermazioni, quindi le sente ripetere dall'operatore e, infine, le riascolta nel riassunto. L'operatore decide cosa includere nel sommario enfatizzando alcuni aspetti e dando meno rilevanza ad altri a seconda dell'obiettivo che si è prefissato.

A seconda della gravità della condizione di rischio per la persona minorenni, è possibile utilizzare diversi elementi per il counseling (Group Health, 2011).

Minori con basso rischio: rinforzo del comportamento positivo

Con le persone minorenni che presentano un rischio basso o assente di uso di sostanze, l'operatore potrà approfondire con loro i rischi e le conseguenze legate all'uso (ad esempio incidenti, ridotto rendimento a scuola o nello sport, conflitti con amici e familiari, possibili gravidanze, patologie correlate, ecc.). In questo caso, l'operatore potrà rivolgersi al ragazzo commentando positivamente il risultato del test e introducendo il tema della pressione dei pari o chiedendo se il ragazzo ha dubbi o domande rispetto all'uso di sostanze.

Minori con alto rischio: informativa, approfondimento e monitoraggio

A coloro che mostrano un elevato rischio di uso di droghe e/o alcol, l'operatore fornirà informazioni sulle conseguenze negative dell'uso, chiederà al minore quali siano le sue opinioni in proposito e in quali modi l'uso di droghe e/o alcol risulti per lui negativo. Sarà importante comprendere se il pazien-

te è pronto per cambiare comportamento e, eventualmente, si potrà iniziare a definire con lui degli obiettivi rispetto alla cessazione dell'uso. In questa fase è anche opportuno far eseguire controlli per verificare eventuali altri comportamenti a rischio del soggetto o comorbidità.

Quando la condizione del minore ha gravità massima, come nel caso sia già stata sviluppata una dipendenza, è necessario rivolgersi immediatamente a centri di intervento specialistici.

Minori con grave rischio: intervento intensivo

2.7 La valutazione del nucleo familiare

L'operatore che esegue il test dovrà indagare anche il profilo della famiglia partendo dalla sua organizzazione in termini di numero di componenti e tipo di legame tra i membri, nonché il grado di coerenza tra loro.

Famiglia

Durante il colloquio e l'esecuzione del drug test, l'operatore deve raccogliere informazioni che siano in grado di far comprendere se il genitore rappresenti una "risorsa" o un "problema" per il ragazzo. Anche se è vero che nella maggior parte dei casi i genitori sono ambedue le cose, cioè in parte una risorsa e in parte un problema, l'operatore deve avere la capacità di produrre una valutazione che evidenzii, nei vari ambiti, un nucleo genitoriale collaborativo e le reali risorse attivabili e disponibili.

La valutazione viene eseguita su sette presumibili ambiti principali:

1. la persona minore e l'assunzione di sostanze
2. i genitori, i loro modelli comportamentali e l'atteggiamento nei confronti dell'uso di sostanze
3. le relazioni esistenti nel gruppo familiare
4. i partner
5. il gruppo dei pari
6. la scuola
7. l'ambiente sociale

Per quanto riguarda il minore, due sono gli ambiti principali da prendere in considerazione: per prima cosa, l'anamnesi tossicologica (età di inizio, tipo di sostanze usate, frequenza d'uso, modalità/rituali, grado di socializzazione dell'uso nel gruppo dei pari, implicazioni e inserimento nella rete/organizzazione criminale, presenza di pregresse overdose o altre patologie correlate, ecc.). Risulta importante in questa fase indagare il riferito del minore rispetto all'uso o meno di sostanze che verrà successivamente confrontato con il risultato del drug test al fine di individuare eventuali strategie di negazione (menzogne) che il soggetto può stare adottando rispetto al comportamento assuntivo. Secondariamente, è necessario valutare la presenza di fattori di vulnerabilità, sia individuali che socio ambientale e i fattori protettivi (Tabella 1). In questo modo è possibile ricostruire un profilo di rischio da poter utilizzare successivamente nella formazione delle diagnosi e delle implicazioni prognostiche, dopo aver eseguito gli accertamenti tossicologici.

Valutazione del minore

Per quanto riguarda i genitori, anche in questo caso è necessario approfondire alcuni aspetti di base come, per esempio, l'uso e l'atteggiamento nei confronti delle sostanze e quanto questo sia noto al figlio. Andranno poi indagate le principali caratteristiche psicologiche e psichiatriche dei genitori e le relazioni tra loro e nei confronti del figlio.

Valutazione dei genitori

La valutazione delle caratteristiche del nucleo genitoriale, quindi, è finalizzata soprattutto a cogliere alcune principali informazioni così elencate:

1. gli eventi e le condizioni che hanno portato a richiedere l'intervento degli operatori da parte dei genitori;
2. la presenza di comportamenti o atteggiamenti a rischio nei genitori nei confronti delle sostanze d'abuso;

3. la presenza di fattori di vulnerabilità nei genitori o le condizioni di salute mentale;
4. i modelli educativi e le regole comportamentali utilizzate nella famiglia nei confronti dei figli;
5. le reali risorse (relazionali, di autorevolezza, socio-ambientali, di relazioni sociali, economiche, ecc.), afferibili e utilizzabili dalla famiglia in relazione alla gestione del problema emerso nel figlio.

Valutazione dei fratelli/sorelle

In merito ai fratelli e/o sorelle, se presenti, andranno valutati anche per loro i fattori di vulnerabilità, quale sia il loro atteggiamento nei confronti dell'uso di sostanze e se tra loro sia già presente tale uso. Anche per loro dovrà essere preso in considerazione come vivono il modello educativo, come reagiscono alle regole della famiglia, quali comportamenti tengano nei confronti dei genitori e degli altri fratelli/sorelle e se vi siano atteggiamenti di complicità o di copertura nei confronti dei fratelli o delle sorelle che usano sostanze. Va chiaramente spiegato loro che un atteggiamento di omertà non è giustificato in quanto l'uso di sostanze mette in serio pericolo la vita del fratello/sorella e può compromettere fortemente il suo futuro. Va quindi marcato il fatto che è necessario collaborare tutti insieme affinché il problema venga risolto. Va spiegato molto bene che non si tratta di infliggere punizioni ma di una sana e corretta preoccupazione per la tutela fisica e mentale dei fratelli/sorelle.

Valutazione delle relazioni esistenti nel gruppo familiare

In particolare, andranno comprese le relazioni esistenti all'interno del gruppo familiare intese come relazioni tra genitori e minore, tra minore e fratelli/sorelle, tra i due genitori. Dovranno essere inoltre indagate le relazioni tra i membri della famiglia in relazione al problema emerso. E' importante focalizzare il grado di coerenza esistente tra i genitori rispetto alla condivisione della necessità di non usare sostanze, al grado di conflittualità e concordia esistente sul modello educativo, alla relazione interpersonale tra i coniugi stessi e, infine, a come essi percepiscono e valutano il rapporto con il figlio.

Valutazione del partner

E' opportuno comprendere se esiste un partner e quale ruolo e peso questo abbia per il minore nei confronti dell'uso di sostanze. E' necessario, infatti, comprendere se il partner rappresenti un rapporto vissuto in maniera superficiale, che poco condiziona il minore, o se si tratti invece di una relazione più forte, in cui il minore risulti completamente coinvolto e da cui risulta anche molto influenzato. E' importante, inoltre, capire se il partner stia già facendo uso di sostanze e se sia implicato in attività di traffico e spaccio di sostanze illegali, e se abbia contatti con organizzazioni criminali. In tal caso, soprattutto per il sesso femminile, è indispensabile capire se la relazione tra la minore e il suo partner possa essere basata anche su un'attività sessuale finalizzata all'approvvigionamento di droga. A seconda della natura del rapporto con il minore, quindi, bisognerà comprendere quali sono i fattori di rischio e i fattori protettivi relativi al partner e che possono influire sull'uso di sostanze da parte del minore.

Valutazione del gruppo dei pari

La valutazione comprenderà anche l'analisi del gruppo dei pari del minore attraverso una semplice ricostruzione delle sue caratteristiche raccontate dal minore stesso. In particolare, è necessario rilevare la percentuale stimata dal minore di quanti, tra gli amici del gruppo, sono già consumatori e quale tipo di rapporto questi abbiano con il minore (se sono semplici conoscenti o se sono amici stretti che possono influenzare il minore nelle sue scelte rispetto all'uso o non uso di sostanze). E' opportuno comprendere, inoltre, se tra i membri del gruppo dei pari vi siano soggetti che hanno relazioni con organizzazioni criminali che potrebbero coinvolgere, o che hanno già coinvolto, il minore mettendo a rischio anche la sua sicurezza.

Sarà inoltre opportuno individuare se il minore condivide le abitudini e i riti del gruppo e se si riconosce come appartenente ad un "clan vincente". Esiste infatti la tendenza spontanea alla "social conformity", ad un comportamento, cioè, "adattivo" rispetto al gruppo, ai suoi rituali, alle regole, ai significati simbolici, alla cultura del gruppo stesso. La "social conformity" risulta finalizzata ad una migliore accettazione ed integrazione da parte del gruppo sociale prevalente, considerato spesso "elitario" e coerente con le proprie aspettative di vita ed immagine della propria persona (Marino et al., 2007).

Valutazione della scuola

Sarà importante esaminare la relazione che il minore ha con la scuola recuperando informazioni rispetto al suo rendimento scolastico e al suo comportamento rispetto alle regole scolastiche e alle sue relazioni con professori e compagni, individuando la quantità di eventuali assenze non giustificate. La valutazione terrà conto dell'eventuale uso di sostanze che viene fatto da parte dai compagni di classe del minore, sia all'interno che all'esterno dell'istituto scolastico. Inoltre, sarà importante individuare l'esistenza di eventuali conflitti in ambito scolastico che possono riguardare sia i compagni ma anche gli insegnanti.

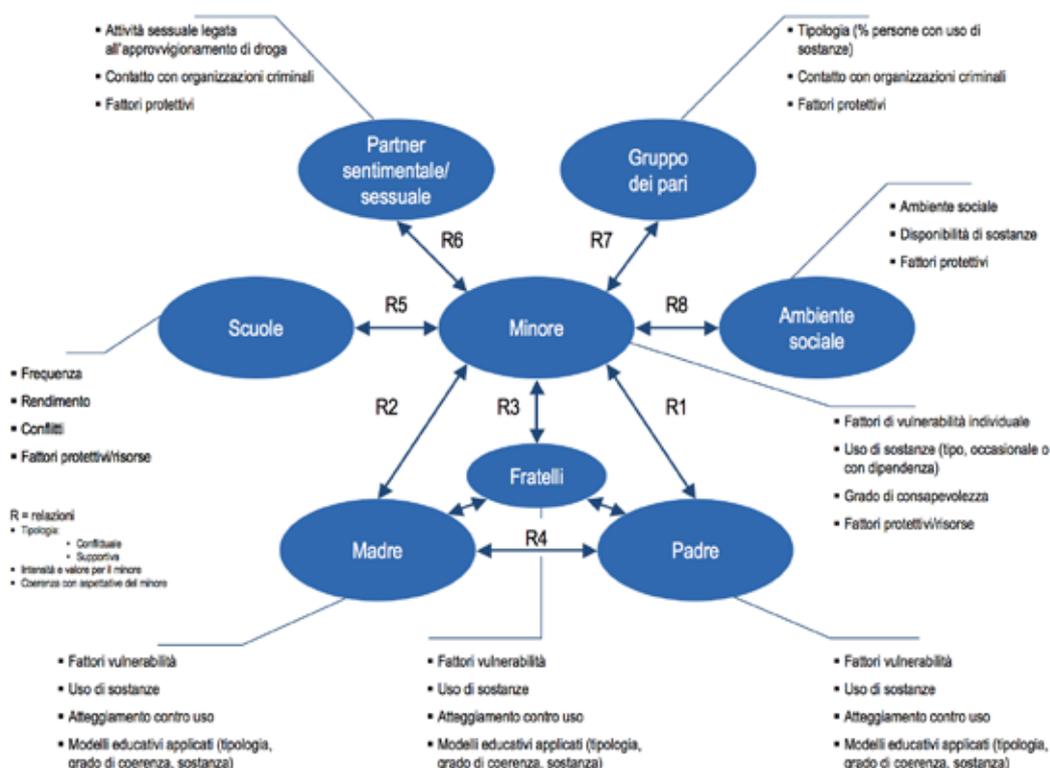
Come per le precedenti aree di valutazione, sarà necessario individuare l'esistenza di eventuali fattori protettivi e di risorse utilizzabili che possono prevenire l'uso di sostanze nel minore in ambito scolastico (professori disponibili, gruppo dei pari positivo, ecc.).

Infine, andranno valutati anche i fattori ambientali che possono influire sull'uso di sostanze da parte del minore quali:

1. la disponibilità e l'accessibilità di sostanze sul territorio frequentato dal minore;
2. la presenza di una rete di micro-spaccio;
3. la rilevanza di forme di contrasto del traffico e spaccio messe in atto sul territorio;
4. la densità di ambienti di intrattenimento incentivanti la disponibilità e l'uso di sostanze legali o illegali (alcol, tabacco, droghe);
5. l'esistenza di regole sociali anti-droga ben esplicitate e di messaggi promozionali contro l'uso di droga;
6. la presenza di una cultura prevalente che stigmatizzi il comportamento d'uso di sostanze.

Anche in questo caso, è indispensabile definire l'esistenza di fattori di protezione nell'ambiente sociale e di risorse utilizzabili in grado di controllare e limitare le condizioni di rischio d'uso di droghe.

Figura 10 - Principali aree di indagine: soggetti e relazioni.



La scuola come possibile osservatorio

Nella fase della valutazione della famiglia potranno essere prese in considerazione come fonte di informazione, sempre con il dovuto rispetto e mantenimento della privacy del paziente, figure educative provenienti dall'ambito della scuola (insegnanti) in grado di fornire elementi aggiuntivi per ricostruire il profilo della persona minorenne e, eventualmente, dei suoi genitori. L'ambiente scolastico, infatti, quando adeguatamente sensibilizzato, coinvolto e formato, può rappresentare un osservatorio molto utile e rilevante sui comportamenti e su eventuali disturbi espressi in classe dal minore.

2.8 Esecuzione del drug test

Il drug test andrà effettuato durante il primo incontro, dopo aver fatto la valutazione delle aree sopra riportate e aver eseguito il counseling pre-test con il minore ed il genitore.

Informazioni alla famiglia

Pertanto, andranno chiariti e discussi i seguenti punti:

1. Motivazioni per cui si propone l'esecuzione del test, cioè accertare se vi sia stato un recente uso di sostanze sulla base di un sospetto dei genitori e, in assenza di sospetto, come esame di controllo generale nell'ambito dello stato di salute.
2. Informazioni sul significato del risultato e sulla ricostruzione temporale dell'assunzione.
3. Necessità, da parte dei genitori, in caso di positività, di gestire il risultato con equilibrio e ragionevolezza, evitando azioni aggravanti nei confronti del minore o anche atteggiamenti di tolleranza all'uso o di auto-colpevolizzazione.
4. Ottenimento del consenso del minore per ragioni di opportunità relazionale e clinica. In caso di diniego, non obbligare il minore a sottoporsi a tale test ma discutere approfonditamente con lui, alla presenza dei genitori, le ragioni di tale opposizione. Se le ragioni non fossero convincenti, si potrà farlo rilevare e rimandare ad un incontro successivo il test, avendo cura di programmare un test su capello, oltre che su urina.
5. Necessità, in caso di positività, di approfondire gli accertamenti per valutare l'eventuale presenza di dipendenza, policonsumo e/o malattie infettive a volte correlate all'uso di droghe.
6. Richiesta esplicita al minore, prima del test, su quale crede potrebbe essere il risultato al fine di ridurre l'ansia anticipatoria e preparare i genitori al risultato. Andrà inoltre comunicato che la raccolta delle urine dovrà essere fatta a vista.
7. Comunicazione, in caso di modelli educativi e relazionali inadeguati, del fatto che oltre al risultato del test sarà necessario discutere e affrontare una rimodulazione delle regole base della convivenza familiare, dei comportamenti del minore e dei genitori.
8. Chiarimento con il minore circa il fatto che la richiesta dei genitori di eseguire il drug test è del tutto legittima e che ciò sta ad indicare un interessamento positivo dei genitori nei suoi confronti.
9. Comunicazione ai genitori ed al minore del fatto che il risultato, utilizzando il drug test rapido, sarà immediato, con possibilità di riconfermare il test successivamente mediante analisi del campione di urina in laboratorio.

Informazioni sulle sostanze

I genitori dovranno esser informati anche del fatto che esistono diverse tipologie di droghe. Le varie sostanze, infatti, possiedono diverse caratteristiche che possono risultare legate ai loro aspetti farmacologici, all'effetto gratificante evocabile e percepito dal soggetto in maniera più o meno forte, alla rispondenza ai bisogni funzionali del consumatore, alla possibilità di instaurare sindrome da astinenza più o meno manifesta, craving, tolleranza, ecc. Le sostanze, infatti, possono indurre dipendenza in diversi modi e possono dare effetti diversamente percepiti come gratificanti e/o funzionali dal soggetto in relazione ai suoi bisogni, alle sue aspettative e alle sue condizioni psichiche.

Offerta di droghe via Internet

E' necessario rendere noto ai genitori che attualmente il commercio di droga avviene anche via Internet, attraverso siti web che vendono farmaci senza prescrizione medica (benzodiazepine, oppiacei, barbiturici, ecc.), sostanze stupefacenti, smart drugs, club drugs, sostanze vegetali, sintetiche e

semisintetiche, funghi allucinogeni, strumenti e attrezzature per incrementare gli effetti dell'assunzione di queste sostanze nonché veri e propri manuali per coltivare piante dagli effetti psicoattivi ed allucinogeni. L'ampia disponibilità di questi prodotti e la facilità con cui possono essere acquistati, sia per la loro economicità sia per il completo anonimato che caratterizza le procedure di acquisto e di spedizione del prodotto, si accompagnano anche ad una sempre maggiore disponibilità di informazioni scambiate via web relativamente a numerose sostanze, alcune non ancora note o descritte in letteratura. La reclamizzazione può avvenire anche attraverso i cosiddetti spazi di espressione individuale su web che includono social forum, blog, chatroom, e social network (Myspace, Facebook, ecc.). Questi spazi risultano essere frequentati da un alto numero di giovani nella fascia di età tra i 13 e i 28 anni e purtroppo costituiscono un'area estremamente ricca di informazioni, soprattutto in merito alla comparsa di nuove sostanze disponibili per il consumo, a nuove modalità di consumo, a modalità per la preparazione delle sostanze stesse, ai luoghi per l'acquisto, ai prezzi di vendita, ai consigli per incrementare l'effetto delle sostanze consumate.

Molto spesso l'assunzione di sostanze stupefacenti passa inosservata da parte dei genitori sia perché i ragazzi hanno imparato molto bene a dissimulare e controllare le evidenze post-assunzione, sia perché queste evidenze mostrano segni e sintomi visibili prevalentemente durante la fase acuta dell'assunzione (evidenze di breve termine, post-assunzione) quando il consumatore non è osservabile dai genitori o dopo un medio-lungo periodo, quando insorgono disturbi soprattutto di ordine psichico, spesso confusi, all'inizio del loro insorgere, con comportamenti e atteggiamenti tipici dell'età evolutiva adolescenziale.

Esistono però una serie di segni indiretti che possono essere valutati e presi in considerazione e di cui gli operatori devono mettere a conoscenza i genitori per indirizzarli nel riconoscimento precoce del consumo da parte del figlio minore.

Infine, sarà opportuno informare i genitori della possibilità che il minore manifesti un'intossicazione acuta a seguito del consumo di sostanze stupefacenti, eventualmente anche esitante in un overdose. In tal caso, è importante comunicare ai genitori quali segni e sintomi possono indicare una condizione di overdose e quali azioni essi possono intraprendere per intervenire e ridurre il rischio che il minore perda la vita. E' da ricordare, infatti, che gli episodi di overdose sono generalmente collegati ad assunzione di sostanze per via iniettiva (anche se non esclusivamente). Pertanto, sarà utile consigliare i genitori di prestare attenzione ad eventuali segni di agopuntura sul corpo, alla tendenza alla sonnolenza nel figlio, ad un prurito insistente, a miosi (pupille "a spillo"), ecc.

A seguito del pre-counseling, si procede alla raccolta a vista delle urine in adeguato contenitore sterile. Successivamente, si preparerà un dispositivo di drug test rapido su un tavolo e si metteranno alcune gocce di urina all'interno dell'apposita fessura. Dopo alcuni minuti, che verranno utilizzati dall'operatore per spiegare ai presenti come funziona il test e come interpretare il risultato, si andrà a valutare e commentare con il minore il risultato che apparirà.

**Segni e sintomi
del'uso di sostanze**

**Cosa fare in caso di
overdose**

**Gestione operativa
del drug test**

2.9 Positività del risultato e intervento mirato

Ripetizione del test	In caso di positività, la prova andrà ripetuta immediatamente davanti al minore e ai suoi genitori con un nuovo dispositivo di drug test, per evitare contestazioni.
Esecuzione del test da parte dei genitori	Le operazioni di dosaggio del secondo test potrebbero essere fatte svolgere ai genitori in modo che possano sperimentare da subito come eseguire tali accertamenti nel caso si decida di adottare questo affidamento per un monitoraggio “domestico gestito”.
Reazioni dei genitori	La comunicazione dell’esito è immediata in quanto il test rapido viene eseguito alla presenza del minore e dei genitori. Le reazioni possono essere le più disparate: sorpresa e rabbia da parte dei genitori che si sentono traditi dal figlio, di rassegnazione ad una realtà negativa che avevano comunque intuito, e di fronte alla quale si sentono impotenti, atteggiamento consapevole e proattivo per risolvere il problema, di colpevolizzazione reciproca tra i genitori con scambio di accuse e responsabilità, di autorevolezza profonda che normalmente finisce con il porsi la domanda “dove è che ho sbagliato?” senza intravedere soluzioni, ecc.
Supporto alla famiglia	<p>In ogni caso sarà necessario ricondurre le varie reazioni ad un atteggiamento molto concreto di presa di coscienza di un problema esistente che ha bisogno di essere confermato con test di secondo livello e indagini chimiche, e che deve essere compreso nei suoi confini e affrontato con molta chiarezza da parte di tutti.</p> <p>Andranno perciò contenuti tutti i vari atteggiamenti aggiuntivi, auto e/o etero colpevolizzanti o giustificativi, iniziando un percorso di chiarimento e supporto alla famiglia, sempre che ne esistano le condizioni di fattibilità, al fine di attivare un programma di monitoraggio dell’uso di sostanze da parte del figlio e contestualmente di acquisizione di regole e modelli educativi che permettano di sostenere e controllare nel tempo le scelte di sobrietà del figlio. Il supporto alla famiglia potrà essere gestito congiuntamente dal medico e dallo psicologo.</p>
Criteri di programmazione	<p>La fase di monitoraggio risulta estremamente importante e delicata da gestire. Essa andrà programmata attivando scelte da verificare in base a 5 principali criteri:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Presenza o assenza di riscontri positivi per uso di sostanze2. Presenza o assenza di riscontri positivi di dipendenza3. Caratteristiche del minore (grado e tipo di vulnerabilità, profilo psico-comportamentale, rapporto con i genitori, ecc.)4. Caratteristiche dei genitori, delle relazioni esistenti e della capacità di gestione della situazione5. Ambiente di vita della famiglia e frequentazioni del minore
Strategie diversificate a seconda delle condizioni del minore e della famiglia	La combinazione di questi criteri fa sì che si possano scegliere strategie diversificate soprattutto di relazione alla reale sostenibilità e fattibilità da parte dei genitori di un intervento di medio-lungo termine che necessariamente dovrà prevedere se, da un lato, vi sia la presenza di uso di sostanze, di regole famigliari, di comportamenti adeguati del minore e, dall’altro, se vi sia un monitoraggio delle condizioni di non assunzione.
Interventi diversificati	Va chiaramente segnalato che non tutte le situazioni, le caratteristiche famigliari e del minore consentono di attivare e sostenere interventi efficaci. Esistono infatti condizioni, quali ad esempio la forte conflittualità tra coniugi, la presenza di gravi problemi psichici in essi, l’uso di sostanze da parte dei genitori o una forte compromissione delle condizioni del minore con relazioni famigliari molto alterate e perdita dei ruoli e della autorevolezza. In questi casi, sarà molto difficile attivare interventi di medio-lungo termine efficaci e ben gestiti e sarà necessario avere una chiara consapevolezza dei margini di scarsa operatività e di ridotta fattibilità in questi contesti. In questi casi purtroppo va preso atto dell’impossibilità e della non fattibilità dell’intervento che nella maggior parte delle volte esita in un abbandono spontaneo da parte del gruppo familiare. Dove possibile si dovrà comunque prevedere

la possibilità di dare supporto anche al singolo genitore disponibile a continuare un percorso o semplicemente richiedente un aiuto per fronteggiare la situazione al meglio, nonostante la non disponibilità del coniuge e del figlio. Se le condizioni, invece, presentano margini di fattibilità e risorse positive attivabili ed utilizzabili, la prima cosa da fare sarà quella di stilare un programma di breve-medio termine con il nucleo familiare, stabilire delle regole e soprattutto ruoli, incentivi (premi) e deterrenti (meglio definibili come rinforzi negativi) in relazione ai comportamenti che il minore esprimerà sia per quanto riguarda l'uso di sostanze ma anche relativamente alla correttezza dei rapporti con i familiari, allo svolgimento dei propri doveri scolastici e dei controlli tossicologici che verranno richiesti in maniera estemporanea in caso di sospetto d'uso. Sono quindi da prevedere e programmare fin da subito almeno tre incontri nelle successive tre settimane in modo da poter verificare l'andamento e la necessità di riconoscere ed eventualmente rimodulare l'intervento. Nelle prime tre settimane sarà utile fornire ai genitori anche una disponibilità telefonica per i momenti di crisi.

Dopo gli accertamenti anamnestici e tossicologici è possibile trovarsi di fronte varie tipologie/fenomenologie comportamentali e/o cliniche. Il minore potrebbe infatti presentare diverse condizioni che connoteranno un differenziato indice di gravità (severity index) e di probabilità evolutiva e quindi un profilo individuale diversificato da mettere in relazione con il profilo familiare e socio-ambientale di vita del minore.

Nella tabella sottostante viene rappresentato il modello logico semplificato che sarà possibile utilizzare al fine di valutare lo stato di gravità della situazione e quindi, orientare le decisioni e definire l'intervento mirato.

Severity index e profili individuali diversificati

Uso di sostanze	Vulnerabilità		Risorse (specificare ed elencare)			
	Individuale	Familiare-sociale-ambientale				
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Occasionale						
Con dipendenza e/o policonsumo						

E' chiaro che in base alla presenza contemporanea di più fattori di rischio e di condizioni svantaggiose, si avranno profili più problematici da gestire e prognosi peggiori. In particolare, se l'individuo presenta fattori di vulnerabilità, l'uso occasionale risulta estremamente preoccupante perché, di solito, evolutivo. Ancora più preoccupante se a questi elementi si aggiungono anche fattori di vulnerabilità della famiglia o derivanti dall'ambiente (gruppo dei pari, comunità locale, localizzazione urbana, ecc.). Un'ulteriore informazione che sarà in grado di orientare la valutazione prognostica sarà l'analisi incrociata con le variabili sopra elencate circa la presenza o assenza delle risorse utilizzabili. In questo caso andrebbero analizzate in dettaglio le risorse presentate e quelle eventualmente da implementare. Queste risorse costituiscono un punto di forza molto importante e pertanto andrebbero ben indagate ed identificate per poterle utilizzare e valorizzare al meglio durante l'intervento futuro. In tutte queste valutazioni è da evitare di sottovalutare l'uso occasionale di sostanze sia legali, come l'alcol (spesso assunto in modalità *binge drinking*), sia illegali (soprattutto la cannabis).

Per definire e fare seguire un intervento mirato adeguato sarà necessario un atteggiamento molto coerente e costante da parte dei genitori, atteggiamento che passa attraverso la condivisione e la "definizione" di una specie di "contratto" con il figlio minore che regolamenti molto concretamente i comportamenti relativamente ad alcuni principali aspetti:

1. Non usare alcun tipo di sostanza stupefacente o alcolica con possibilità di eseguire il drug test in ogni momento a giudizio dei genitori.
2. Mantenere un comportamento rispettoso nei confronti dei familiari ed un linguaggio appropria-

Il contratto

- to.
3. Tutte le uscite di casa nel tempo libero devono essere conosciute e pre-autorizzate dai genitori con reperibilità telefonica in ogni momento.
 4. La frequentazione di persone o di ambienti a rischio deve essere accuratamente evitata.
 5. L'utilizzo di Internet e altre tecnologie (playstation, wifii, ecc.) deve essere ad accesso regolamentato e non più libero.
 6. L'utilizzo di mezzi quali il motorino e il telefono cellulare deve essere regolamentata
 7. Fornire il proprio aiuto in casa per i lavori domestici
 8. Rispettare gli impegni scolastici e frequentare regolarmente la scuola
 9. Rientrare a casa nelle giornate festive (a seconda dell'età e della situazione) non dopo le 24,00 senza possibilità di uscita serale durante i giorni di scuola.
 10. Avere una trasparente gestione del denaro e delle eventuali spese che il minore affronta.

Accordo tra genitori

Una volta stipulato e accettato il contratto, i genitori devono agire per supportare e far mantenere l'adesione all'accordo da parte del figlio. Tale supporto prevede che i genitori stessi, in primis, facciano rispettare al figlio quanto concordato, conservando inalterate le indicazioni ricevute e pretendendo che quelle, e non altre, vengano mantenute. Eventuali modifiche all'accordo stabilito, infatti, andranno prima discusse e concordate con l'operatore.

L'operatore dovrebbe spiegare il significato del rinforzo e dell'ambivalenza educativa nel dettaglio. E' indispensabile, infatti, che entrambi i genitori siano allineati nelle strategie di supporto al figlio. Ciò significa che, di fronte ai vari accordi presi, entrambi i genitori dovranno mostrare lo stesso atteggiamento, ad esempio: fare rispettare gli stessi orari di rientro, non aggiungere di nascosto, e all'insaputa dell'altro genitore, soldi alla paghetta già definita, non consentire l'uso del motorino se l'altro genitore l'ha proibito, ecc.

Il grado di accordo tra genitori nei confronti del rispetto del contratto risulta estremamente importante per il giovane in quanto contribuirà a fargli comprendere che tutta la famiglia è compatta nell'affrontare il problema insieme a lui e che quella è davvero l'unica strada percorribile per risolverlo.

Resta fondamentale il fatto che tutto deve essere basato e centrato su una sana e permanente e chiara relazione di fiducia, rispetto e comprensione tra i membri della famiglia, con un atteggiamento di ascolto da parte dei genitori sempre presente ed accogliente ma, nello stesso tempo, molto fermo sul pretendere dal figlio/a onestà e coerenza dei comportamenti, nel rispetto delle regole fissate. I genitori non devono dimenticare che il ruolo di "controller" deve essere esercitato fermamente ma senza alterazione dei toni. Contemporaneamente, vanno ricercati il colloquio e la relazione con il figlio/a soprattutto attraverso l'attivazione di "azioni parlanti" e la presenza fisica dei genitori. Aumentare il tempo passato insieme, infatti, sia durante il lavoro che nel tempo libero, è sicuramente un'ottima azione, dove possibile e realizzabile.

L'importanza di regole condivise

Eventuali trasgressioni del contratto stipulato comporteranno una diminuzione delle libertà di movimento e dell'utilizzo dei presidi quali il telefono cellulare, il motorino, Internet, play station, ecc., nonché la limitazione alla partecipazione a feste e momenti di intrattenimento con i pari. Queste sono comunque semplici regole iniziali di base da concordare e fare rispettare per potere poi realizzare un percorso educativo ben più complesso che tenga conto delle relazioni tra i componenti del nucleo familiare e delle varie e complesse dinamiche in essa presenti, nonché delle caratteristiche individuali dei membri della famiglia.

Ovviamente però, se non si parte da un quadro semplice e chiaro di regole condivise, diventa molto difficile riuscire a costruire percorsi educativi in grado di essere protettivi nei confronti soprattutto di adolescenti vulnerabili.

Se la famiglia non è in grado di garantire queste minime condizioni di base o non risulta possibile instaurare una relazione costruttiva e aperta con il minore (in un contesto dove però ognuno svolge in maniera equilibrata il proprio ruolo, chi di educatore chi di educando), la condizione sarà certamente più critica e richiederà strategie diversificate e adattate alla situazione genitoriale.

Terapia per la famiglia

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

1. La prima è quella del giovane che viene stimolato a comunicare con i propri genitori, a sviluppare abilità di problem solving e di regolazione delle proprie emozioni (training di assertività), migliorando anche il proprio rendimento scolastico ed intraprendendo attività alternative all'uso di sostanze.
2. La seconda area su cui agisce la terapia riguarda i genitori ed è volta ad aumentare il coinvolgimento comportamentale ed emotivo con i propri figli e a migliorare le loro capacità genitoriali (parent training).
3. L'area dell'interazione riguarda la riduzione dei conflitti famigliari e il rafforzamento dell'attaccamento emotivo e delle capacità comunicative e di problem solving.
4. La terapia in ambito extrafamigliare, infine, promuove le abilità dei genitori e del giovane all'interno del più ampio sistema sociale cui il giovane stesso partecipa (es. scuola, attività ricreative, ecc.).

Vari studi (Copello et al., 2009; Liddle, 2002) hanno mostrato l'efficacia di questo tipo di terapia in termini di riduzione del consumo di sostanze nel soggetto e di mantenimento nel tempo di comportamenti drug free. Ciò mostra che le terapie che coinvolgono la famiglia e che si focalizzano sul cambiamento dell'ambiente famigliare e sulle pratiche genitoriali conducono ad un significativo miglioramento nei problemi droga-correlati nei giovani.

In ultimo, si sottolinea che va assolutamente evitata l'attribuzione dello "stigma" di tossicodipendente nei confronti di adolescenti che hanno sperimentato un contatto occasionale con le droghe al fine di evitare di favorire il verificarsi di una "profezia che si auto avvera". La frequente confusione esistente tra i non addetti ai lavori fra uso, abuso e dipendenza potrebbe infatti portare un genitore, in buona fede, a ritenere che il proprio figlio, se ha fumato uno spinello, sia un tossicodipendente. Questa convinzione, per quanto sbagliata, potrebbe però influenzare l'atteggiamento che il ragazzo adotterà successivamente, assumendo un comportamento coerente con l'immagine che i genitori hanno di lui, a prescindere dal fatto che tale immagine sia vera o no. Per contro, però, i genitori devono evitare atteggiamenti di tolleranza e sottovalutazione del problema perché, se è pur vero che "uno spinello non rende automaticamente tossicodipendente", è altrettanto vero che se il giovane consumatore fosse una persona vulnerabile, quello stesso spinello potrebbe essere lo stimolo iniziale per una sensibilizzazione cerebrale che attiva un percorso evolutivo verso la tossicodipendenza. E' quindi da evitare l'atteggiamento tollerante e/o normalizzante dell'uso di sostanze che spesso viene sostenuto e giustificato dal ragazzo minorenne con la frase "Lo fanno tutti", "Stai esagerando il problema", "Non c'è niente di male se ci divertiamo un po' nel fine settimana con qualche spinello", "Guarda! Sono perfettamente lucido!". La raccomandazione per i genitori è quella di non accettare tali giustificazioni ribadendo ed esplicitando chiaramente la loro posizione contro l'uso, anche occasionale, di sostanze stupefacenti da parte del figlio facendogli capire, oltre alle possibili conseguenze negative che spesso vengono sottovalutate, che non è vero che "così fan tutti" perché la maggioranza dei ragazzi coetanei non usa droghe e che, in realtà, chi ne fa uso è un "falso eroe" che espone se stesso e gli altri a rischi e danni non accettabili.

Evitare gli stigma sociali

E' bene ricordare che per eventuali situazioni particolarmente critiche che potrebbero causare o un grave rischio per il minore, aggravato da una contestuale incapacità di gestione della situazione da parte dei genitori, o condizioni di violenza sul minore da parte di terze persone, anche in relazione all'uso di droghe, vige l'obbligo di segnalare tempestivamente alle autorità competenti la condizione ed in particolare al Tribunale dei Minori e agli Uffici Comunali.

Segnalazione agli uffici competenti

Attivazione della rete dei servizi per il supporto e l'integrazione della presa in carico ove indicato

Nella fase di valutazione, nel corso dell'intervento o alla sua conclusione, possono evidenziarsi problematiche correlate o meno all'uso di sostanze che possono richiedere interventi specialistici diversi a tutela e cura del minore (gravi disturbi del comportamento, patologie psichiatriche, problematiche giudiziarie, drop out scolastico, ecc.).

In questi casi, il Dipartimento contatterà per un intervento specialistico le seguenti strutture:

- Dipartimento di Salute Mentale, in caso di patologia psichiatrica grave nei ragazzi maggiorenni;
- Dipartimento di Neuropsichiatria infantile, in caso di patologia psichiatrica grave nei ragazzi minorenni;
- Servizi Sociali Minori del Comune, per situazioni che interessano la tutela dei minori sul territorio
- Consulitori famigliari, per situazioni di disagio familiare;
- Organi giudiziari, nel caso vengano individuate situazioni di pregiudizio per il minore e/o che comportano l'obbligo di denuncia/segnalazione da parte del servizio sanitario.

Conclusione dell'intervento mirato

A conclusione del programma di intervento mirato devono essere sempre valutati i risultati in base agli obiettivi pre-definiti finalizzati alla soluzione dei problemi rilevati e agli indicatori individuati. E' necessario fare un bilancio e definire quali siano gli elementi risolti e quelli non ancora risolti. Inoltre, è opportuno valutare se il giovane e la sua famiglia necessitano di ulteriore tempo in programma di sostegno. Si definisce inoltre se il giovane e la famiglia possano continuare un percorso con indicazioni specifiche da svolgere autonomamente a casa. Il programma di intervento mirato può, in base all'esito, essere concluso o proseguito senza modifiche per un ulteriore periodo di tempo, o ridefinito.

2.10 Risultato negativo o dubbio

Sostanze non individuate dai test di screening

Per valutare l'esito del drug test, è necessario avere chiaro che esistono però anche sostanze stupefacenti che non vengono rilevate dai normali test di screening (test rapidi). Tali test, infatti, rilevano generalmente la presenza di oppiacei, THC, cocaina e metamfetamina. Di conseguenza, altre sostanze stupefacenti che possono essere state assunte dalla persona ma che non vengono ricercate nel test non vengono identificate. In particolare, sostanze quali l'LSD o altri allucinogeni non vengono scoperte. I cannabinoidi sintetici, molecole di sintesi recentemente inserite nella lista delle sostanze stupefacenti (D.P.R. 309/90 e s.m.i.), sono in grado di agire sui medesimi recettori sui cui agisce il THC, principio attivo della cannabis, ma non vengono identificati dai normali test di screening. La medesima osservazione vale per i catinoni sintetici, in grado di provocare effetti simili a quelli dell'amfetamina.

Alla luce di tutto ciò, è indispensabile che l'operatore esegua in maniera approfondita l'anamnesi, registrando l'eventuale uso dichiarato di sostanze non ricercate nei test. E' essenziale, inoltre, che venga eseguito anche un esame obiettivo del minore per individuare eventuali segni e sintomi clinici suggestivi di un uso non dichiarato di sostanze.

Disturbi psico-comportamentali

Pur avendo dal test un risultato negativo, è importante che l'operatore valuti la presenza di disturbi psico-comportamentali nel soggetto che potrebbero comunque costituire un fattore di rischio d'uso di sostanze. Atteggiamenti aggressivi precoci, difficoltà nelle relazioni interpersonali, difficoltà nel controllo degli impulsi, difficoltà a scuola, ecc. possono essere comunque elementi suggestivi di un problema che potrebbe esitare in un uso di sostanze stupefacenti. L'operatore, pertanto, potrà considerare la necessità di far intraprendere al minore ed alla sua famiglia un adeguato percorso affinché ciò non accada e perché vengano ridotti i fattori di rischio che potrebbero sottendere l'uso di droghe, andando a rafforzare, invece, i fattori di protezione.

Accertamenti di secondo livello

Se l'accertamento mediante test di screening dà esito positivo o dubbio e il minore nega di aver assunto sostanze, è necessario eseguire un test di conferma sulle stesse urine mediante accertamenti di secondo livello in gas massa o determinazione su capello.

2.11 Non ottenimento del consenso all'esecuzione del drug test da parte del minore

Se il ragazzo non acconsente ad eseguire il drug test, andrà assunto un atteggiamento molto rispettoso di questa scelta. L'operatore dovrà convincere prima di tutto i genitori che, nonostante la legge preveda la possibilità, da parte del genitore, di chiedere ed ottenere l'autorizzazione ad eseguire comunque il test, è opportunità clinica evitare le forzature e cominciare con il minore, piuttosto, una discussione ed un approfondimento sulle motivazioni del rifiuto. Tutto questo al fine di rendersi conto se si sia di fronte ad un atteggiamento oppositivo "per partito preso" o se invece si sia di fronte ad un tentativo di occultamento dell'assunzione di sostanze stupefacenti. Tale tentativo può avvenire, da parte del minore, adducendo ragioni di "mancanza di fiducia" o di "messa in discussione della propria credibilità e del rapporto con i genitori". E' ovvio che azioni di difesa di questo tipo potrebbero insorgere soprattutto in coloro che hanno usato sostanze e che non hanno alcuna intenzione di ammetterlo o di farsi scoprire.

Evitare le forzature e approfondire le ragioni del rifiuto

Lo sforzo principale dell'operatore dovrà essere diretto a gestire anche la reazione dei genitori in quanto molto spesso, in queste circostanze, si attiva una conflittualità giudicante che impedisce il proseguo delle discussioni. Questa conflittualità, che porta alla rottura del colloquio, è spesso ricercata dal ragazzo che nega la possibilità di eseguire il test. E' pertanto rilevante non entrare in simmetria con questo atteggiamento, mantenere una soglia di discussione molto bassa e tranquilla e far presente al ragazzo che in questo modo, cioè con il rifiuto al drug test, tutti potrebbero essere legittimati a pensare che lui usi sostanze e che quindi la cosa migliore da fare, nell'immediato futuro, è quella di affrontare il problema molto direttamente eseguendo il drug test. La discussione potrebbe non risolvere la situazione nell'immediato, e quindi sarà necessario predisporre un programma di incontri al fine di assicurarsi la continuazione del rapporto diagnostico-terapeutico.

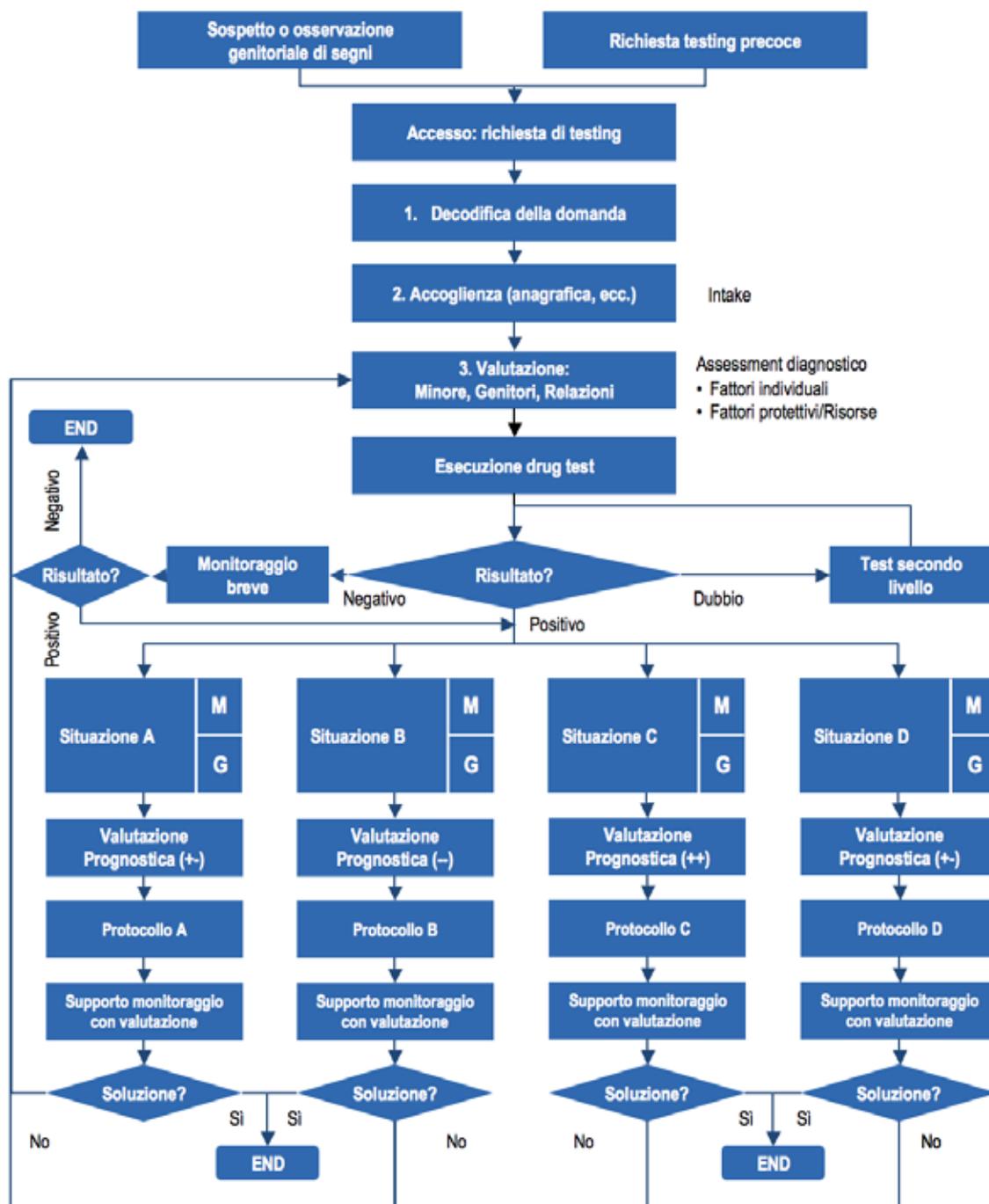
Gestire la reazione dei genitori

Nella maggior parte dei casi, il rifiuto si risolve spontaneamente ma, nel caso dovesse persistere, è possibile dare supporto ai genitori e, nel caso neppure questo potesse risolvere la situazione e persistesse un rischio per la salute e l'integrità psicofisica del ragazzo, ci si potrebbe rivolgere al Tribunale dei Minori, non tanto per fare eseguire il test ma per ottenere una disposizione, in base all'art. 25 del RDL 20/07/1934, ed attuare gli opportuni interventi. Nella nostra pratica clinica, ad oggi, dopo anni di interventi in questo ambito, non è mai stato rilevato un caso totalmente refrattario all'esecuzione del drug test.

In caso di rischio per la salute, rivolgersi al Tribunale dei Minori

Un'altra tecnica consigliata è quella, sempre con l'autorizzazione dei genitori, di continuare i colloqui con il ragazzo senza la presenza né del padre né della madre al fine di ridurre le tensioni, le provocazioni e gli atteggiamenti di aggressività che spesso compaiono in questi casi da ambo le parti e che non consentono di svolgere una discussione aperta e serena con il ragazzo su questi temi.

Se autorizzati, continuare i colloqui senza la presenza dei genitori



M = Minore G = Genitore

- Situazione A - Soggetto vulnerabile e non collaborativo con nucleo genitoriale adeguato (-+)
- Situazione B - Soggetto vulnerabile e non collaborativo con nucleo genitoriale non adeguato (--)
- Situazione C - Soggetto non vulnerabile e collaborativo con nucleo genitoriale adeguato (++)
- Situazione D - Soggetto non vulnerabile e collaborativo con nucleo genitoriale non adeguato (+-)

La valutazione prognostica va fatta tenendo conto di un'altra importante variabile che è l'ambiente inteso come ambiente sociale, scuola, gruppo dei pari, partner, altre figure significative per il minore, ecc.

2.12 Programmi di allerta genitoriale

Anche se non completamente definito, si ritiene che sia necessario introdurre (e valutare) un'ulteriore azione a completamento dell'intervento di early detection, che coinvolga direttamente i genitori. Il modello qui presentato, sicuramente perfezionabile, vuole proporre un intervento sperimentale che coinvolga la rete dei genitori che potrebbero essere interessati al problema. Come principio generale, è necessario attivare specifici programmi in grado di allertare precocemente i genitori i cui figli minorenni vengono trovati in condizioni o situazioni suggestive di "rischio di consumo di droga". Tra queste situazioni si possono indicare, ad esempio, l'essere coinvolti in incidenti stradali, l'essere in compagnia di soggetti fermati per detenzione di sostanze psicoattive o, semplicemente, l'essere indicati come partecipanti ai rituali di assunzione da altri coetanei o amici risultati positivi al test antidroga.

Allerta precoce e sensibilizzazione dei genitori

Rimane indubbio il fatto che informazioni di questo tipo devono essere sempre verificate con attenzione e vanno trattate con estrema cautela prima di procedere con qualsiasi tipo di azione. Pertanto, verificate le informazioni, l'allerta indirizzata ai genitori e la relativa responsabilizzazione di questi ultimi dovranno avvenire mediante avviso formale e riservato, con un approccio di counseling per la famiglia, connotato dal rispetto della privacy del minore e dei genitori. Il personale idoneo a svolgere tale intervento è quello sanitario (medico o psicologo) operante nei servizi pubblici, che dovrà essere formato a tale scopo, oltre a presentare specifiche attitudini a svolgere compiti così delicati e particolari.

Verifica delle informazioni

La finalità di questa azione deve essere preventiva e non repressiva, e va mantenuta, quindi, all'interno dell'area sanitaria e non dell'area legale. Inoltre, è opportuno che i genitori abbiano un unico interlocutore in modo da avere sempre chiaro a chi si possono rivolgere e in modo da creare stabili relazioni di fiducia che possono contribuire a gestire al meglio la situazione.

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

Va ricordato che la segnalazione ai genitori deve rispettare il principio di cautela in merito al fatto che è necessario costruire preventivamente un contesto di comunicazione che permetta di evitare reazioni sproporzionate e inidonee da parte dei genitori relativamente al problema. Andrà quindi eseguita una valutazione preliminare non tanto sul "se comunicare" al genitore il problema, bensì sul "come comunicarlo", al fine di rendere tale comunicazione effettivamente tutelante per l'integrità psicofisica e sociale del ragazzo in relazione ad un suo possibile uso di droghe o alcol. La questione è estremamente delicata e complessa. Pertanto, l'indicazione generale è quella di valutare caso per caso le varie situazioni famigliari, così da evitare una "caccia alle streghe" e, nel contempo, evitare la sottovalutazione di un rischio. Particolare attenzione dovrebbe essere prestata da parte degli insegnanti ai comportamenti degli studenti soprattutto durante le gite scolastiche, dove l'abuso di alcol o l'uso di sostanze psicoattive possono essere frequenti.

Principio di cautela

Nel caso in cui i fatti riguardino famiglie o genitori problematici che potrebbero avere una reazione negativa e non efficace dal punto di vista educativo nei confronti del figlio, gli operatori addetti al drug test dovranno prendere in considerazione la possibilità di operare tali segnalazioni con il supporto e la mediazione professionale di altri esperti dei Consulenti famigliari. Nel caso estremo in cui i genitori del minore fossero individuati come fonte di rischio reale per la sua integrità psico-fisica, sarà necessario valutare l'opportunità di segnalare tali condizioni all'autorità giudiziaria competente per la tutela dei minori. In ogni caso, sono da evitare e da biasimare comportamenti ed atteggiamenti degli operatori che evitino o ritardino in modo ingiustificato la presa in carico del problema.

Famiglie problematiche

2.13 Early detection del consumo di alcol nei giovani: possibili strumenti¹

Consumo di alcol nella popolazione studentesca

Secondo la Relazione Annuale al Parlamento 2011, il 77,7% della popolazione studentesca ha consumato bevande alcoliche nell'ultimo anno e il consumo recente di alcol negli ultimi 30 giorni è stato riferito dal 62,7% degli studenti intervistati. Relativamente all'età, i consumatori aumentano costantemente passando dal 61,7% dei 15enni all'86,5% dei 19enni. Il 46,1% della popolazione studentesca riferisce inoltre di essersi ubriacato almeno una volta nella vita, mentre il 16,6% lo ha fatto nel corso degli ultimi 30 giorni. Le intossicazioni alcoliche risultano direttamente correlate all'età dei soggetti: ad eccezione dei 15enni, per i quali si osserva la stessa prevalenza sia per i maschi che per le femmine (18,3%), nella fascia di età 16-19 anni, i valori aumentano progressivamente e sono nettamente superiori nei maschi. In entrambi i generi prevale l'intossicazione alcolica occasionale, circoscritta a 1-5 volte nel corso dell'anno (femmine=85,6%; maschi=78,7%). Il 6% dei maschi, contro il 2% delle femmine, riferisce di essersi ubriacato più assiduamente, 20 o più volte nell'ultimo anno.

Strumento per l'identificazione precoce dell'uso problematico di alcol: AUDIT

A fronte di un fenomeno così significativo e diffuso tra i giovani, si ritiene opportuno attivare forme di early detection per rilevare precocemente non solo l'uso di droghe ma anche il consumo problematico di alcol o la dipendenza. A tal proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato e diffuso uno strumento finalizzato ad identificare precocemente le persone con abitudini di consumo pericolose e dannose per la propria salute: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)(WHO, 2011).

AUDIT è stato sviluppato dall'OMS come semplice metodo di screening del consumo alcolico. Si tratta di un questionario che può supportare l'operatore nell'identificare un comportamento problematico e che fornisce la cornice entro cui intervenire per aiutare coloro che sono a rischio di sviluppare alcol dipendenza, a ridurre o cessare definitivamente il consumo di alcol e, di conseguenza, ad evitare le negative conseguenze fisiche e sociali ad esso correlate.

AUDIT può essere utilizzato principalmente negli ambulatori medici ma anche in altri contesti quali: ospedali, pronto soccorsi, dipartimenti di psichiatria, dipartimenti delle dipendenze, carcere, ambienti di lavoro, medici di base, ecc.

Condizioni per la somministrazione

AUDIT può essere impiegato in diversi modi ma deve essere sempre contestualizzato in un programma in cui si tengano fortemente in considerazione le circostanze in cui viene utilizzato e le reali capacità del soggetto. In generale, AUDIT può essere somministrato a tutte le persone. Infatti, se l'operatore sanitario facesse uno screening solamente di coloro che considera a rischio di consumo problematico di alcol, la maggior parte di coloro con problemi legati all'uso di alcol andrebbe persa. Tuttavia, nel fare l'intervista, il soggetto non dovrà essere in condizioni di alterazione psico-fisica che potrebbero alterare la sua capacità di risposta e la sua veridicità.

Modalità e tempo di somministrazione

AUDIT può essere auto o etero somministrato. Ogni metodo ha i propri vantaggi e svantaggi che devono essere considerati alla luce dei limiti di tempo e delle risorse economiche disponibili. Qualunque sia la modalità adottata, essa dovrà essere funzionale alla definizione di un programma di screening globale.

Generalmente, la compilazione del questionario richiede dai 2 ai 4 minuti e ne viene calcolato il punteggio in poco tempo. Tuttavia, per alcuni soggetti non è necessario somministrare l'intero questionario poiché essi non assumono alcol frequentemente o perché sono astemi. In questi casi, sarà possibile saltare molte delle domande del questionario.

Punteggi e trattamenti

Ad ogni domanda corrisponde un set di risposte tra cui scegliere. Ogni risposta ha un punteggio che va da 0 a 4. Punteggi superiori a 8 possono essere indicatori di consumo alcolico pericoloso o alcol dipendenza. Maggiore il punteggio ottenuto, maggiore il rischio di dipendenza, maggiori i problemi sanitari e sociali che egli può avere e quindi maggiore il bisogno di trattamento. Sulla base dell'espe-

¹ Con il contributo del Dott. Emanuele Scafato, Istituto Superiore di Sanità.

rienza acquisita e di ricerche che hanno incrociato i punteggi AUDIT con dati di tipo diagnostico, in corrispondenza del punteggio ottenuto, è possibile intervenire sulla persona come di seguito indicato:

- Punteggio da 0 a 8: risultato negativo. Il risultato, pur essendo negativo, non esclude che ugualmente andrebbe fornito al giovane e ai familiari materiale informativo sull'uso di alcol e un counseling sui rischi di un eventuale aumento del consumo alcolico.
- Punteggio da 8 a 14: il soggetto ha un consumo a rischio oppure ha o ha avuto problemi alcol-correlati (infortuni o forti bevute occasionali) ma, probabilmente, non si tratta di un soggetto fisicamente alcol-dipendente. Un punteggio da 8 a 14 va affrontato come consumo problematico e potenziale alcolodipendenza. Si procede con un'accurata anamnesi alcolologica sia del giovane sia dei familiari. Dopodiché, si propone un programma di monitoraggio di almeno sei/sette mesi. Tale programma consiste in un counseling rispetto a regole di comportamento (rientro serale, possibilità di controllo con apparecchi che misurano l'alcolemia), consolidamento della relazione e dialogo con i genitori. Importante fornire materiale informativo e invitare i componenti della famiglia a leggere e commentare le informazioni scientifiche acquisite. Ogni mese si effettuano colloqui di verifica nei quali si valuta l'andamento del programma.
- Punteggio ≥ 16 , il soggetto ha problemi alcol-correlati e/o si tratta di un soggetto alcol-dipendente. Un punteggio oltre il 16 segnala un alto rischio di alcolodipendenza e quindi si rende necessaria una valutazione alcolologica. Il protocollo prevede: un'accurata anamnesi alcolologica sia del giovane sia dei familiari, accertamenti clinici che consistono in esami ematochimici (emocromo, funzionalità epatica), la valutazione della Tranferrina Desialata, valore che determina un consumo quotidiano di alcol negli ultimi quarantacinque giorni pari a 50-70 gr alcol/die (4/6 birre medie al di), eventuali accertamenti diagnostico-strumentali (EEG, ECG, TAC encefalo o RMN encefalo). Viene proposta una serie di colloqui motivazionali per favorire un eventuale percorso psicologico, oltre ad un monitoraggio clinico. Se la dipendenza è grave, si può proporre un percorso in Comunità Terapeutica.

Tale suddivisione, tuttavia, sarà vincolata al giudizio clinico che prenderà in considerazione la condizione sanitaria del soggetto, l'eventuale storia di consumo problematico di alcol in famiglia e l'onestà percepita nel rispondere alle domande.

2.13.1 Early detection di abuso alcolico - parametri di laboratorio

Nell'ambito della diagnosi di abuso alcolico sono disponibili, oltre a test quale l'AUDIT, anche parametri di laboratorio, i cosiddetti marker e biomarker di uso/abuso, determinabili nel sangue, nel respiro e nelle urine. In questo contesto è preliminarmente necessario distinguere tra la diagnosi di intossicazione acuta (il soggetto si trova in quel momento sotto l'effetto dell'alcol) o comunque di consumo recente, e quella di abuso cronico o comunque ripetuto nel tempo.

Nel primo caso la diagnosi si basa sulla dimostrazione della presenza di alcol nel sangue (alcolemia), o alternativamente nel respiro. Infatti, una piccola quota (1-2%) dell'alcol ingerito viene escreta con il respiro e come tale è misurabile mediante strumenti portatili, ora facilmente acquistabili a costo relativamente contenuto, i cosiddetti "breath analyzer". Tali strumenti misurano la concentrazione di alcol nel respiro fornendo automaticamente e in maniera affidabile la corrispondente concentrazione nel sangue in quel momento.

L'alcol, una volta assunto, è rapidamente assorbito nel torrente circolatorio, ma quasi altrettanto rapidamente eliminato, per cui dopo alcune ore dall'ingestione non è più determinabile né nel sangue né nel respiro. Su questa base, al fine di verificare un'eventuale assunzione recente, è possibile ricercare l'alcol etilico nelle urine (alcoluria). Questo tipo di analisi, non essendo ancora disponibili kit come per le droghe d'abuso, deve essere eseguita in laboratorio. Tuttavia, se il campione viene conservato adeguatamente (in frigorifero a 4°C se l'analisi viene eseguita entro qualche giorno, oppure in freezer a -20°C se il tempo tra la raccolta e l'analisi è prevedibilmente più lungo), può essere fatta anche a distanza di tempo dalla raccolta.

**Diagnosi di
intossicazione
acuta: "breath
analyzer"
e alcolemia**

Diagnosi di abuso cronico

Nel caso alternativo in cui si renda necessario porre diagnosi di abuso cronico o comunque ripetuto di alcol si può fare ricorso ai *biomarker* d'abuso. Si tratta di molecole, identificabili nel sangue e/o nelle urine, la cui presenza o aumento appaiono come indice di abuso alcolico. Attualmente sono disponibili diversi *biomarker*, l'analisi di alcuni dei quali viene eseguita non solo nei laboratori analisi ospedalieri, ma anche in quelli privati, risultando dunque facilmente accessibile.

Tra questi si devono certamente ricordare gli indici di funzionalità epatica che comprendono gli enzimi epatici, alanina amino transferasi (ALT) e aspartato amino transferasi (AST) e la gamma-glutamilttransferasi (GGT). L'aumento della concentrazione sierica di tali parametri indica un'alterazione della funzionalità epatica che, in assenza di altre patologie, potrebbe dipendere da un eccessivo consumo di alcol. Un altro *biomarker* utilizzabile è il volume corpuscolare medio (MCV), ossia il volume medio dei globuli rossi che aumenta dopo 4-8 settimane di ripetuto ed importante abuso alcolico sia per azione tossica diretta dell'alcol e del suo principale metabolita, acetaldeide, sulla membrana dei globuli rossi che per interferenza dell'alcol sull'assorbimento intestinale di folati e vitamina B12. Sia gli enzimi epatici, AST e ALT, che la GGT e l'MCV sono parametri che vengono determinati routinariamente nell'ambito degli esami ematochimici che potremmo definire di base, rappresentando dunque sicuramente un facile e rapido strumento nel caso di sospetto di abuso alcolico. Tuttavia, essi presentano alcuni limiti, tra cui, di rilievo, una non elevata specificità diagnostica nel senso che la loro alterazione potrebbe dipendere dalla presenza di patologie endogene non alcol correlate.

Carbohydrate Deficient Transferrin

Negli ultimi anni è divenuto disponibile una nuovo marcatore determinabile nel sangue chiamato *Carbohydrate Deficient Transferrin* (CDT). La CDT, la cui concentrazione nel sangue aumenta a seguito dell'assunzione ripetuta di eccessive quantità di alcol per 10-15 giorni, a differenza dei parametri precedentemente descritti, è altamente specifica, dipendendo il suo aumento solo dall'abuso alcolico. Pur non essendo questo parametro tra quelli compresi negli esami ematochimici di routine, la sua determinazione, su richiesta specifica, è ora possibile in molti laboratori sia ospedalieri che privati.

Un ultimo aspetto da sottolineare è rappresentato dal fatto che mentre nella caso di intossicazione alcolica acuta o comunque di consumo recente di alcol, il rilievo nel sangue/respiro o urine di alcol è di per sé sufficiente a porre diagnosi, nell'ambito dell'abuso cronico, l'approccio diagnostico è certamente più complesso dovendosi i dati clinici e anamnestici integrare con i parametri di laboratorio sopra menzionati.

2.14 La strategia statunitense: Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT)

Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) (NIDA, 2010) è l'approccio *evidence-based* statunitense utilizzato per prevenire, identificare precocemente e cessare l'uso e la dipendenza da sostanze stupefacenti. L'obiettivo di SBIRT è quello di eseguire presso strutture sanitarie di *primary care*, quali pronto soccorsi, cliniche, centri traumatologici ma anche ambulatori di medicina generale, uno screening dei pazienti per comprendere chi tra costoro possa essere a rischio d'uso di sostanze e quindi intitolato a ricevere, se necessario, un intervento breve, un trattamento breve o ad essere inviato presso centri di trattamento specialistico. L'approccio si articola in diversi *step* finalizzati ad informare i pazienti e a dare loro assistenza, personalizzando le proposte di intervento o trattamento a seconda dei suoi bisogni individuati nella fase di screening.

Le persone che vengono sottoposte al tradizionale trattamento per l'uso di sostanze stupefacenti si trovano generalmente in una condizione già affermata di dipendenza o di uso di sostanze. Il modello SBIRT si propone di rivolgersi ai soggetti a rischio prima che essi sviluppino la malattia della dipendenza, o un uso continuato di sostanze, concentrandosi su un'attività di supporto agli individui verso la comprensione dei rischi del consumo di sostanze e a terminarne l'uso.

Gli elementi che caratterizzano il modello SBIRT sono:

- la fase di *screening*, con la quale, attraverso l'utilizzo di questionari standardizzati, si identifica e si inquadra in modo essenziale il consumo,
- la fase di intervento o trattamento, definita e attivata sulla base dello *score* di inquadramento della gravità ottenuto dallo strumento di *screening*.

Una strategia per prevenire, identificare ed eliminare l'uso e la dipendenza da sostanze stupefacenti

Screening

Rappresenta il primo *step* del modello SBIRT. Lo screening costituisce un metodo semplice, ma standardizzato e validato, per identificare e contemporaneamente rendere consapevoli i pazienti che stanno facendo uso di sostanze e individuare quali di essi abbiano già sviluppato una dipendenza e stiano sperimentando problemi sanitari e sociali legati alla patologia.

Lo screening di primo livello è generalmente costituito dalla somministrazione di questionari standard che forniscono specifiche informazioni sulla presenza di uso di sostanze da parte del paziente: questo rappresenta il primo momento per sensibilizzare ed educare il paziente al non uso, per informarlo e renderlo più consapevole delle conseguenze che l'uso di sostanze comporta nella sua vita, e per dargli la possibilità di cambiare il suo comportamento per prevenire l'instaurarsi di una dipendenza e/o l'acquisizione di patologie correlate. Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità lo screening rappresenta già un elemento di intervento in quanto il soggetto, rispondendo alle domande, acquisisce e interiorizza la consapevolezza del consumo che dichiara.

Screening

Lo strumento di screening attualmente più utilizzato è il DAST-10 (*Drug Abuse Screening Test*), questionario a 10 *item* che raccoglie informazioni relativamente alla presenza, negli ultimi 12 mesi, di situazioni di compromissione conseguenti all'uso di sostanze stupefacenti. Prima della somministrazione del questionario al soggetto viene posta la domanda "Quante volte negli ultimi 12 mesi ha assunto droghe o farmaci per uso non terapeutico?". In caso la risposta sia maggiore di zero, cioè il soggetto riferisce di aver usato almeno una volta negli ultimi 12 mesi, si procede alla somministrazione del questionario riportato in Allegato 6.

DAST-10

In caso sia necessario eseguire indagini di approfondimento, si applicano ulteriori strumenti più specifici e sensibili come l'ASSIST (*Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* - versione modificata da NIDA) o quelli utilizzati per la classificazione nosografica secondo DSM-IV o ICD-10.

Il passo successivo all'esecuzione dello screening è quello di fornire al paziente un intervento appropriato, fatto su misura per lui.

Intervento breve

Intervento breve:
informativa e
colloquio
motivazionale

Si tratta di una strategia limitata nel tempo e centrata sulla persona che focalizza sulla modifica del comportamento del paziente aumentando ulteriormente la sua consapevolezza relativamente alla negatività di un comportamento quale l'uso di sostanze. Originariamente questa strategia di approccio nasce per il trattamento di problematiche alcolcorrelate e, vista l'efficacia, è stata sviluppata anche nel settore delle altre sostanze (compresi tabacco e farmaci assunti senza prescrizione). La strategia si basa sul dialogo con il paziente utilizzando tecniche di colloquio motivazionale. Gli argomenti più frequenti da affrontare con il paziente includono come la sostanza interagisca con i medicinali, come possa causare/incrementare problemi di salute e psicologici, o come possa interferire con la vita sociale. Generalmente, l'intervento breve è rivolto a pazienti che presentano un rischio moderato d'uso di sostanze e che non hanno bisogno di trattamenti specializzati.

Intervento intensivo

Intervento intensivo:
motivazionale ed
educativo

Consiste in molteplici sessioni finalizzate ad educare e motivare i pazienti a modificare i comportamenti a rischio e dannosi per se stessi e per gli altri. L'intervento intensivo viene utilizzato con quei soggetti che già stanno facendo un consistente uso di sostanze stupefacenti e che stanno già vivendo le conseguenze negative sociali e sanitarie legate all'uso; costoro, infatti, hanno bisogno di sviluppare un vero e proprio piano articolato di cambiamento del proprio comportamento. Per confutare ai pazienti gli effetti relativi all'uso di sostanze, vengono utilizzate tecniche di colloquio quale l'intervista motivazionale e di terapia cognitivo comportamentale. Attraverso questo processo, sarà possibile per il paziente decidere se vuole cambiare il proprio comportamento e trovare la giusta motivazione per smettere di usare sostanze e per mantenere la decisione presa.

Se un paziente viene ritenuto dall'operatore pronto per cambiare comportamento, vengono definiti insieme un piano di trattamento e degli obiettivi precisi, adatti alle caratteristiche della persona e adeguati nel corso del tempo a seconda degli stadi del cambiamento in cui il paziente viene a trovarsi. I pazienti verranno rinforzati quando riescono a raggiungere gli obiettivi e incoraggiati a superare gli ostacoli incontrati per raggiungere questi ultimi.

Invio al trattamento

Invio al trattamento

Per quei pazienti che sono identificati come possibili tossicodipendenti, l'invio al trattamento consiste nell'assistere i pazienti facendoli accedere a trattamenti specializzati. Ciò avviene selezionando i servizi di trattamento più adeguati alla persona e conseguendo le autorizzazioni ed il consenso necessari per il trattamento. Dopo questo tipo di intervento, che può durare anche vari mesi, gli operatori contattano telefonicamente il paziente (*follow-up*) per seguire e registrare gli sviluppi del suo percorso.

Efficacia

La ricerca ha mostrato che molti individui a rischio di sviluppare seri problemi per l'uso di sostanze possono essere identificati precocemente attraverso lo screening. Il modello di intervento SBIRT ha mostrato che adottando l'approccio sopra descritto è possibile:

- ridurre i costi del servizio sanitario;
- ridurre la frequenza e la gravità del ricorso all'uso di sostanze limitandone la progressione verso forme di dipendenza;
- ridurre il rischio di traumi conseguenti a incidentalità stradale, lavorativa o domestica;

- aumentare la percentuale di pazienti con dipendenza da sostanze che possono essere trattati specificatamente e precocemente.

Nel 2002, alcuni ricercatori hanno analizzato oltre 360 trials relativi al trattamento dell'uso di alcol: è stato rilevato che l'alcol screening e l'intervento breve erano tra i metodi di trattamento più efficaci su oltre 40 tipologie di interventi studiati. Altri studi hanno prodotto risultati simili mostrando che lo screening dell'uso di sostanze è efficace nell'aiutare le persone a riconoscere modelli non sani e a cambiare la loro vita. Altre ricerche, ancora, hanno evidenziato che persone che venivano sottoposte a screening e ad un intervento breve sperimentavano il 20% in meno di ingressi al pronto soccorso, il 33% in meno di incidenti non fatali, il 37% in meno di ricoveri in ospedali, il 46% in meno di arresti, e il 50% in meno di incidenti stradali. Inoltre, l'analisi economica ha evidenziato che l'utilizzo di screening e di intervento breve ha permesso un risparmio di \$ 4,30 sui futuri costi del sistema sanitario per ogni dollaro investito nella prevenzione (Gentilello et al., 2005; Miller et al., 2002; Fleming et al., 2002). Come conseguenza di quanto riportato, molte organizzazioni del sistema sanitario statunitense, agenzie governative e associazioni hanno scelto di implementare le linee guida e gli standard di accreditamento che autorizzano, approvano e raccomandano lo screening dell'uso di sostanze e l'intervento breve.

Un ottimo studio ricco di rilievi scientifici che evidenziano l'efficacia di SBIRT è presentato nell'articolo di Madras et al. (2010): si tratta di uno studio su larga scala (oltre 450.000 soggetti) finanziato dal White House Office of National Drug Control Policy e condotto in collaborazione con NIDA e SAMHSA. Questa ricerca ha evidenziato che a sei mesi dall'ingresso nel protocollo SBIRT, i soggetti con consumo di sostanze psicotrope sottoposti a intervento breve o trattamento breve o trattamento specialistico mostrano una significativa riduzione del loro consumi. In particolare, il consumo di sostanze si riduce del 67,7% mentre quello di alcol (*heavy alcohol use*) del 38,6%. Sono stati anche osservati miglioramenti statisticamente significativi per quanto riguarda la compromissione dello stato di salute generale e mentale, dello stato occupazionale e familiare, e una riduzione dei comportamenti criminali nei soggetti sottoposti a trattamento breve o specialistico.

In conseguenza di questo e di altri studi, il NIDA ha recentemente pubblicato un manuale operativo (*Screening for drug use in general medical setting - Resource guide, 2011*) che contiene una descrizione delle tecniche e degli strumenti raccomandati nell'approccio e nella gestione dei soggetti con consumo di sostanze. La strategia federale statunitense, stimolata dalla riforma del Presidente Obama sul *welfare*, ha come obiettivo quello di aumentare la quota di soggetti con dipendenza in contatto con i servizi di trattamento, attualmente stimata intorno al 5% degli aventi bisogno (in Italia questa quota è tra il 40 e il 50%): oltre a questo, le varie ricerche hanno anche dimostrato che non solo i soggetti già dipendenti, ma anche quelli all'inizio della loro carriera di consumatori, hanno la possibilità di essere intercettati più facilmente ed essere sottoposti ad interventi o trattamenti brevi e mirati la cui efficacia è ormai ampiamente dimostrata.

Welfare State

3. Organizzazione dei servizi dedicati

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

**Servizi riservati ai
minori**

Laddove ci sono le risorse è bene organizzare servizi specifici meglio orientati ai bisogni e alle caratteristiche dei minori e dei loro genitori in modo da poter accogliere e gestire questo tipo di popolazione nella maniera migliore. Nella maggior parte delle situazioni purtroppo non è possibile, per mancanza di fondi, organizzare questo tipo di servizio in maniera indipendente, per cui è necessario riorganizzare le risorse presenti. Tuttavia, è bene evidenziare che già alcuni dipartimenti si sono preparati in tal senso ed è opportuno che tale organizzazione venga assunta anche dagli altri.

**Riorganizzare le
risorse presenti**

Una prima modifica consiste nel modificare gli ambienti, o gli orari di accesso, o le modalità di accoglienza per le persone minorenni e per i loro genitori, rispetto agli ambienti e alle modalità di accoglienza dedicate agli assuntori problematici maggiorenni che normalmente frequentano i servizi. Ciò si spiega con l'intenzione di agevolare il contatto tra struttura sanitaria e soggetto minore e di operare in un setting adatto e meno psicologicamente connotato sulla devianza tossicomane per il minorenne stesso e la sua famiglia. Andranno, quindi, differenziati gli ambienti di accoglienza e di diagnosi e trattamento. Dove questo non fosse possibile, sarà opportuno distinguere almeno gli orari di accoglienza dell'utenza minorenne da quelli di accoglienza dell'utenza maggiorenni. In ultima istanza, se nemmeno la distinzione degli orari fosse una possibilità percorribile, è possibile inviare il paziente a consultori con consulenza specialistica.

**Differenziazione di
spazi e fasce orarie**

4. Conclusioni

Il modello di diagnosi precoce presentato in questo documento ha come finalità quella di poter ridurre sempre di più il ritardo di diagnosi di uso di sostanze, in particolar modo tra i giovani. I Dipartimenti delle Dipendenze, quindi, dovrebbero prendere in seria considerazione la necessità di attivare specifici e permanenti interventi di questo tipo.

Non andrà sottovalutato nemmeno l'uso precoce di alcol, di cannabis o di tabacco da parte di alcuni adolescenti che potrebbero risultare particolarmente vulnerabili all'assunzione di queste sostanze. Il loro uso, anche occasionale, specie se in giovane età, accompagnato dalla presenza di disturbi comportamentali e/o dell'attenzione, deve, al contrario, far aumentare l'interesse dell'operatore nei confronti del soggetto, all'interno di un chiaro approccio di prevenzione selettiva. Nel nostro Paese, l'alcol ed il tabacco, in particolare, rivestono il ruolo molto sottovalutato di sostanze "gateway": questo anche in relazione a modelli culturali molto radicati nella popolazione. Su questi aspetti è necessario agire con specifici programmi permanenti, diretti soprattutto agli adolescenti e alle loro famiglie, ma anche con interventi di contrasto e controllo degli esercizi commerciali e dei luoghi di intrattenimento dove spesso vengono fornite sostanze alcoliche a minori di 16 anni o vengono attuate offerte a basso prezzo e che incentivano il consumo.

La bassa percezione del rischio legato all'uso della cannabis, in particolare, comporta una facilitazione del consumo di questa sostanza da parte dei giovanissimi e spesso implica anche un rischio evolutivo del comportamento assuntivo verso forme di addiction da sostanze quali l'eroina o la cocaina. La bassa percezione della pericolosità è spesso presente anche in alcuni operatori, che sottovalutano il potenziale evolutivo dell'uso precoce di cannabis negli adolescenti vulnerabili, e in alcuni genitori, che sdrammatizzano l'uso di cannabis considerandolo in maniera superficiale quale "normale" o accettabile momento di transizione nella vita del figlio o, peggio, che fanno uso della sostanza a loro volta. E' invece di estrema importanza che soprattutto i genitori sappiano assumere e mantenere una chiara posizione di disapprovazione dell'uso di tutte le droghe e dell'abuso alcolico e che prestino particolare attenzione al figlio, alle sue abitudini, ai suoi comportamenti per individuare, anche con il supporto di professionisti mediante una diagnosi precoce, un suo eventuale uso di sostanze stupefacenti. Inoltre, la sensibilizzazione cerebrale che l'uso di cannabis produce nelle persone che sono già di per sé vulnerabili per la presenza di fattori individuali che le espongono al rischio d'uso e di *addiction*, può far aumentare in maniera molto significativa il rischio evolutivo verso forme di assunzione di altre sostanze particolarmente pericolose, anche per la tossicità diretta che hanno, oltre che il rischio di mortalità e morbilità correlata. La diagnosi precoce, pertanto, riveste un'importanza fondamentale e non più procrastinabile né da sottovalutare, sia dell'individuazione dei disturbi comportamentali in fase adolescenziale sia dell'individuazione dell'uso di sostanze anche occasionale.

5. Bibliografia

- Alex Mason W, Spoth RL. Longitudinal Associations of Alcohol Involvement with Subjective Well-Being in Adolescence and Prediction to Alcohol Problems in Early Adulthood. *J Youth Adolesc.* 2011 Feb 1
- Alioune S, Yaya S, Ibou T, Boubacar F, Babacar D, Ahmed FP, Mamadou B, Meissa T, Assane DB [Early detection of prostate cancer in Senegalese men 40-50years old] *Prog Urol.* 2011 Apr;21(4):260-263
- American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse, Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment for Pediatricians, *Pediatrics* Vol. 128 No. 5 November 1, 2011, pp. e1330 -e1340, (doi: 10.1542/peds.2011-1754)
- American Academy of Pediatrics. *Coding for Pediatrics*, 2011. 16th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2011
- Ashery R.S. et al., *Drug abuse prevention through family interventions*, NIDA Research Monograph n. 177, Washington DC, U.S. Government Printing Office, 1998.
- Ashtari M, Cervellione K, Cottone J, Ardekani BA, Sevy S, Kumra S. Diffusion abnormalities in adolescents and young adults with a history of heavy cannabis use. *Psychiatr Res.* 2009 Jan;43(3):189-204.
- Baraldi C., Rossi E., *Le politiche preventive*, in Fazzi L., Scaglia A., *Politiche sociali e tossicodipendenza in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Bava S, Boucquey V, Goldenberg D, Thayer RE, Ward M, Jacobus J, Tapert SF Sex differences in adolescent white matter architecture. *Brain Res.* 2011 Feb 23;1375:41-8. Epub 2010 Dec 21
- Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(6):609-621
- Cambi F., *Intercultura: fondamenti pedagogici*, Carocci 2001.
- Canadian Centre for Substance Abuse, *A National Drug Prevention Strategy for Canada's Youth*, 2008
- CDC, "Learn the Signs, Act Early" campaign, *Indian J. Med. Sci.*, vol. 59(2), 82-3, Febbraio 2005
- Centers for Disease Control and Prevention, *Youth Risk Behaviour Surveillance - United States*, 2003, May 2004
- CIGNA. Level of care guidelines for behavioral health and substance abuse. Available at: www.cignabehavioral.com/web/basic/site/provider/pdf/levelOfCareGuidelines.pdf. Accessed September 23, 2011
- Clark DB, Gordon AJ, Ettaro LR, Owens JM, Moss HB. Screening and brief intervention for underage drinkers. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(4):380-391
- Commission on Narcotic Drugs, 51st session, Resolution n. 51/3, marzo 2008
- Copello, A., Templeton, L., Velleman, R., Orford, J., Patel, A., Moore, L., & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two primary-care brief interventions for family members affected by the addictive problem of a close relative: A randomised trial. *Addiction* 104, 49-58.
- Dipartimento Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento 2011 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia*, giugno 2011
- Dipartimento Politiche Antidroga, *Strategie di Auto-aiuto. Guida per interrompere l'uso di sostanze stupefacenti - edizione italiana*, giugno 2011
- Dipartimento Politiche Antidroga e Ministero della Salute, *Linee di indirizzo. Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti*, gennaio 2011
- Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe*, 22 ottobre 2010
- Dipartimento Politiche Antidroga, *Piano dei progetti 2010*
- Dipartimento Politiche Antidroga, *Linee guida per la prevenzione delle patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti*, giugno 2009
- Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza Consiglio Ministri, *Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe - edizione italiana a cura*, aprile 2009
- EMCDDA (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers.
- EMCDDA (2008), *Prevention of substance abuse*, EMCDDA Insights
- European Network on Exchange Early Detection Drug consumption. Reported period: 01 Dec. 2008 - 30 Nov. 2010
- Fidler JA, Wardle J, Brodersen NH, Jarvis MJ, West R. Vulnerability to smoking after trying a single cigarette can lie dormant for three years or more. *Tob Control.* 2006 Jun;15(3):205-9

- Fidler JA, West R, Jarvis MJ, Wardle J. Early dating predicts smoking during adolescence: A prospective study. *Addiction*. 2006b Dec;101(12):1805-13
- Fishman M; American Society of Addiction Medicine. ASAM Patient Placement Criteria: Supplement on Pharmacotherapies for Alcohol, Use Disorders. Philadelphia, PA: Wolters, Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins; 2010
- Fleming, M.F., Mundt, M.P., French, M.T., Manwell, L.B., Stauffacher, E.A., and Barry, K.L. (2002). Brief physician advice for problem alcohol drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. A randomized controlled trial in community-based primary care settings. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26 (1), 36-43. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1530-0277.2002.tb02429.x>
- Gardner EL. Addiction and brain reward and anti-reward pathways. *Adv Psychosom Med*. 2011;30:22-60. Epub 2011 Apr 19
- Gardner EL Addictive potential of cannabinoids: the underlying neurobiology. *Chem Phys Lipids*. 2002 Dec 31;121(1-2):267-90
- Gentilello, L.M., Ebel, B.E., Wickizer, T.M., Salkever, D.S. & Rivara, F.P. (2005). Alcohol intervention for trauma patients treated in emergency department and hospitals: a cost benefit analysis. *Annals of Surgery*, 241 (4), 541-550.
- Government of Canada, Youth Drug Prevention for Parents, scaricabile da www.nationalsntidrugstrategy.gc.ca
- Guttmanova K, Bailey JA, Hill KG, Lee JO, Hawkins JD, Woods ML, Catalano RF. Sensitive periods for adolescent alcohol use initiation: predicting the lifetime occurrence and chronicity of alcohol problems in adulthood *J Stud Alcohol Drugs*. 2011 Mar;72(2):221-31
- Hagan J, Shaw J, Duncan P, eds. *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 3rd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2008
- Harris S, Csémy L, Sherritt L, et al. Computer-facilitated screening and physician brief advice to reduce substance use among adolescent primary care patients: a multi-site international trial. Poster presented at: 2011 Pediatric Academic Societies annual meeting; April 30–May 3, 2011; Denver, CO
- Hingson RW, Zha W. Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. *Pediatrics*. 2009;123(6):1477–1484
- Iglesias V, Cavada G, Silva C, Cáceres D. Early tobacco and alcohol consumption as modifying risk factors on marijuana use, *Rev Saude Publica*. 2007 Aug;41(4):517-22
- Institute for Research, Education and Training in Addictions, SBIRT Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment, 2006
- Kokotailo P; American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse. Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern. *Pediatrics*. 2010;125(5): 1078 –1087
- Leone L., Celata C., Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze, Sole 24 ore, Milano, 2006
- Little, H.A. (2002). Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users. *Cannabis Youth Treatment Series vol. 5*. Rockville, MD: SAMHSA. Available on line: <http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productdetails.aspx?Productid=15872>.
- Madras BK, Compton WM, Avula D, Stegbauer, T, Stein JB, Clark HW. Screening, Brief Interventions, Referral to Treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: comparison at intake and 6 months later. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1–3):280 –295
- Marino V., Serpelloni G., Marketing preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe, 2007
- Miller W.R. e Rollnick S., Il colloquio motivazionale, Erikson, Trento, 2004
- Miller, W.R., & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265–277. <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x>
- Monti PM, Barnett NP, Colby SM, et al. Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction*. 2007;102(8):1234 –1243
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), Screening for Drug Use in General Medical Settings. Resource Guide, 2010
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), Preventing Drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, U.S. Department of health and human services, 2003
- Semino L., Mansutti F., Pozzato M., Mastrotto S., Zanon S., Occhio al tempo, Intercettazione precoce dei primi consumi, Azienda ULSS 15 "Alta Padovana" - Regione Veneto, 2009
- Orlandini D. et al., Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione, Pubblicazione non in vendita Regione Veneto, Osservatorio Droga, 2002
- Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe. Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri 22 ottobre 2010

- Prochaska JO, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992 Sep; 47(9):1102-14
- Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia Dati relativi all'anno 2009 - elaborazione 2010 22 giugno 2010
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment: New Populations, New Effectiveness Data, http://www.samhsa.gov/samhsanewsletter/Volume_17_Number_6/SBIRTFull.aspx
- Substance Abuse and Mental Health Services, Administration. Results From the 2008, National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Rockville, MD: Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2009.NSDUH series H-36, DHHS publication SMA 09-4434
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993 Jun;88(6):791-804.
- Schmid B, Hohm E, Blomeyer D, Zimmermann US, Schmidt MH, Esser G, Laucht M. Concurrent alcohol and tobacco use during early adolescence characterizes a group at risk. *Alcohol Alcohol*. 2007 May-Jun;42(3):219-25
- Serpelloni G., Diana M.; Gomma M.; Rimondo C., Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento, Gennaio 2011
- Serpelloni G., Bonci A., Rimondo C. (a cura di) Cocaina e minori. Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze. Cierre Grafica, Verona 2009
- Serpelloni G., Bricolo F., Mozzoni M. (a cura di) Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze I ed. Verona 2008
- Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M. (a cura di) Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze II ed. Verona 2010
- Serpelloni G, Gilberto G., Vulnerabilità all'addiction. Prevenzione Primaria: nuovi strumenti agli Operatori sia nell'ambito delle conoscenze che delle metodologie, 2002
- Serpelloni G., La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza, 2003
- Sims TH; American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse. Technical report: tobacco as a substance of abuse. *Pediatrics*. 2009;124(5). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/124/5/e1045
- Swahn MH, Bossarte RM, Choquet M, Hassler C, Falissard B, Chau N. Early substance use initiation and suicide ideation and attempts among students in France and the United States. *Int J Public Health*. 2011 Apr 27
- van Leeuwen AP, Verhulst FC, Reijneveld SA, Vollebergh WA, Ormel J, Huizink AC. Can the gateway hypothesis, the common liability model and/or, the route of administration model predict initiation of cannabis use during adolescence? A survival analysis--the TRAILS study. *J Adolesc Health*. 2011 Jan;48(1):73-8
- Vaughan BL, Knight JR. Intensive drug treatment. In: Neinstein LS, Gordon C, Katzman D, et al, eds. *Adolescent Healthcare: A Practical Guide*. 5th ed. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2009:671- 675
- Weeks M.R. et al., Changing drug users' risk environments: peer health advocates as multi-level community change agents, *American Journal of Community psychology*, 43 (3-4): 300-44, Giugno 2009.
- World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care, 2011

