



**UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

Corso di Laurea in EDUCAZIONE PROFESSIONALE

Tesi di Laurea

***“La prevenzione nelle dipendenze
patologiche e la sua ricaduta sulla
popolazione dei giovani in età
adolescenziale”***

Relatore: Chiar.mo

Dott. Riccardo Verdecchia

Tesi di Laurea di:

Giusti Leonardo

Anno Accademico 2018-2019

INDICE

1- Utilizzo di sostanze

1.1 – La situazione europea

1.2 – La situazione italiana

2- Definizione di dipendenza

3- Prevenzione

3.1 – Prevenzione primaria

3.2 – Prevenzione secondaria

3.3 – Prevenzione Terziaria

4- Riduzione del danno

5- Esperienza personale di tirocinio

6- Conclusioni

Introduzione

La nostra è una società che negli ultimi anni si è ritrovata spesso a doversi rapportare a quello che è il mondo degli stupefacenti: partendo dalla lotta al suo traffico illegale e da varie formulazioni di tentativi per limitarlo, passando dalla discussione sulle risultanze di studi medici relativi all'uso e all'abuso di sostanze, fino a varie ed eventuali ipotesi per arrivare ad una sua regolarizzazione, quando si parla di stupefacenti la società civile si lascia assai infervorare dalla tematica. Soprattutto per quanto riguarda il tema della liberalizzazione delle droghe definite "leggere" possiamo notare come si arrivi a delle vere e proprie dispute "ideologiche" che sfociano spesso in quelli che potremmo definire "cori da stadio" fra le fazioni "pro" e "contro". Altro esempio di questo "infervoramento" indotto dalla tematica è quello dato dai vari organi di comunicazione: periodicamente il dibattito relativo alle sostanze stupefacenti viene riportato alla ribalta sulle prime pagine dei quotidiani e diventa causa di "riempimento" di interi pomeriggi nei talk show televisivi.

Quello che possiamo tuttavia notare è che a non tutte le tematiche relative al mondo degli stupefacenti viene dato lo stesso spazio: l'elemento che forse in questo proliferato ed eterno dibattito viene toccato spesso con minore incisività è per esempio quello riguardante il problema del rapporto delle fasce più giovani della popolazione con le varie sostanze; e si badi, non il rapporto "clinico-medico", ossia gli effetti che si producono sull'organismo di un giovane dovuti dall'uso ed abuso di sostanze psicoattive, studiato e ribadito in moltissime occasioni, quanto piuttosto le motivazioni che spingono il giovane a sperimentare delle sostanze nocive per il proprio corpo, i motivi sociali che incitano il ragazzo ad estraniarsi dalla propria normale routine incentrando la propria esistenza sulla ricerca e l'uso di una sostanza o i vari fondamenti psicologici.

Proprio per questo, il seguente elaborato ha in primis lo scopo di fornire alcuni dati riguardanti l'uso delle sostanze psicoattive, analizzando anche la forte consumazione che avviene in età adolescenziale. Partendo da questo presupposto si parlerà poi di prevenzione e l'importanza di iniziarla in età giovanile. Ci si concentrerà quindi sull'importanza del dialogo tra una figura adulta ed un ragazzo di giovane età per darle l'opportunità di crescere in maniera sana e sviluppare una propria identità e personalità; solamente attraverso questo dialogo il giovane potrà prendere coscienza del fatto che si sta facendo del male da solo "semplicemente" per dare conforto al suo gruppo di pari, oppure questo parlare dei propri problemi con una persona adulta potrà aiutarlo nel superare quelli che per lui, a 14/15 anni sembrano muri impossibili da scavalcare, mentre una persona adulta, potrà aiutarlo nel vedere quel muro come una parete da scalata, che con le corde e l'imbracatura, sarà fattibile superarlo, così da non fuggire dai problemi e rifugiarsi nel mondo delle sostanze.

Lo schema che si seguirà nella trattazione delle varie tematiche è il seguente: si inizierà con una panoramica sulla situazione europea e nazionale dell'uso di sostanze psicoattive, analizzando i dati presentati dall' EMCDDA ("European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction", ossia "Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze") per poi confrontarli con i dati nazionali; si proseguirà poi con la definizione di Dipendenza patologica osservandola da diverse angolazioni: la questione genetica, condizione psicosociale ed infine i criteri diagnostici dati dal DSM-V. Poiché si parlerà di Dipendenza come patologia, analizzeremo le diverse modalità di prevenzione. In particolare verrà suddivisa in: prevenzione primaria, prevenzione secondaria e prevenzione terziaria, che vedremo essere tre metodi diversi di prevenzione, ognuno dei quali potrà essere utilizzato in base allo sviluppo della patologia. La **prevenzione primaria** mira ad evitare che una malattia insorga (ovvero a ridurre l'incidenza) ad esempio aumentando le

difese dell'organismo, eliminando i fattori causali della malattia, selezionando e trattando le condizioni di rischio, per esempio con il ricorso alla vaccinazione o con consigli su come cambiare il proprio stile di vita. La **prevenzione secondaria** riguarda individui clinicamente sani che presentano un danno biologico già in atto, con lo scopo di guarire la lesione prima che evolva in patologia conclamata. Infine la **Prevenzione terziaria** non è un termine tecnico relativo alla prevenzione della malattia in sé, bensì riguardo gli esiti più complessi. La prevenzione in questo caso è quella delle complicanze, delle probabilità di recidive.

Verrà poi illustrata cosa sia la riduzione del danno, la quale agli occhi di molti potrebbe risultare come un incentivo all'utilizzo delle sostanze, ma spiegheremo che anche in questo caso si sta parlando di prevenzione. Russel Newcombe, Direttore della "Drugs and HIV monitoring Unit – Liverpool" definisce la Riduzione del danno come una politica sociale che privilegia lo scopo di diminuire gli effetti negativi del consumo di droga. E' una politica radicata in un modello scientifico di tutela della salute pubblica che attinge profondamente da una cultura di tipo umanitario e libertario.

Sarà infine presentata la mia personale esperienza di tirocinio presso la comunità minorile di Gallignano della Vivere Verde Onlus, altro luogo che ha come scopo principale quello di reinserire nella società ragazzi che momentaneamente non stavano crescendo nel modo più adeguato per la loro età; vedremo che anche questo significa prevenzione, poiché si tratta di adolescenti compresi tra 12 e 18 anni, che attraverso un percorso più o meno lungo si riappropriano di quella che è la loro età attraverso una quotidianità più consona al loro periodo di vita con un contesto educativo controllato e monitorato.

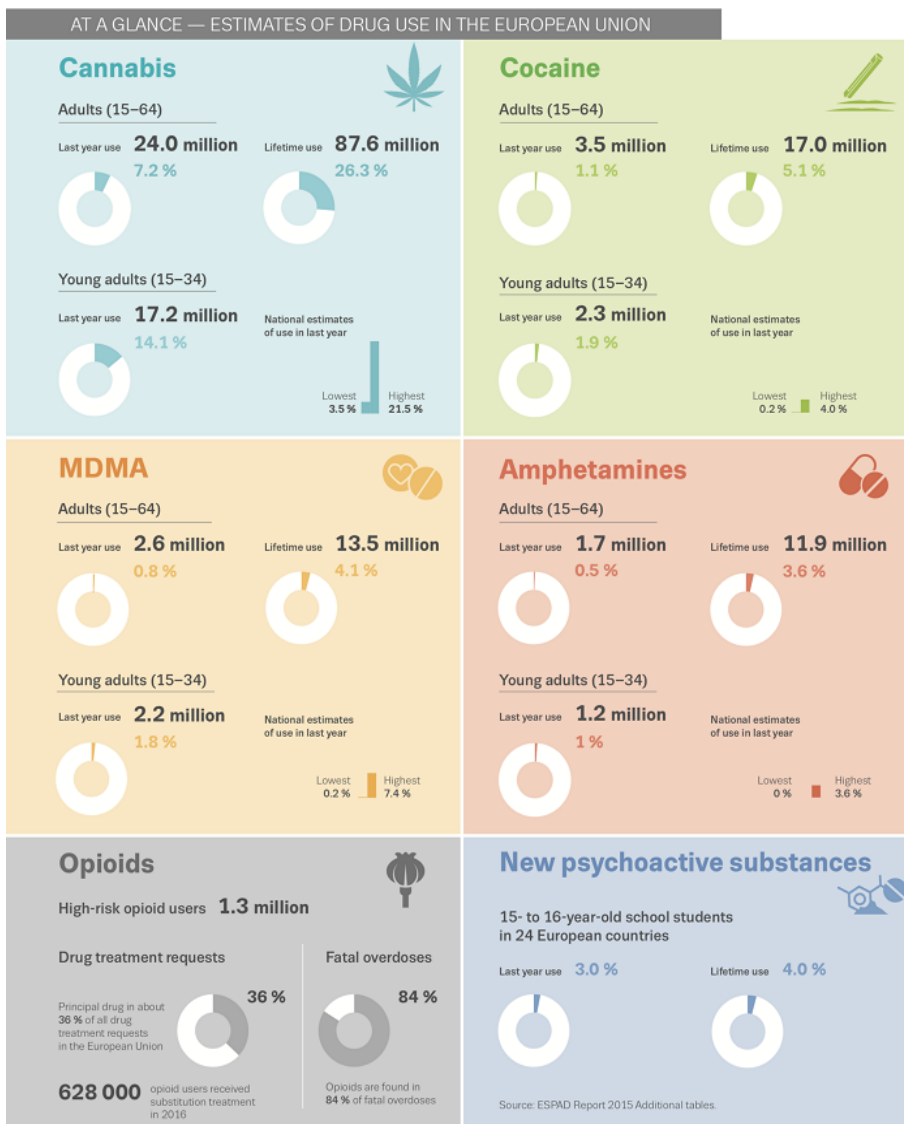
Infine, lo scopo dell'elaborato è quello di informare, di far prendere coscienza, non solo agli addetti ai lavori nel campo delle dipendenze, ma a chiunque sia a contatto con dei

giovani dell'importanza di instaurare una relazione con loro ed essere sempre pronti a raccogliere qualsiasi loro bisogno ed esigenza per non farli mai sentire soli, per fargli capire che vi è sempre qualcuno al loro fianco. Tutto ciò ricordandosi sempre l'importanza del dialogo e dell'astenersi dal giudizio, poiché solamente così il giovane si sentirà disposto a raccontare i suoi problemi ed esprimere i suoi bisogni dato che chiunque non si aprirebbe ad una persona che lo pone sotto esame; lo scopo dell'adulto non sarà neanche quello di dare consigli al giovane, bensì dovrà aiutarlo a rielaborare e ragionare su come si sta comportando e su cosa sta provando emotivamente e sentimentalmente.

1 - Utilizzo di sostanze

1.1 La situazione europea

Come anticipato nell'introduzione, iniziamo osservando i dati che ci offrono una panoramica sull'utilizzo di sostanze psicoattive in Europa. Il grafico riportato è stato pubblicato dall' EMCDDA (dall'European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse, cioè Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze) che ogni anno analizza l'utilizzo di sostanze in Europa e ne fa una stima.



Dalle stime riportate per l'anno 2018, risulta che la cannabis è stata consumata da 24 milioni di persone (il 7.2% della popolazione), di cui 17,2 milioni giovani under 34 (il 14.1% di loro). Risulta inoltre che 87.6 milioni di persone abbia utilizzato cannabis nella propria vita (cioè il 26.3%).

NB: For the complete set of data and information on the methodology, see the accompanying online Statistical Bulletin.

La Cocaina è stata assunta da 3,5 milioni di individui (l'1.1% del totale) di cui 2,3 milioni di giovani con meno di 34 anni (l'1,9%), l'Ecstasy (MDMA) da 2,6 milioni (lo 0,8% della popolazione), per la maggior parte giovani (2,2 milioni, cioè l'1,8% del totale); infine, le amfetamine sono state assunte negli ultimi 12 mesi da 1,7 milioni di persone (lo 0,5% della popolazione) di cui 1,2 milioni di under 34 (l'1% della popolazione).

Per gli oppiacei si stima che in Europa ben 1,3 milioni persone ne ha fatto uso nell'ultimo anno, dato abbastanza rilevante in quanto l'84% delle morti per overdose dell'ultimo anno sono state a causa di oppiacei.

Questi dati, come abbiamo detto, rappresentano le stime pubblicate nel 2018 (riferenti allo stesso anno) dall'European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse. Lo stesso osservatorio ha pubblicato le stime per l'anno 2019 sostenendo che il consumo di sostanze sia in aumento.

1.2 La situazione italiana

Per quanto riguarda l'Italia i dati vengono raccolti dall'Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs - IPSAD® che ha lo scopo di monitorare i consumi di sostanze psicoattive nella popolazione generale. Il primo studio dell'IPSAD è stato condotto dalla Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC CNR) nel 2001 e ripetuto nel 2003, 2005, 2007, 2011, 2014 utilizzando la stessa metodologia. Nel 2017 grazie al progetto Monitoring del Dipartimento Politiche Antidroga - DPA, IFC CNR ha potuto attuare una nuova rilevazione a carattere nazionale, il disegno dello studio è stato strutturato secondo le linee guida fornite dall'European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse (EMCDDA) di Lisbona. Lo studio IPSAD®2017 stima che in Italia un terzo della

popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia assunto almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (M = 39,5%; F = 27,2%) questa percentuale scende al 10,6% quando si fa riferimento al consumo nel corso del 2017. La prevalenza è maggiore per il genere maschile (M = 13,1%; F = 8,1%), con percentuali che diminuiscono all'aumentare dell'età. Prevalenze maggiori si osservano infatti tra i giovani adulti: il 23,7% dei 15-24enni (M = 28,3%; F = 18,8%) e il 19,1% dei 25-34enni (M = 21,7%; F = 16,5%) ne ha fatto uso nell'ultimo anno.

Confrontando i dati rilevati nelle precedenti edizioni dello studio, i trend dei consumi risultano in crescita sia relativamente all'ultimo anno sia all'ultimo mese, mentre il consumo frequente nell'ultimo mese (20 o più volte per la cannabis, 10 o più volte per le altre sostanze psicoattive) si mantiene stabile, interessando l'1% della popolazione generale.

Nel 2017, il 10,1% della popolazione tra i 15 e i 64 anni riferisce di aver utilizzato almeno una volta cannabis, sostanza che si conferma al primo posto tra i consumi. La seconda sostanza utilizzata è la cocaina (1,2%). Le NPS (nuove sostanze psicoattive), sostanze studiate per la prima volta in questa edizione dello studio, si attestano al terzo posto nella diffusione del consumo nella popolazione generale superando i consumi di eroina.

Entrando ancor più nel dettaglio possiamo osservare che ESPAD®Italia, che analizza i consumi psicoattivi (alcol, tabacco e sostanze illegali) e altri comportamenti a rischio, come l'uso di Internet e il gioco d'azzardo, tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni che frequentano le scuole secondarie di secondo grado. Lo studio rappresenta un solido standard per il monitoraggio a livello europeo ed essendo condotto da 20 anni, permette di studiare l'andamento della diffusione di consumi psicoattivi e comportamenti a

rischio, nonché di valutare l'effetto di fattori economici, sociali e culturali sui vari aspetti dei fenomeni analizzati.

Secondo i risultati dello studio ESPAD Italia condotto nel 2017, il 34,2% degli studenti (percentuale che, riportata alla totalità degli studenti di 15-19 anni, equivale a circa 880.000 ragazzi) ha riferito di aver utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (M = 39,7%; F = 28,4%). Il 26% (M = 31,1%; F = 20,7%) ha invece riportato di averne fatto uso nel corso dell'ultimo anno (circa 670.000 ragazzi). Tra questi ultimi, l'89,5% ha assunto una sola sostanza illegale e il restante 10,5% è definibile "poliutilizzatore", avendo assunto 2 o più sostanze. Il 16,7% degli studenti ha utilizzato sostanze psicoattive illegali nel mese in cui è stato condotto lo studio (M = 20,9%; F = 12,3%) e il 3,9% ne ha fatto un uso frequente (M = 5,9%; F = 1,8%), ha cioè utilizzato 20 o più volte cannabis e/o 10 o più volte le altre sostanze illegali (cocaina, stimolanti, allucinogeni, eroina) negli ultimi 30 giorni. Sono quasi 41.000 gli studenti (pari all'1,6% di tutti gli studenti 15-19enni) che hanno riferito di aver assunto una o più sostanze senza sapere cosa fossero: per il 58,5% si è trattato di un'esperienza circoscritta a 1-2 volte, mentre il 23,5% ha fatto uso di sostanze di cui ignorava la composizione per oltre 10 volte. Il confronto con i risultati delle precedenti rilevazioni evidenzia come negli ultimi cinque anni il consumo nel corso della vita sia leggermente aumentato, mentre per le altre forme di consumo si è assistito a una sostanziale stabilizzazione.

2 – Definizione di dipendenza

La domanda che sorge spesso è: tutti coloro che utilizzano una volta una sostanza hanno problemi di tossicodipendenza? Ovviamente la risposta è no, così sorge la seconda domanda: quando possiamo parlare di dipendenza patologica?

Possiamo distinguere tre tipi di comportamenti:

Comportamento a basso rischio

Il comportamento a basso rischio descrive da un lato un approccio alle sostanze psicoattive e dall'altro i modi di agire che non sono dannosi né per la salute del diretto interessato né per il suo entourage, e spesso costituiscono parte integrante di una convivenza sociale.

Comportamento a rischio

Il comportamento a rischio descrive il consumo di sostanze o un modo di agire che può causare problemi o danni fisici, psichici o sociali al diretto interessato o alle persone che interagiscono con lui. Si distinguono tre modelli di comportamento con un potenziale dannoso per il soggetto, il suo entourage e la società:

1 - il **comportamento eccessivo** si riferisce alla ripetizione eccessiva e sovente episodica di un modo di agire potenzialmente dannoso oppure al consumo di grandi quantità di sostanze psicoattive in un breve periodo di tempo (p. es. esagerare con il gioco d'azzardo o praticare il «binge drinking»);

2 - viene definito **comportamento cronico** un consumo eccessivo e molto frequente oppure un modo di agire che si ripete regolarmente. Se continuato per un lungo periodo, tale comportamento provoca danni «cumulativi» (p. es. assunzione continua di medicinali – anche non prescritti – o consumo cronico di alcol);

3 - un **comportamento non adeguato** alle situazioni fa riferimento al consumo di sostanze psicoattive in situazioni in cui si può mettere in pericolo o danneggiare sé stessi oppure gli altri (p. es. guidare l'automobile in stato d'ebbrezza, consumare sostanze psicoattive durante la gravidanza o giocare d'azzardo nonostante si sia già indebitati).

Dipendenza

La dipendenza è un fenomeno biologico e psicosociale. Ha ripercussioni sul corpo e sulla psiche dell'individuo, sul suo entourage e sulla sua integrazione sociale. Insorge a causa di predisposizioni soggettive, ma anche a seguito di diversi fattori sociali (situazione professionale e finanziaria, approccio culturale al consumo di sostanze, disponibilità di queste ultime ecc.). Si tratta di un fenomeno che si osserva in persone di qualsiasi età ed estrazione socioculturale, caratterizzato dalla presenza di un comportamento compulsivo che persiste anche dopo l'insorgenza di gravi conseguenze negative sul piano sociale e della salute per la persona affetta. Dal punto di vista medico si tratta di una patologia a tutti gli effetti. Questa viene descritta così nel DSM-V:

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle condizioni seguenti, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

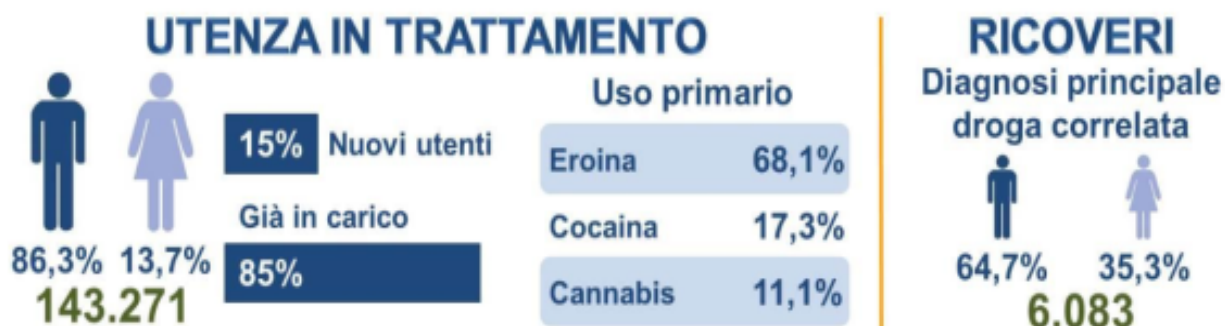
- 1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- 2) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- 3) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti;
- 4) Craving o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;
- 5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
- 6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza;
- 7) Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;
- 8) Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
- 9) Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza;
- 10) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;
- 11) Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche); b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

Il manuale DSM-V include anche le dipendenze comportamentali e descrive per esempio la dipendenza dal gioco d'azzardo, quindi non avremo dipendenze semplicemente da sostanze. Questo approccio si basa non da ultimo su nuove conoscenze in ambito neuroscientifico che descrivono la dipendenza, a prescindere dalla sostanza o dal comportamento, come un processo nel quale interagiscono fattori biologici, psichici e sociali e in cui il cervello si adatta biologicamente alle abitudini di consumo.

È chiaro che in alcuni casi resti difficile distinguere un comportamento a rischio con una dipendenza vera e propria in quanto a volte la persona che si presenta di fronte a noi è in una fase di passaggio tra i diversi tipi di comportamento e ci muoviamo su un filo molto sottile, ma tramite un lungo monitoraggio ed i sintomi individuati dal DSM-V possiamo determinare la presenza di una dipendenza o meno.

3 - Prevenzione

In Italia, come risulta nel grafico sottostante estratto dalla relazione presentata al parlamento nel 2017, risulta che vi sono 143.271 utenti in trattamento per dipendenze patologiche, delle quali l'85% già in carico ai servizi dagli anni precedenti ed il restante 15% corrisponde ad i nuovi utenti.

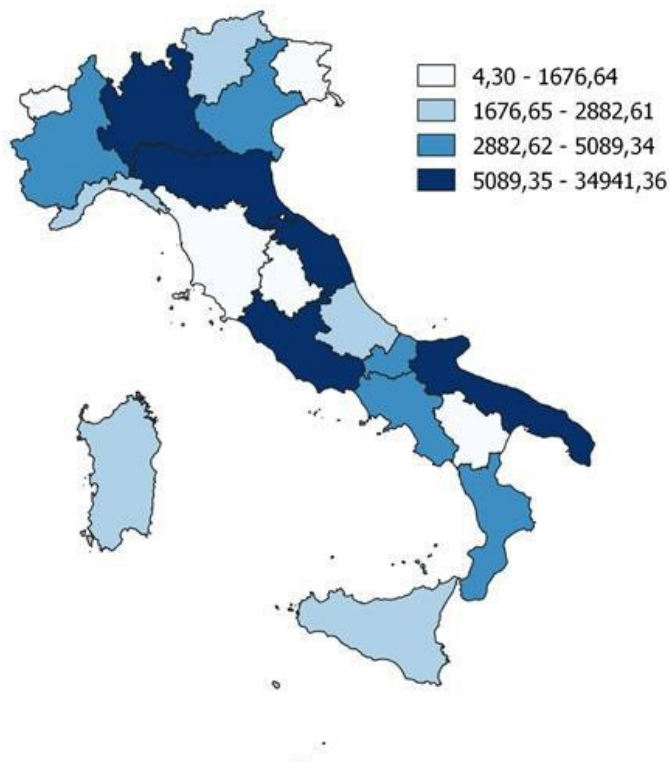


Dato che la dipendenza è una patologia, come possiamo prevenirla?

La prima forma di prevenzione che possiamo analizzare, è la lotta al commercio di sostanze illegali grazie alle forze dell'ordine italiane. Come riportato nella relazione al parlamento del 2018, con le operazioni antidroga condotte sul territorio nazionale, nel 2017, sono stati sequestrati 114.588,60 kg di sostanze stupefacenti, con un aumento di circa il 60% rispetto al 2016. Il 29% dei quantitativi sequestrati (kg 33.126,97) sono stati intercettati presso le aree di frontiera (nel 2016, kg 21.968,24 corrispondenti al 31% del totale dei sequestri).

La regione Puglia, con 34.941,96 kg di sostanze stupefacenti e 12.002 piante di cannabis sequestrate, emerge come valore assoluto rispetto alle altre regioni, seguita da Emilia Romagna (kg 15.366,42), Lazio (kg 8.611,78), Lombardia (kg 7.767,81), Marche (kg 6.290,70), Calabria (kg 4.688,89), Campania (kg 4.540,70), Piemonte (kg 3.586,13) e Veneto (kg 3.185,80). I quantitativi più bassi sono stati registrati in Basilicata (kg 13,10) e in Valle d'Aosta (kg 4,30).

Fig. - Distribuzione regionale dei sequestri di sostanze stupefacenti (Kg)



Del totale dei sequestri effettuati nel 2017, il 95% ha riguardato cannabinoidi (hashish 16% e marijuana 79%). La cocaina rappresenta il 4% dei quantitativi sequestrati e il restante 1% è costituito prevalentemente da eroina e altre droghe. Le droghe sintetiche sono state sequestrate in quantità molto basse (144,52 kg/21.553 dosi), pari allo 0,1% del totale dei quantitativi sequestrati. Le piante di cannabis sequestrate sono state 265.635. Durante l'anno sono inoltre stati sequestrati 97 kg di khat, 50,8 kg di metamfetamina, 43 kg di bulbi di papavero, 19,50 kg di dimetiltriptamina (DMT) e 3,88 kg di ketamina.

Tab. - Quantitativi di sostanze stupefacenti sequestrate

	2013	2014	2015	2016	2017
Cocaina (kg)	4.973,35	3.886,32	4.053,84	4.710,75	4.104,07
Eraina (kg)	884,28	937,40	770,51	477,04	610,39
Cannabis					
Hashish (kg)	36.370,33	113.172,12	67.922,93	23.908,23	18.755,40
Marijuana (kg)	28.865,59	35.744,91	9.319,30	41.374,29	90.097,18
Piante di cannabis (n.)	894.890	121.772	139.283	468.615	265.635
Droghe sintetiche					
in dosi/comprese (n.)	7.536	9.344	26.765	19.137	21.553
in peso (kg)	97,36	22,34	53,93	71,84	144,52
Altre droghe					
in peso (kg)	951,89	743,38	2067,53	938,88	877,05

Mentre in campo medico, la prevenzione è un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare

l'insorgenza di malattie. In relazione al diverso tipo e alle finalità perseguibili si distinguono tre livelli di prevenzione: primaria, secondaria e terziaria.

3.1 Prevenzione Primaria

La Prevenzione Primaria ha il suo campo d'azione sul soggetto sano e si propone di mantenere le condizioni di benessere e di evitare la comparsa di malattie. In particolare è un insieme di attività, azioni ed interventi che attraverso il potenziamento dei fattori utili alla salute e l'allontanamento o la correzione dei fattori causali delle malattie, tendono al conseguimento di uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale dei singoli e della collettività o quanto meno ad evitare l'insorgenza di condizioni morbose. L'insieme di questi interventi è pertanto finalizzato a ridurre la probabilità che si verifichi un evento avverso non desiderato (riduzione del rischio).

Abbiamo visto in precedenza che le sostanze psicoattive vengono utilizzate maggiormente dalla fascia di età dei 15-34 anni, ciò significa che già a 15 anni vi è l'utilizzo della sostanza ed è quindi prima di questo periodo che va effettuata la prevenzione primaria. In questo caso risulta interessante il piano di prevenzione attuato dal comune di Bologna: il progetto "Guida la notte", un progetto attivo dal 2010, si suddivide in tre diversi sottoprogetti che vanno a coinvolgere ragazzi di diversa età, a partire sin dai ragazzi delle scuole secondarie di primo grado:

Guida alla notte - Il paese delle meraviglie

il servizio è rivolto all'intero ciclo scolastico delle scuole secondarie di primo grado di Bologna, studentesse e studenti sono il target di riferimento principale. E' un'attività

educativa-pedagogica con l'obbiettivo di fornire a studentesse/i strumenti adeguati a prevenire usi impropri: di sostanze legali ed illegali, di strumenti tecnologici e dal gioco d'azzardo in particolare dal gambling online. La preadolescenza è una particolare fase dell'età evolutiva dove ragazzi/e presentano diverse velocità di crescita nei vari ambiti dello sviluppo da quello cognitivo a quello fisico, da quello emotivo a quello relazionale, tanto che negli ultimi anni si parla sempre più di adolescenze e non di adolescenza. Considerato l'eterogeneità di crescita il percorso in classe è diverso se rivolto a prima, seconda o terza. Le Tematiche affrontate sono:

- per le prime, dinamiche di gruppo considerate anche in relazione all'utilizzo degli strumenti digitali;
- per le seconde, lo sviluppo dell'immagine di sé e del proprio corpo in relazione ai media;
- per le terze, problematizzazione dei comportamenti a rischio in rapporto: alle sostanze, agli strumenti digitali, al gioco d'azzardo online e offline.

Nel progetto, già dalla fase di progettazione degli interventi, sono coinvolti insegnanti e genitori per un confronto diretto con gli adulti di riferimento.

Guida la notte - Free zone

Il servizio è rivolto a studenti/esse delle scuole secondarie di secondo grado. Si effettuano incontri e laboratori nelle classi sul tema delle sostanze legali/illegali partendo dalle conoscenze/esperienze degli studenti, con focus su effetti e rischi legati all'assunzione di sostanze psicotrope, sugli strumenti necessari alla tutela della propria salute e contestualmente si promuovono corretti stili di vita. Sono inoltre previsti percorsi di Peer Education nelle classi quarte, ovvero la formazione di giovani Peer Educators che veicolano ai propri pari le informazioni acquisite ed alcuni affiancano gli educatori anche

nelle serate di prevenzione nei locali del divertimento notturno. Sportelli d'ascolto all'interno dei plessi scolastici con accesso diretto da parte degli studenti. Nel progetto, già dalla fase di progettazione degli interventi, sono coinvolti insegnanti e genitori per un confronto diretto con gli adulti di riferimento.

3.2 Prevenzione Secondaria

La Prevenzione Secondaria, attiene a un grado successivo rispetto alla prevenzione primaria, intervenendo su soggetti già ammalati, anche se in uno stadio iniziale. Rappresenta un intervento di secondo livello che mediante la diagnosi precoce di malattie, in fase asintomatica (programmi di screening) mira ad ottenere la guarigione o comunque limitarne la progressione. Consente l'identificazione di una malattia o di una condizione di particolare rischio seguita da un immediato intervento terapeutico efficace, atto a interromperne o rallentarne il decorso.

Parlando di dipendenze, possiamo attuare la prevenzione secondaria in quei soggetti che cominciano ad utilizzare sostanze in maniera sporadica ma sempre più frequente ed aumentando la dose consumata. Qui possiamo ritrovare il terzo sottoprogetto di “Guida la notte”, che non viene più attuato nelle scuole, ma scende direttamente nelle strade, specialmente in alcuni luoghi di ritrovo giovanile, per parlare con i ragazzi.

Guida la notte – Beat Project

Il servizio si realizza essenzialmente attraverso un'attività educativa nella notte, all'interno dei locali da ballo, pub, luoghi di aggregazione e di ritrovo giovanile (rave, festa della birra, eventi musicali, serate organizzate da Centri Sociali, ecc). Obiettivo principale è

fornire strumenti di autonomia per un approccio critico e responsabile ai contatti/consumi legati alle sostanze legali e illegali nel mondo della notte, stimolando comportamenti sani e orientati al benessere, promuovendo corretti stili di vita anche attraverso la sensibilizzazione sui rischi connessi all'incidentalità alcol/droga correlata. Si realizza attraverso un'attività informativa e di riduzione dei rischi all'interno dei locali sopra detti ed in collaborazione con associazioni di categoria, gestori e proprietari. La presenza, di operatori qualificati e di Peer Educators (formati in precedenza) permettono approcci informali, ma competenti, con giovani e giovanissimi, anche mediante l'utilizzo di test come l'etilometro e il drugs-test, in forma anonima e gratuita. Oltre alla distribuzione di materiale informativo sui rischi connessi all'utilizzo di sostanze, viene allestita una zona chill-out (zona di decompressione) all'interno della quale gli interessati possono riposare, assumere acqua e altri generi alimentari, verificare il proprio stato psicofisico; possono essere responsabilizzati, all'uso o meno dell'auto per il rientro a casa, individuando, ove necessario il “guidatore designato” nell'ambito del proprio gruppo amicale o individuando altre modalità di trasporto.

In realtà questa parte del progetto non interessa solamente la prevenzione secondaria, ma abbraccia quella primaria e secondaria insieme poiché non sappiamo in quel momento chi abbiamo di fronte, probabilmente avremo anche ragazzi che nei luoghi riportati dal progetto “Guida la notte – Beat Project” abusino di sostanze, trovandosi in una condizione non sana per il ragazzo.

Possiamo raggruppare anche sotto la prevenzione secondaria le comunità terapeutiche per dipendenze patologiche. In comunità spesso entrano soggetti mandati tramite Serd (servizi per le dipendenze patologiche) o magari in seguito a reati droga correlati, il giudice affida il soggetto alle comunità. Lo scopo principale di queste comunità, al momento di ingresso, è l'allontanamento dal contesto dove l'utente utilizzava sostanze, spesso durante il periodo

iniziale all'utente non è permesso uscire dalla struttura per disintossicarsi dalle sostanze, poi in un periodo successivo, attraverso piccoli passi, potrà riacquistare la sua autonomia. Nel periodo in cui un soggetto è in riabilitazione in una comunità, in base alla sua situazione, dovrà sottoporsi a cure farmacologiche che facilitano la disintossicazione dalle sostanze, vi è sempre un percorso psicologico ed infine potrà avvalersi o meno delle attività educative e riabilitative proposte dalla struttura.

3.3 Prevenzione Terziaria

La Prevenzione Terziaria, fa riferimento a tutte le azioni volte al controllo e contenimento degli esiti più complessi di una patologia. Consiste nell'accurato controllo clinico-terapeutico di malattie ad andamento cronico o irreversibili, ed ha come obiettivo quello di evitare o comunque limitare la comparsa sia di complicazioni tardive che di esiti invalidanti. Con prevenzione terziaria si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale. Si realizza attraverso misure riabilitative e assistenziali, volte al reinserimento familiare, sociale e lavorativo del malato, e all'aumento della qualità della vita. (Es. misure di riabilitazione motoria; supporto psicologico; ecc.)

Per le dipendenze patologiche la prevenzione terziaria può essere individuata in quel periodo di sgancio dopo essere stati in una comunità; periodo molto importante e difficile per un utente che esce dalla comunità perché lascia un luogo maggiormente protetto e controllato, tornando alla vita extra-comunitaria che magari lo potrebbe riportare di fronte all'utilizzo di sostanze. Per questo spesso vengono consigliati dei colloqui psicologici a supporto dell'utente per monitorare il distacco dalla comunità, o magari vengono predisposti degli appartamenti dove i ragazzi uscenti dalla comunità possano continuare a

convivere tra di loro ma senza il quotidiano controllo degli educatori. Questo dovrebbe aiutare gli utenti nel non avere ricadute.

Come abbiamo visto la prevenzione primaria dovrebbe essere attuata su ragazzi molto giovani, e quale posto migliore delle scuole per parlare con i ragazzi? Ma in Italia, quanta prevenzione viene fatta dalle scuole?

Nella “Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia” riportata al parlamento nel 2018 con dati riferenti al 2017, è scritto nel paragrafo 10, riguardante la prevenzione: “Il 92,8% degli Istituti adotta un regolamento interno che disciplina i comportamenti in materia di tabacco ed alcol e il 42,7% ha previsto di realizzare delle giornate/attività di studio interamente dedicate alla prevenzione del consumo delle sostanze psicoattive, mostrando un decremento rispetto al 2016. Il trend risulta costantemente in calo dalla rilevazione del 2009.

Gli interventi per la prevenzione del consumo di sostanze psicoattive svolti con l’ausilio di specifici strumenti e manuali vengono adottati dal 13,6% degli istituti, quelli articolati su più moduli dal 73%, mentre sono circa il 15% le scuole che adottano programmi genere-specifici. Gli istituti scolastici che prevedono nei programmi di prevenzione l’intervento di esperti esterni (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori ecc.) sono il 91,2%. Un quarto (25,2%) degli istituti prevede la formazione e l’aggiornamento degli insegnanti in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive.”

Penso che questo estratto sia abbastanza importante poiché ci esprime che negli ultimi anni l’Italia abbia un po’ abbandonato la prevenzione in questo campo. Un altro dato importante è quello che il 91,2% delle scuole si avvale di figure esperte esterne per progetti di prevenzione, mentre solamente il 25,2% prevede la formazione degli insegnanti.

Credo che sia le figure esterne, che i professori risultino fondamentali per lo sviluppo e la crescita di un ragazzo adolescente, così prendendo spunto da questi ultimi dati, dai progetti analizzati e ripensando ai tre anni trascorsi in università, dove il primo insegnamento che sin dal primo giorno ci hanno trasmesso i professori è stato: “senza conoscere la persona che abbiamo di fronte e le sue necessità, non riusciremo ad aiutarla”, ho deciso di ipotizzare un progetto educativo adatto ai ragazzi delle scuole secondarie di secondo grado.

PROGETTO EDUCATIVO

Questo progetto è indirizzato a tutti i ragazzi delle scuole secondarie di secondo grado di qualsiasi istituto. Con il seguente progetto si intende dare una maggiore consapevolezza ai ragazzi riguardo i rischi che si corrono utilizzando sostanze psicoattive in età adolescenziale e le conseguenze di una patologia come la dipendenza. Si intende raggiungere questi obiettivi tramite il dialogo con esperti, ma anche con professori che, data la loro figura, dovrebbero aver già avviato una relazione con gli studenti a differenza delle figure esterne che vengono chiamate dalla scuola.

Il progetto si svolge in due principali fasi: la prima riguarda un'assemblea di fronte l'intero istituto dove un esperto parlerà di danni correlati all' utilizzo di sostanze in età adolescenziale e delle conseguenze della dipendenza, di qualsiasi tipo; le conseguenze della patologia saranno rafforzate da una testimonianza di un ex utente o di un utente a fine percorso riabilitativo presso una comunità terapeutica per dipendenze che affiancherà l'esperto durante l'intervento.

La seconda fase si svolgerà con i ragazzi divisi nei gruppi classe, dove un professore, formato precedentemente, aiuterà i ragazzi a rielaborare il vissuto della prima parte del

progetto; l'insegnante potrebbe essere scelto dai ragazzi, così da facilitare loro l'apertura nei confronti dell'adulto.

Nel corso di formazione dedicato ai docenti verrà sottolineato come il professore dovrà continuare a mantenere il suo ruolo istituzionale, mantenendo la giusta distanza dagli alunni; inoltre dovrà essere chiarito che il professore non è lì per giudicare i ragazzi, ma bensì per ascoltarli. Infine, verranno illustrati quei comportamenti che potrebbero indicare uno stile di vita non proprio sano ed adeguato per l'età dei ragazzi, per esempio, nella relazione presentata al parlamento nel 2018 che abbiamo preso in esame, vengono individuati alcuni comportamenti che potrebbero essere riscontrati nei giovani che utilizzano sostanze psicoattive:

- Aver fatto incidenti alla guida di un veicolo;
- Aver avuto rapporti sessuali non protetti;
- Essere stati ricoverati in ospedale/PS per incidente o ferimento;
- Essere stati ricoverati in ospedale/PS per intossicazione da sostanze;
- Aver avuto problemi con la polizia;
- Essere stata vittima di rapine/furti;
- Avere un basso rendimento scolastico;
- Aver avuto gravi problemi nel rapporto con gli insegnanti;
- Aver avuto gravi problemi nel rapporto con gli amici;
- Aver avuto gravi problemi nel rapporto con i genitori;
- Danneggiamento o perdita di oggetti;
- Essere stati coinvolti in incidenti;
- Essere stati coinvolti in risse;
- Aver perso ≥ 3 giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo;
- Stare davanti alla TV ≥ 4 ore al giorno;

- Fare spesso giochi in cui si spendono soldi;
- Uscire spesso la sera;
- Aver speso più di 50 euro la settimana senza il controllo dei genitori;
- Aver fatto uso di psicofarmaci non prescritti;

Ovviamente molti di questi comportamenti dovrebbero essere dei campanelli d'allarme ben evidenti agli occhi delle figure educative che circondano l'adolescente, ma non sempre questi comportamenti debbono essere associati all'utilizzo di sostanze, ma se sorgono durante un colloquio con i ragazzi, potrebbero essere segnalati a figure più esperte come uno psicologo.

Il giorno dopo l'assemblea, i professori che hanno svolto i gruppi con i ragazzi si riuniranno per esporre cosa è sorto nel giorno precedente, tutto ciò supervisionato dallo psicologo della scuola, questo per garantire un supporto psicologico ai professori.

È probabile che i ragazzi nel giorno stabilito non abbiano voglia di esporre i loro problemi o non lo vogliano fare davanti l'intero gruppo classe, per questo sarà fondamentale dare continuità al progetto e mettere a disposizione degli alunni alcuni giorni durante la settimana dove possano confrontarsi con un adulto diverso da un genitore, così il professore potrebbe indicare due pomeriggi settimanali dove si mette a disposizione dei ragazzi per un qualsiasi confronto. Sarà disponibile all'interno della scuola anche uno psicologo, con il quale sarà possibile dialogare sia per i ragazzi, ma anche per il corpo docenti, specialmente per i professori incaricati di parlare con gli studenti, così da non sovraccaricare emotivamente gli insegnanti e garantire loro un supporto.

Tra le criticità che potrebbero sorgere vi è la differenza di età in quanto parliamo di adolescenti compresi tra 15 e 19 anni, un breve arco temporale, ma nel quale avviene un forte sviluppo cognitivo ed emotivo, per questo sarà fondamentale differenziare i percorsi dei ragazzi.

Questo progetto è stato ideato per un ambiente scolastico perché la scuola è il luogo che raccoglie il maggior numero di giovani, ma lo scheletro di questo progetto potrebbe e dovrebbe essere presente in tutte le istituzioni che collaborano con i giovani, così che i ragazzi non si sentano mai abbandonati ed abbiano sempre al loro fianco una figura adulta, non genitoriale, pronta ad ascoltarli; credo che questa sia la forma migliore di prevenzione da poter dare ad un'adolescente.

Obiettivi: dare maggiore consapevolezza ai ragazzi sugli effetti delle sostanze psicoattive e cosa significa dipendenza;

Attività:

- assemblea di istituto con un esperto nel settore e testimonianza di un'utente presso una comunità terapeutica per le dipendenze;
- Rielaborazione dell'assemblea, ma suddivisi in gruppi classe così da facilitare il dialogo. A guidare il confronto tra i vari ragazzi sarà un professore.

In questa seconda parte dell'attività i professori potrebbero porre delle domande ai ragazzi per poter iniziare e guidare la conversazione. Alcune domande che si potrebbero porre ai ragazzi sono:

- Cosa sanno i ragazzi sulle sostanze psicoattive?
- Differenza tra uso, abuso e dipendenza
- Il gruppo dei pari influenza personalità dei ragazzi? Commettiamo delle azioni perché le fanno anche gli altri?
- Come mi fa sentire questo?

Tempi:

- la durata delle attività corrisponde ad un'intera giornata scolastica;
- la disposizione dei professori sarà per l'intero anno scolastico;

Luogo:

- servirà uno spazio ampio da contenere tutti i ragazzi dell'istituto per la prima parte dell'attività;
- la seconda parte potrà essere svolta in un qualsiasi luogo, questo va a discrezione dell'insegnante, purché sia un contesto che faciliti l'apertura dei ragazzi, ma che li tenga comunque concentrati sul dialogo.

Costi:

- corso di formazione per i professori incaricati di tenere il dialogo tra gli studenti;
- intervento dell'esperto;
- supplemento di stipendio per gli insegnanti che nei pomeriggi si fermeranno a scuola per conversare con i ragazzi.

Indicatori di verifica:

- termine della giornata far compilare ai ragazzi un questionario anonimo sul loro grado di gradimento riguardo la giornata svolta;
- presenza dei ragazzi all'assemblea;
- frequenza dei ragazzi che si presentano al colloquio con i professori o con lo psicologo;

Valutazione: se il progetto dovesse durare per diversi anni, sarà importante cambiare gli esperti che terranno l'assemblea, così da avere più punti di vista e svariate informazioni.

Un'altra probabile criticità è l'età dei ragazzi, poiché, in generale, ad un ragazzo di 15 anni che ha appena iniziato le scuole superiori non possiamo chiedere lo stesso percorso psicologico, cognitivo ed emozionale di un ragazzo di 19 anni. Qui sarà molto importante la figura del professore che dovrà essere in grado di capire dove spingere ogni singolo ragazzo nel ragionamento;

inoltre il professore con i ragazzi del primo e secondo anno si potrà concentrare maggiormente sul dare informazioni ai ragazzi riguardo le sostanze e la dipendenza, partendo sempre dalle nozioni date in mattinate dall'esperto;

mentre con i ragazzi più grandi sarà interessante andare più nel profondo e chiedere loro di sviluppare un pensiero riguardo questo argomento e sul come si comportano in determinate circostanze.

4 - Riduzione del danno

Per riduzione del danno intendiamo tutte quelle politiche, programmi e prassi che mirano, in primo luogo, a ridurre le negative conseguenze sulla salute, sociali ed economiche, derivate dall'uso di droghe legali od illegali, senza ridurre necessariamente il consumo di droga. La riduzione del danno è a vantaggio delle persone che usano droga, delle loro famiglie e di tutta la comunità.

I valori fondamentali della filosofia della Riduzione del Danno sono:

- Centralità della persona
- Diritto alla salute per tutti

- Rispetto delle scelte di vita
- Cultura dei diritti
- Cultura della differenza
- Valore delle relazioni
- Valore delle emozioni

In Italia le unità mobili e i drop-in, posti dove si fa prevenzione e riduzione del danno, sono solo 104. Più della metà è gestita da associazioni e cooperative, gli altri dalle aziende sanitarie locali (Asl) e dai comuni. Sono tutti concentrati tra Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia e Lazio, mentre nel meridione quasi non ce ne sono. Un esempio è rappresentato dal drop-in “PuntoFermo” di Collegno, un paesino fuori Torino, sotto il controllo dell’ASL TO3, in media passano tra le quindici e le venti persone al giorno, quasi tutti uomini tra i quaranta e i sessant’anni, e quasi tutti consumatori cronici . Gli interventi erogati al “PuntoFermo” sono:

- fornitura di materiale sanitario quali siringhe sterili, profilattici, materiale per medicazioni, naloxone
- orientamento
- organizzazione del tempo libero
- consulenza sanitaria, medicazioni, diagnostica infettivo logica
- distribuzione generi alimentari e di sopravvivenza
- informazioni sui vari tipi di sostanze e su modalità d’uso meno rischiose
- facilitazione nell’accesso ai Servizi terapeutici e riabilitativi

Come si legge, tra i vari servizi erogati, non vi è una voce specifica che espliciti un aiuto verso il consumatore ad abbandonare la sostanza, ma bensì vi è una “semplice” facilitazione nell’accesso ai Servizi terapeutici e riabilitativi. Questa mancanza ed il resto dei servizi, ad un prima analisi, potrebbero essere interpretati come degli incentivi che vengono dati al consumatore per assumere sostanze, in quanto gli vengono forniti gli strumenti per assumere la sostanza. Ma in realtà anche questo caso stiamo parlando di prevenzione, prevenzione che si sviluppa in diverse direzioni: con la consegna di materiale sanitario sterile si previene la diffusione di malattie infettive; la distribuzione di naloxone permette al consumatore e a chi è con lui, in caso di overdose da oppiacei, di annientare l’effetto della sostanza e salvargli la vita; l’organizzazione del tempo libero fa sì che i consumatori spendano anche una piccola parte del loro tempo in qualche attività invece che assumere sostanze; inoltre a Collegno è possibile analizzare la sostanza che si ha intenzione di assumere, potendo così capire la purezza o meno di determinata sostanza, ciò permette al consumatore di comprendere quale sia la quantità giusta da assumere per evitare l’overdose; per di più, al drop-in di Collegno è disponibile una stanza autogestita dai consumatori dove vige una sola regola: mantenere pulita la stanza. I consumatori possono assumere la sostanza senza procurare fastidio ad altre persone e, soprattutto, sempre sotto il controllo degli educatori della struttura pronti ad intervenire in caso di overdose. In un servizio di “VICE”, riguardante il drop-in di Collegno e la riduzione del danno, l’educatore Volfango Maria Coppola ha dichiarato: “Tutti sanno cosa accade in questa stanza ma nessuno si lamenta perché di fatto conviene non solo a chi ne fa uso, ma anche ai frequentatori del parco qui dietro che non trovano siringhe o altre tracce del consumo”. Infine, come abbiamo detto, gli operatori di Collegno non sono lì per interrompere l’assunzione delle sostanze, ma se nessuno prova a sporcarsi le mani ed a parlare con i consumatori lo stesso loro linguaggio, come possiamo farci capire e provare ad inserirli in

percorsi terapeutici? Per questo motivo la riduzione del danno, specialmente il metodo adottato a Collegno, risulta molto importante, poiché è la creazione di un ponte tra una società accettata ed una società che viene esclusa a prescindere senza prestarle un minimo di tempo per ascoltare i loro problemi ed i loro vissuti.

5 - Esperienza personale di tirocinio

In questo ultimo anno di università ho svolto le 600 ore di tirocinio presso la comunità per minori di Gallignano (AN) della cooperativa Vivere Verde Onlus. La comunità di Gallignano ospita 10 ragazzi, esclusivamente maschi di età compresa tra i 12 ed i 18 anni, allontanati momentaneamente dalle famiglie. Ognuno di loro ovviamente ha una storia diversa, vi sono 4 ragazzi stranieri appena arrivati in Italia da soli, senza famiglia; mentre i ragazzi italiani presenti in comunità sono lì perché spesso hanno mostrato quei campanelli di allarme di cui parlavamo in precedenza o perché i contesti educativi nei quali vivevano erano considerati non adeguati per la loro età.

I progetti educativi variano in base ai ragazzi, ogni progetto viene sviluppato sulle esigenze e sulle risorse di ogni ragazzo, ma la struttura individua due macro progetti da seguire in base alla nazionalità del minore, o meglio, dipende se il minore è straniero o italiano. Per quanto riguarda i ragazzi italiani, l'obiettivo principale è allontanare momentaneamente il minore dal contesto familiare e fargli perseguire un percorso scolastico, o per i ragazzi che hanno raggiunto i 16 anni, se decidono di abbandonare la scuola, trovare loro dei tirocini lavorativi o corsi che li preparino al mondo del lavoro. Mentre per i ragazzi stranieri, gli obiettivi iniziali sono: la conoscenza della lingua italiana e la conoscenza del territorio, cosicché da essere il più autonomi possibile quando terminerà il periodo in comunità; dopo un periodo di osservazione di circa un mese, anche per loro verrà stabilito un progetto che

potrà focalizzarsi o sull'ambito scolastico o sull'ambito lavorativo. Inoltre chi vuole è libero di praticare lo sport che preferisce e la comunità mette a disposizione diverse attività educative come: una volta a settimana c'è il corso di cucina, è presente un percorso musicale terapeutico e nel periodo invernale chi vuole può partecipare al progetto teatrale.

Inizialmente i ragazzi non possono uscire mai senza accompagnamento dell'educatore, con l'avanzare del progetto ed in base ai loro comportamenti, si possono guadagnare qualche pomeriggio di autonomia; inoltre, per facilitare l'inserimento nella comunità e la conoscenza del gruppo utenti e dell'equipe, appena entrati in comunità non possono utilizzare il cellulare durante le prime due settimane. Questo periodo senza telefono e senza poter uscire risulta molto importante per l'equipe perché permette di osservare e conoscere il minore.

Anche questo è un progetto di prevenzione in quanto prima di tutto parliamo di ragazzi molto giovani, come già detto tutti compresi tra i 12 ed 18 anni. Parliamo di prevenzione specialmente per i ragazzi italiani, poiché sono inseriti in comunità sia per un contesto familiare non adeguato, ma anche perché il loro modo di crescere non era idoneo alla loro età e presentavano campanelli di allarme per il loro futuro, così, la comunità, favorisce la crescita del ragazzo in un ambiente protetto ed educativo; mentre i ragazzi stranieri si trovano in comunità poiché da soli, non per un andamento di vita non adeguato o per contesti familiari non educativi.

Per favorire l'inserimento degli utenti nel mondo del lavoro, risulta fondamentale il fatto che gli educatori siano ben inseriti sul territorio, cosicché nel momento che si debba cercare un lavoro per i ragazzi, si sappia come muoversi e a chi rivolgersi.

Le difficoltà riscontrate durante le 600 ore sono state numerose: la prima è stata l'inserimento, poiché parliamo di ragazzi adolescenti e qualcuno con diagnosi di tipo oppositivo provocatorio, il che indica un comportamento molto spesso chiuso e pronto a

negare qualsiasi nuova esperienza e relazione, perciò la parte di agganciamento con i ragazzi è stata difficile. Sono stato aiutato però dalla mia giovane età, in quanto, avendo 23 anni, non sono poi così tanto distante dal loro mondo adolescenziale. Questa mia giovane età, nel proseguimento delle ore di tirocinio, si è rivelata un' altra piccola problematica da superare poiché a volte mi sono ritrovato emotivamente e psicologicamente troppo vicino ai ragazzi. Ma anche questo problema è stato superato, questa volta grazie all'equipe presente in struttura ed hai discorsi affrontati durante le settimanali riunioni di equipe, dove tramite il narrare di vari episodi trascorsi durante la settimana si rielabora il vissuto e si comprende dove si è sbagliato e dove si può migliorare. Questo processo di rielaborazione non riguardava solamente me tirocinante, ma bensì tutta l'equipe; questo rende la riunione di equipe un momento fondamentale nel percorso lavorativo e personale di un educatore di comunità, in quanto ti permette di capire la tua personalità, i tuoi limiti ed i tuoi difetti, ma inoltre ti facilita anche la scoperta dei tuoi pregi e sta all'educatore far leva su questi ultimi, anche se molto spesso gli utenti della struttura vanno a colpire fortemente sui tuoi difetti.

6 – Conclusioni

In Germania, nel villaggio di Bohmte, da qualche anno non esistono più semafori e segnali stradali di ogni tipo; rimane solamente la regola di dare la precedenza a chi viene da destra. Alla base di questo sistema si colloca una teoria lanciata da un esperto del traffico olandese, Hans Monderman. Il paradosso di Monderman è semplice: occorre rendere le strade più pericolose per aumentarne la sicurezza, difatti «Il mio obiettivo – spiega Monderman - era cercare di fare in modo che gli automobilisti riducessero la velocità di marcia. Ma visto che i divieti da soli non funzionavano, ho deciso di scommettere sulle persone, responsabilizzandole. E adesso posso tranquillamente dire che ho vinto la scommessa. Lo dimostrano le rilevazioni fatte presso i nuovi incroci: la velocità media dei veicoli è dimezzata». Si è passati infatti da 60 a 30 chilometri all'ora. Senza alcun bisogno di cartelli stradali. «La mancanza di semafori prende in contropiede pedoni e automobilisti e, nel contempo, li mette sull'avviso. Tutti rallentano, tutti si guardano a destra e a sinistra. Ma soprattutto si lanciano dei segnali con gli occhi, che funzionano meglio di qualsiasi segnale luminoso esterno» aggiunge Monderman. Risultato: una riduzione drastica degli incidenti mortali. Privati dei cartelli e disorientati dall'assenza della segnaletica a terra, gli automobilisti tendono quindi ad alzare il piede dall'acceleratore e a mantenere un alto grado di attenzione quando sono alla guida.

Ora, considerando ogni ragazzo come “il guidatore di una macchina”, ossia guidatori della propria vita e di sé stessi, è interessante confrontare l'esempio di Bohmte, riferito prettamente all'urbanistica stradale, con un altro tema, ossia la prevenzione dell'utilizzo di sostanze: senza ovviamente arrivare all'abolizione di tutte le regole, se ai ragazzi di oggi venisse lasciata guidare autonomamente la “propria macchina”, spiegando loro quali sono i

rischi della “strada” utilizzando certe sostanze, senza imporre loro una regola, forse arriverebbero ad una migliore comprensione di quello che le loro scelte comportano.

D'altronde l'adolescenza è un periodo difficile per definizione, un periodo in cui si ignora o si infrange qualsiasi regola venga imposta e in cui non si rispettano le figure autoritarie che, per definizione, impongono le loro regole; infatti, la maggior parte delle volte gli adolescenti vedono come nemici le forze dell'ordine o quegli insegnanti che risultano rigidi e freddi. Allora, forse, specialmente con gli adolescenti, quella che risulta fondamentale è una relazione basata sul dialogo, dove la figura educativa è pronta ad ascoltare il ragazzo, così che il giovane possa esprimere le proprie difficoltà ed i propri bisogni, senza rifugiarsi nel mondo delle sostanze.

Proprio per questo, come si diceva prima, gli insegnanti dovrebbero rielaborare insieme ai ragazzi quali emozioni, sentimenti e stati d'animo hanno provato mentre un esperto abbia parlato loro di sostanze; poiché in questo modo finisce per crollare l'immagine di una figura “autoritaria” incarnata dall'esperto, per arrivare a fare affidamento su una “autorevole”, ossia l'insegnante pronto a dialogare e ad ascoltare il ragazzo.

Certo è che il lavoro educativo non spetta esclusivamente all'insegnante, ma a tutte le persone che fanno parte di quella rete sociale ed educativa che compone il tessuto sociale: la famiglia, le associazioni sportive, le associazioni ecclesiarie (ad esempio scout ed Azione Cattolica) ed appunto la scuola; questa ripartizione delle figure educative è fondamentale per far sì che il giovane venga seguito nei suoi vari momenti della giornata, ma anche perché non abbia al suo fianco sempre e solo come figure educative i genitori, che ovviamente hanno il ruolo cruciale nello sviluppo e nella crescita del ragazzo, ma anche altri adulti con il quale l'adolescente si potrà confrontare ed avendo più punti di vista e diversi stili educativi potrà intraprendere la strada che meglio crede.

In conclusione quello che possiamo fare per prevenire una dipendenza è crescere il ragazzo in un ambiente sano, composto dalle varie istituzioni che abbiamo appena citato, e fare in modo che queste collaborino tra loro; dove vengano notati alcuni campanelli di allarme, ad esempio quelli riportati nella relazione al parlamento del 2018 questi dovranno essere comunicati a figure che sapranno poi come muoversi (es. psicologi, assistenti sociali, educatori professionali e psichiatri) così da poter monitorare in maniera più costante l'andamento del giovane.

Come detto in precedenza, vi deve essere un dialogo costante con il ragazzo lungo il suo percorso di crescita: il dialogo, infatti, è in grado di generare una buona relazione tra adolescenti ed adulti, e soprattutto vi deve essere un ascolto attivo, con cui l'adulto si ponga in una posizione autorevole, disposto ad accogliere i bisogni ed i problemi del giovane senza giudicare cosa stia dicendo.

In questo modo, l'adolescente potrà essere lasciato libero di sperimentare e di "guidare" liberamente sé stesso, sapendo sempre che, se dovesse sbandare o andar fuori strada, ci sarà sempre qualcuno pronto ad aiutarlo a riprendere la sua giusta via.

Detto tutto ciò, queste sono le condizioni con le quali l'adulto potrebbe invitare l'adolescente ad aprirsi, ma in tutto questo elaborato non abbiamo mai considerato il fatto che il ragazzo potrebbe anche decidere di non voler dialogare con la figura adulta. Ma questa tesi ha come scopo quello di chiarire le condizioni con le quali poter facilitare il dialogo e la relazione con i giovani, facendo sempre il nostro 50%, aspettando poi che l'adolescente faccia il suo 50%, poiché come abbiamo spiegato, il dialogo e la relazione, implicano sempre due parti che si debbono impegnare allo stesso modo per poter aprirsi l'uno con l'altro.

SITOGRAFIA

https://www.infodata.ilsole24ore.com/2018/04/05/droga-gli-italiani-ai-primi-posti-europa-consuma-cosa/?refresh_ce=1

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001IT_N_PDF.pdf

<http://old.iss.it/cnmr/index.php?lang=1&id=2473&tipo=77>

<http://informa.comune.bologna.it/iperbole/sportellosociale/servizi/4352/2656/>

<https://www.lilamilano.it/it/attivita/riduzione-del-danno>

<http://www.aslto3.piemonte.it/info/sert/exriparia.shtml>

<https://www.internazionale.it/reportage/francesca-berardi/2019/06/03/eroina-collegno>

Ringraziamenti

Al termine di questo elaborato e, soprattutto, al termine di questo percorso universitario, mi sento in dovere di ringraziare delle persone.

In primis il Dott. Riccardo Verdecchia, relatore dell'elaborato, ma soprattutto ottima guida professionale nel corso dei tre anni, pronto sin dal primo giorno di lezione ad indicare la strada giusta per diventare ottimi Educatori Professionali, una strada lunga e tortuosa.

Devo ringraziare la Dott.ssa Daniela Saltari, la Dott.ssa Marilena Flamini ed il Dott. Bernardo Nardi per averci permesso di svolgere questi tre anni grazie al loro lavoro di organizzazione, pianificazione e strutturazione delle lezioni, dei numerosi convegni e dei momenti di supervisione, momenti importanti per la crescita di un Educatore Professionale.

Un sentito ringraziamento va alle mie tre fantastiche guide di tirocinio che ho avuto in questi tre anni: Margherita, Federica e Paolo. Tre persone che hanno incarnato alla perfezione la parola "guida", in quanto mi hanno sempre mostrato sul campo come dovrebbe muoversi un educatore per poi lasciarmi il mio spazio e sperimentare in prima persona cosa significa stare a contatto con gli utenti ed i rischi che si possono correre emotivamente.

Un grazie enorme va a tutti i miei compagni di corso con i quali abbiamo condiviso momenti difficili dovuti al tirocinio ed ognuno di noi era sempre pronto ad ascoltare l'altro e fornire dettagli che personalmente non eravamo in grado di cogliere. Ma un grazie speciale va ad Alessia, Denise, Emily e Sara con le quali ho condiviso innumerevoli momenti di studio all' università, ma soprattutto gli altrettanti numerosi momenti fuori l'università con i nostri pranzi, attimi di sfogo ma soprattutto di svago. Inoltre, senza di

loro non avrei raggiunto questo obiettivo poiché mi hanno ricordato ogni singola scadenza di questi tre anni.

Passando alla sfera più personale, non posso non dire un enorme grazie alla mia famiglia che mi ha reso a 23 anni la persona che sono, rendendomi, a mio parere, un ragazzo di mentalità aperta, pronto a qualsiasi avventura e senza chiudere le porte in faccia a nessuno; requisiti che ritengo abbastanza importanti per un Educatore Professionale.

È doveroso ringraziare tutti quegli amici con i quali condivido la vita quotidiana, ma in particolare quei cinque ragazzi con i quali condivido tutto il mio mondo da ormai 20 anni, che mi sono sempre stati vicini. Sono sempre stati capaci di farmi vedere il lato positivo del mio lavoro; anche nei momenti più difficili di questi tre anni, mi facevano esplodere il sorriso in faccia. Grazie Lorenzo, Giovanni, Eduardo, Luca e Gabriele.

Un grazie è per i miei amici Letizia e Matteo, ottimi compagni di viaggio in quell'avventura chiamata Azione Cattolica; compagni di viaggio che mi hanno aiutato molto nella mia crescita di questi tre anni con bei momenti di riflessione, ma accompagnati sempre dal divertimento e dalla condivisione.

Infine, un monumentale grazie va a Marta, sempre pronta ad accogliermi con un caloroso abbraccio in qualsiasi momento, anche dopo un lungo ed estenuante turno di tirocinio; quell'abbraccio che ti fa sentire come un marinaio che riesce ad entrare nel porto mentre fuori c'è il mare in tempesta.