



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**ADOLESCENZA E DIPENDENZE
PATOLOGICHE.
L'EDUCATORE PROFESSIONALE
NELLA PREVENZIONE**

Relatore: Chiar.mo
Prof. Riccardo Verdecchia

Tesi di Laurea di:
Valentina Micucci

Anno Accademico 2019/2020

INDICE

INTRODUZIONE	4
Capitolo 1 L'adolescenza	6
1.1 DEFINIZIONE DI ADOLESCENZA	6
1.2 TERMINOLOGIA DELL' ADOLESCENZA	7
1.3 ASPETTI FISIOLÓGICI.....	8
1.3.1. Pubertà nelle ragazze	8
1.3.2 Pubertà nei ragazzi.....	9
1.4 LO SVILUPPO ADOLESCENZIALE	11
1.4.1 Lo sviluppo fisico	11
1.4.2. Lo sviluppo cerebrale.....	12
1.4.3. Lo sviluppo cognitivo	13
1.4.4 Lo sviluppo dell'identità personale.....	15
1.4.5. I compiti di sviluppo	17
1.5 LE RELAZIONI DELL' ADOLESCENTE	19
1.5.1 La famiglia.....	19
1.5.2 La scuola.....	21
1.5.3. Il gruppo di pari	24
Capitolo 2 Il rischio in adolescenza	26
2.1 I COMPORAMENTI A RISCHIO	26
2.2 FATTORI CHE INFLUENZANO LA PERCEZIONE DEL RISCHIO	27
2.3. LIVELLI DI IMPLICAZIONE IN CONDOTTE A RISCHIO	30
2.4 SIGNIFICATI DEI COMPORAMENTI A RISCHIO	31
2.5 FATTORI DI RISCHIO E FATTORI DI PROTEZIONE.....	34
2.5.1. Fattori di protezione personali	35
2.5.2. Fattori di protezione legati alla famiglia	36
2.5.3. Fattori di protezione legati alla comunità.....	36
2.5.4. Fattori di protezione legati alla scuola	37
Capitolo 3 L'uso di sostanze in adolescenza	39
3.1. STORIA DELLE SOSTANZE.....	39
3.1.1. In adolescenza.....	40
3.2. LE SOSTANZE PSICOATTIVE.....	41
3.2.1. Classificazione delle sostanze.....	43
3.2.1.1. Droghe deprimenti o depressive.....	44
3.2.1.2. Droghe stimolanti	47
3.2.1.3. Droghe allucinogene o psichedeliche.....	51
3.2.1.4. Altre sostanze.....	53
3.3 ASPETTI NEUROBIOLOGICI	54
3.4 DIFFUSIONE DEL FENOMENO IN ADOLESCENZA	55
3.5 TEORIE DEL CONSUMO DI SOSTANZE IN ADOLESCENZA	56
Capitolo 4 La prevenzione.....	58
4.1 IL RAPPORTO SALUTE E MALATTIA: DALLA PREVENZIONE ALLA PROMOZIONE.....	58
4.2 DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DI PREVENZIONE	60
4.3 STRATEGIE EDUCATIVE: LA LIFE SKILLS TRAINING.....	63
4.3.1. <i>Le life skills</i>	64
4.4 I PRINCIPI DEL NIDA	65

4.5 PREVENZIONE IN AMBITO SCOLASTICO	67
4.6 PREVENZIONE IN AMBITO FAMILIARE.....	69
4.7 PREVENZIONE RIVOLTA ALLA COMUNITÀ	70
Capitolo 5 L'educatore professionale nella prevenzione.....	72
5.1 L'EDUCATORE PROFESSIONALE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE	72
5.2 LA PROGETTAZIONE DI UN INTERVENTO DI PREVENZIONE.....	74
5.2.1. Caratteristiche di un progetto di prevenzione	75
5.3 PROGETTO DI PEER EDUCATION	76
CONCLUSIONE	82
BIBLIOGRAFIA.....	83
SITOGRAFIA.....	87
RINGRAZIAMENTI.....	90

INTRODUZIONE

L'adolescenza è un periodo che mi ha sempre affascinato per la sua fragilità, ma anche per l'importanza che ricopre. È un momento vulnerabile, di transizione. Un periodo in cui ragazzi e ragazze cercano di capire chi sono, chi stanno diventando e chi vorranno essere.

È proprio in questa fase che gli atteggiamenti devianti e il consumo di sostanze si fanno strada tra gli adolescenti andando ad influire sul loro modo di essere e di agire.

Questi Tesi di Laurea nasce dalla necessità di capire perché gli adolescenti cercano rifugio in qualcosa di pericoloso, cosa li spinge ad entrare in contatto con il mondo delle sostanze psicoattive. È un interesse che nasce dopo aver svolto il Tirocinio presso il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche di Porto Sant'Elpidio (FM).

Uno dei servizi che il STDP offre è la prevenzione: tema centrale del mio elaborato. È uno strumento necessario e fondamentale in questa fase delicata della vita degli adolescenti perché è meglio lavorare per prevenire il coinvolgimento nei comportamenti a rischio, anziché intervenire quando questi si sono già consolidati.

I primi due capitoli dell'elaborato introducono il periodo preso in esame: l'adolescenza. Vengono descritte le caratteristiche principali, i cambiamenti che avvengono a livello fisico e psicologico e ci si sofferma sulle relazioni fondamentali per la crescita dell'adolescente: la famiglia, la scuola e il gruppo di pari. Inoltre, vengono analizzati i comportamenti a rischio che la contraddistinguono e si pone l'attenzione sui significati che questi comportamenti assumono per gli adolescenti, sui fattori di rischio e di protezione che sono necessari per affrontare i cambiamenti di questo periodo così delicato.

Nel terzo capitolo vengono classificate le sostanze più utilizzate dagli adolescenti, si analizzano i rischi correlati al consumo e si osservano i dati epidemiologici riguardanti questo fenomeno.

Gli ultimi due capitoli, invece, si concentrano sulla prevenzione e sul ruolo dell'Educatore Professionale. È interessante chiedersi cosa questo sia chiamato a fare con questi ragazzi, quali strumenti può offrire a chi non riesce a costruirsi un futuro e incontra il mondo delle sostanze.

Ci si sofferma soprattutto sulle strategie educative che vengono proposte nei vari ambiti: familiare, scolastico e negli ambienti di vita quotidiana, con una particolare attenzione alla *life skills training*.

Nell'ultimo capitolo, dopo aver effettuato una panoramica sui vari servizi che si occupano delle Dipendenze Patologiche, è stato sviluppato un intervento educativo preventivo che ha come metodologia di base la *Peer Education*.

Per concludere, con questa Tesi di Laurea ho cercato di analizzare meglio il problema delle sostanze psicoattive nello specifico contesto adolescenziale e in particolare la dimensione della prevenzione, al fine di fornire all'Educatore Professionale degli spunti utili da utilizzare nella realizzazione di progetti educativi in questo ambito che riflettano i bisogni espressi dagli adolescenti.

Capitolo 1

L'adolescenza

In questo capitolo verranno descritte le principali caratteristiche riguardanti questo periodo dello sviluppo, ponendo maggiore attenzione agli aspetti fisiologici, psicologici e alle relazioni più significative per l'adolescente.

1.1 Definizione di adolescenza

L'origine della parola "adolescenza" deriva dal verbo latino "*adolescere*", che significa crescere. L'individuo adolescente, infatti, non è più un bambino, ma non è ancora un uomo. Questa fase del ciclo della vita umana è considerata, più delle altre, un periodo di transizione caratterizzato da "*una serie di modificazioni somatiche, neuro-endocrine e psichiche*"¹.

Cronologicamente, il periodo che viene chiamato "adolescenza", corrisponde ad un arco temporale piuttosto ampio, ed è comunque molto soggettivo, sia per la tipologia di cambiamenti che lo caratterizzano, sia per i tempi che ne scandiscono l'inizio e la fine. Nonostante questo, l'inizio dell'adolescenza può essere considerato tra i 10 e i 12 anni per le femmine e tra gli 11 e i 13 anni per i maschi, mentre il termine di questo periodo viene fatto coincidere con il compimento del diciottesimo anno di età per entrambi i sessi. Tuttavia, questa distinzione tra inizio e fine fa discutere gli studiosi della materia. Il periodo di inizio è segnato da cambiamenti fisici e psicologici piuttosto evidenti; la conclusione, invece, avviene "*nel momento in cui il soggetto (ragazzo o ragazza) è in grado di stabilire in modo autonomo rapporti significativi e stabili con il mondo circostante (persone, gruppi, oggetti fisici e sociali, istituzioni) e con sé stesso entro tale mondo.*"². Per questo motivo alcuni studiosi credono che la fine dell'adolescenza dovrebbe essere estesa sino ai 25 anni.

La prima opera presente in letteratura in cui l'adolescenza viene descritta come una fase fondamentale dell'esistenza è "*Adolescence*", pubblicata da **G. Stanley Hall** nel 1904. L'autore considera l'adolescenza "*una nuova nascita*", in quanto si verifica un cambiamento totale dell'individuo. Per sostenere questa sua affermazione confronta il mondo del bambino con il mondo dell'adolescente; "*il bambino è tutto interessato al mondo esterno e ai suoi*

¹ Adolescenza. in *Treccani.it – Vocabolario Treccani online*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana. Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.treccani.it/vocabolario/adolescenza/>.

² Palmonari A., *Adolescenza*, in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 1991. Consultato il 29 giugno 2020 da https://www.treccani.it/enciclopedia/adolescenza_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/.

fenomeni, mentre l'adolescente è orientato soprattutto a sviluppare una vita interiore che si realizza attraverso un'elaborata capacità di introspezione e di autoesplorazione"³. È un'età piena di sentimenti contraddittori, di stati d'animo ora dolorosi, ora entusiastici, di tensioni estreme spesso contrastanti. Hall la definisce come un periodo di "*storm and stress*"⁴ e considera i fenomeni che descrive come caratteristiche costanti dell'adolescenza, determinate biologicamente e perciò indipendenti da variabili culturali e ambientali.

Una prospettiva completamente differente da quella di Hall è stata delineata da **Margaret Mead (1928)**, che ha condotto la sua ricerca sull'adolescenza in una società primitiva soggiornando a lungo nell'isola di Taw dell'arcipelago di Samoa (Oceano Pacifico meridionale). Lo studio effettuato dalla Mead è stato condotto utilizzando il metodo dell'osservazione partecipante. In questo modo ha potuto dimostrare che le tempeste emotive che si verificano in adolescenza non sono strettamente legate alla maturità fisica, ma si rifanno al contesto sociale e culturale in cui i ragazzi crescono. Infatti, l'educazione che i bambini di Samoa ricevono è centrata soprattutto sulla sessualità, sulla nascita, sulla morte attraverso il rapporto quotidiano con questi grandi fenomeni naturali. In questo modo, al momento della pubertà non avranno problemi ad assumere quasi tutte le forme del comportamento adulto, sia sul piano della vita sociale, sia sul piano sessuale. Grazie a questa educazione, i ragazzi affronteranno l'adolescenza come un periodo di transizione fra infanzia ed età adulta.

1.2 Terminologia dell'adolescenza

L'adolescenza è un argomento che comprende numerosi termini come pubertà, pre-adolescenza, tarda adolescenza o post-adolescenza. Questi vocaboli sembrano tra loro sinonimi, ma presentano delle divergenze.

Per **pubertà** si intende un "*periodo della vita umana caratterizzato da incremento della velocità di crescita, comparsa dei caratteri sessuali secondari, maturazione delle ghiandole sessuali e modificazioni importanti della psiche*".⁵ Nei maschi la pubertà incomincia, in media, all'età di 11 anni; mentre nelle femmine l'inizio dello sviluppo puberale è tra gli 8 e

³ Ibidem

⁴ Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (Vol. II). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

⁵ Palmonari, *op. cit.*, p. 6

i 13 anni. Questo periodo si può considerare come un fenomeno che segna il passaggio dalla condizione fisiologica di bambino a quella di adulto.

La **preadolescenza** si colloca tra gli 11 ed i 14 anni ed è il periodo delle trasformazioni psicologiche, relazionali e sociali che conseguono le trasformazioni fisiche della pubertà; essa non è una fase preparatoria all'adolescenza, ma una vera e propria fase di transizione con delle caratteristiche specifiche e dei compiti specifici legati alla crescita fisica, all'identità corporea e alla definizione sessuale. *“È una età spesso contrassegnata da forte emotività e disagio, da bisogni di indipendenza, ma anche dall'affiorare di autonomi interessi conoscitivi.”*⁶

L'**adolescenza propriamente detta** si colloca tra i 15 e i 19 anni. È un periodo di transizione tra l'infanzia e l'inizio della vita adulta. Durante questa fase avvengono importanti cambiamenti riguardanti la sfera fisica, quella fisiologica e quella psicologica e che portano l'individuo ad acquisire particolari caratteristiche, competenze e conoscenze utili per l'entrata nel mondo degli adulti.

La **tarda adolescenza**, o post-adolescenza, è quella fase che si colloca tra i 20 e i 30 anni. In questo periodo si sperimenta e si mette in pratica quanto acquisito durante l'adolescenza. Spesso, però, l'adolescenza tende a prolungarsi arrivando alla fase definita **adolescenza prolungata**, in cui risulta difficile raggiungere l'autonomia con il mondo esterno.

1.3 Aspetti fisiologici

L'adolescenza è un periodo particolarmente problematico soprattutto per gli evidenti cambiamenti che il corpo subisce. Lo sviluppo dai caratteri sessuali primari e secondari produce, infatti, situazioni nuove.

1.3.1. Pubertà nelle ragazze

La **pubertà** è *“quel periodo della vita durante il quale si compie la maturazione sessuale (fino a raggiungere la capacità di procreare), che nella donna viene generalmente fatta*

⁶ Preadolescenza, in *Treccani.it – Enciclopedie online*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana. Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.treccani.it/enciclopedia/preadolescenza>

coincidere con la comparsa delle prime mestruazioni”⁷. Oltre alla maturazione sessuale, durante la pubertà si compie la completa maturazione sia fisica che psichica di tutto l'organismo.

In questo periodo si assiste:

- allo sviluppo del seno,
- allo sviluppo dei genitali e dei caratteri sessuali secondari,
- al cambiamento delle forme corporee,
- alla crescita dei peli pubici e ascellari e allo sviluppo delle mammelle.

I primi cambiamenti corporei a causa della pubertà (**fase prepuberale**) avvengono sotto lo stimolo di un'aumentata produzione degli ormoni sessuali maschili, gli androgeni, da parte delle ghiandole surrenali responsabili della comparsa dei primi peli e dell'inizio della crescita di statura e della maturazione scheletrica. Segue la maturazione delle ovaie che determina un'ulteriore crescita dei peli alle ascelle e al pube, la stimolazione dello sviluppo mammario e la comparsa delle mestruazioni. A questo punto gli estrogeni prodotti dalle ovaie permettono il completamento della maturazione dei genitali, il modellamento delle forme corporee e il raggiungimento del picco massimo di crescita di statura. La maturazione delle ovaie è conseguenza della maturazione di una parte essenziale del cervello, l'asse ipotalamo-ipofisario che è sotto il controllo del sistema nervoso centrale. Quando si verifica la pubertà, le cellule dell'ipofisi liberano due ormoni: le gonadotropine e l'ormone luteinizzante, destinati ad agire sulle ovaie.

1.3.2 Pubertà nei ragazzi

Nei ragazzi, la pubertà di solito si presenta tra i 10 e i 14 anni di età. Tuttavia, ci sono casi in cui la pubertà inizia precocemente, all'età di 9 anni o continua fino all'età di 16 anni.

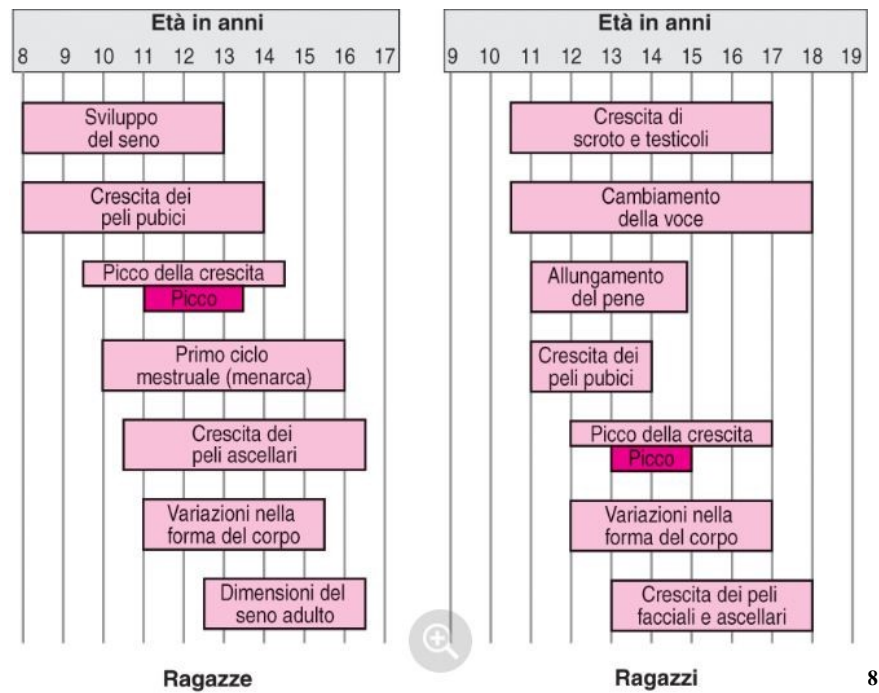
Le strutture cerebrali che provocano l'avvio della pubertà sono l'**ipotalamo** e l'**ipofisi**. Il primo secreta l'ormone luteinizzante e l'ormone follicolo-stimolante. L'**ormone luteinizzante** provoca la produzione di testosterone da parte dei testicoli. L'**ormone follicolo-stimolante** (insieme al testosterone) provoca la produzione dello sperma da parte dei testicoli. Il **testosterone** è responsabile dello sviluppo delle caratteristiche sessuali

⁷ Angelini Pharma(n.d.). *Adolescenza e pubertà*. Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.angelinipharma.it/wps/wcm/connect/it/home/Patologie-e-cure/La-cura-della-donna/Speciali/Adolescenza-e-puberta/>

secondarie, funzioni che stimolano lo sviluppo maschile (comprese le caratteristiche che non fanno parte del sistema riproduttivo, come la crescita dei peli del viso e il cambiamento della voce).

Lo sviluppo sessuale si evolve in una serie di tappe:

- crescita dello scroto e dei testicoli
- allungamento del pene
- ingrossamento delle vescicole seminali e della ghiandola prostatica
- crescita dei peli pubici
- crescita dei peli facciali e ascellari
- acquisizione della capacità di eiaculazione (solitamente intorno ai 12/14 anni di età)



⁸ Irvin H. Hirsch, *Pubertà nei ragazzi* in “Manuale MSD, versione per i pazienti”. Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-degli-uomini/biologia-del-sistema-riproduttivo-maschile/pubert%C3%A0-nei-ragazzi>

1.4 Lo sviluppo adolescenziale

L'adolescenza è una fase di transizione durante la quale i bambini crescono per diventare adulti indipendenti. Questo periodo inizia in genere verso i 10 anni e può durare fino alla tarda adolescenza. Durante l'adolescenza, i bambini sono sottoposti a notevole crescita fisica, intellettuale ed emotiva.

1.4.1 Lo sviluppo fisico

Gli adolescenti allo specchio si vedono brutti, grassi e pieni di difetti: da un lato odiano chi discrimina perché vorrebbero esser accettati per come sono, dall'altro fanno di tutto per omologarsi ed uguagliare i loro coetanei o gli attuali modelli di riferimento, che si presentano tutti con un fisico perfetto. Questo atteggiamento tipico della delicata fase che stanno attraversando, fa sì che negli adolescenti crescano incertezze, paure, ribellione ed ambivalenza tra autonomia e sicurezza.

Già a partire dall'infanzia la nostra immagine viene influenzata dall'osservazione di sé e dai giudizi esterni; tutto ciò viene stravolto nella pubertà, quando il confronto con i pari ed i commenti altrui assumono un ruolo fondamentale, andando, in alcuni casi, a modificare la propria immagine, già di per sé difficile da definire a questa età in quanto il corpo è soggetto a cambiamenti continui.

Da ciò può derivare una condizione di disagio psicologico che va ad influenzare la vita quotidiana, i rapporti sociali, il rendimento scolastico e/o sportivo. Nella maggior parte dei casi, si tratta per fortuna di stati d'animo passeggeri, legati alla naturale fase evolutiva; a volte, però, possono sfociare in disturbi più profondi, come i **disturbi del comportamento alimentare** o la **dismorfofobia**, ossia *“la preoccupazione per uno o più difetti o imperfezioni percepiti nell'aspetto fisico che non sono osservabili o appaiono agli altri in modo lieve”*⁹.

L'adolescente, confrontandosi con i coetanei, ha paura che la sua fisicità non sia appropriata. L'altezza, la dimensione del seno o le rotondità causate dallo sviluppo puberale possono rappresentare per le ragazze oggetto di inadeguatezza. Anche per il ragazzo - che segue il prototipo mediatico del giovane dalle larghe spalle e con una muscolatura pronunciata - possono nascere delle recriminazioni, che in casi estremi diventa **bigoressia**,

⁹ American Psychiatric Association (2014), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM 5*, Milano: Cortina, 2014

una patologia che fa vedere il ragazzo sempre magro e non abbastanza muscoloso anche quando ha raggiunto un fisico molto atletico (Ferrari e Ruberto, 2012).

1.4.2. Lo sviluppo cerebrale

L'adolescenza, come precedentemente detto, è una fase di transizione complessa, compresa tra l'infanzia e l'età adulta. Questa fase della vita è caratterizzata da un rapido incremento delle capacità fisiche e mentali dell'adolescente, migliorano le capacità di apprendimento e comincia ad avere una visione del mondo più astratta e originale.

Le funzioni emotive durante l'adolescenza sono molto sviluppate e articolate. Infatti, durante l'adolescenza il tasso di morbilità e mortalità aumenta considerevolmente, a causa dei comportamenti rischiosi che i giovani mettono in atto. Questi comportamenti, infatti, sono associati a processi di maturazione del sistema nervoso centrale, in particolare ai differenti tempi di sviluppo tra i **nuclei della regione limbica** (nucleo accumbens, amigdala e ippocampo) che mediano i processi emotivi e gratificanti e quelli delle differenti **aree della corteccia prefrontale** che controllano principalmente i processi emotivi (cognitivi, impulsivi e decisionali) incluso il controllo volontario del comportamento (Casey, Jones & Somerville, 2011). Molti dei pericoli ai quali l'adolescente va incontro sono dovuti ad un insufficiente autocontrollo, conseguenza della difficoltà a monitorare in modo adeguato le emozioni, le azioni impulsive e più in generale il comportamento disinvolto (Smith K., 2018).

Le alterazioni delle aree cerebrali citate, associate alla maturazione del cervello, è oggi possibile studiarle attraverso moderne tecniche non invasive di "Brain Imaging" come la risonanza magnetica (RMN). Gli studi svolti utilizzando queste tecniche hanno messo in evidenza che le diverse aree e nuclei del cervello hanno diversi tempi di sviluppo:

a) durante l'infanzia i sistemi cerebrali situati nel tronco e nella base del cervello si sviluppano per primi e sono addetti al controllo dei parametri vitali e dei riflessi;

b) negli anni dell'adolescenza si sviluppano e maturano maggiormente le aree più profonde, quelle dell'area limbica, associate al cervello emotivo e impulsivo capaci di provocare le emozioni più forti e soprattutto sentimenti di gratificazione e desiderio;

c) i centri corticali che controllano e classificano le percezioni, i movimenti volontari, le funzioni cognitive, le capacità decisionali e le motivazioni si sviluppano per ultimi. Infatti, a partire dagli 8/9 anni nelle femmine e i 10/11 nei maschi, il volume della sostanza grigia

della corteccia frontale diminuisce mentre aumenta quello della sostanza bianca. In particolare, la sostanza grigia della corteccia prefrontale si riduce progressivamente attraverso un fenomeno chiamato di “**pruning**”. (Giedd et al., 2015)

Al pari di questo fenomeno, aumenta di volume la sostanza bianca, fenomeno associato ad un aumento della mielina che avvolge gli assoni, permettendo una maggior connettività tra i neuroni. Infatti, durante questa età aumenta non solo la connettività tra le diverse aree cerebrali, ma anche tra i 2 emisferi cerebrali. Lo sviluppo del corpo calloso, crocevia tra l'emisfero cerebrale sinistro e destro, avviene in modo progressivo dopo l'infanzia. (Dennis et al., 2013).

A differenza dalla corteccia prefrontale, il sistema limbico, che regola le emozioni, durante l'adolescenza raggiunge il suo massimo sviluppo e, non essendo controllato efficacemente dall'azione inibitoria della corteccia prefrontale, favorisce da parte dei giovani la costante ricerca della novità, del piacere e del rischio spesso attraverso azioni e comportamenti sconsiderati e pericolosi come l'assunzione di sostanze d'abuso, la guida spericolata di veicoli, etc. (Telzer et al., 2014).

1.4.3. Lo sviluppo cognitivo

Lo studioso che si interessò maggiormente allo sviluppo cognitivo fu **Jean Piaget**. Egli incentrò le sue ricerche inizialmente sull'infanzia e sulla fanciullezza; solo successivamente si interessò all'adolescenza. Durante i suoi studi a Ginevra, effettuò dei test psicologici a dei bambini osservando il meccanismo del loro pensiero. Lo strumento principale utilizzato fu il “*metodo clinico*”¹⁰, una conversazione mirata a comprendere i processi del pensiero dei bambini e a raccogliere informazioni sullo sviluppo dell'intelligenza.

La teoria di Piaget si basò sullo sviluppo dell'individuo attraverso degli stadi o fasi, ognuno dei quali rappresenta dei comportamenti connessi tra loro e non casuali. Il passaggio da uno stadio ad un altro è gerarchicamente orientato.

Nella teoria Piaget descrive cinque tappe o stadi:

- **Stadio sensomotorio**: comprende il periodo che va dalla nascita ai 2 anni. In questo stadio di sviluppo l'intelligenza è legata esclusivamente a schemi di azione sensoriali e motori. Il bambino seleziona ed interpreta le informazioni che derivano dal suo ambiente di vita. Nei

¹⁰ Piaget J. (1955), *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*, Torino, Edizioni scientifiche Einaudi.

primi anni, infatti, il bambino costruisce la sua conoscenza in base a ciò che gli accade attorno, focalizzandosi sugli stimoli visivi, sonori e tattili che lo circondano, sugli oggetti e tutto ciò che cattura la sua attenzione.

- **Stadio pre-operatorio:** comprende il periodo di età compresa tra 2 ed i 7 anni. Il dialogo risulta a volte poco comprensibile, basato su pensieri poco logici, definiti pre-concetti. Il *pre-concetto* è “*un pensiero elementare che il bambino enuncia osservando una struttura che è condizionata da quanto, in quel momento, materialmente attira la sua attenzione*”¹¹. Il pensiero in questo stadio è egocentrico. Il bambino inizia ad utilizzare simboli, immagini mentali, parole e gesti per rappresentare oggetti ed eventi. Il bambino riesce a combinare realtà e fantasia.

- **Stadio delle operazioni concrete (7-11anni):** il bambino sperimenta il ragionamento logico. Le operazioni mentali sono "concrete", ma anche complesse, come possono essere le operazioni algebriche. Con i coetanei manifesta collaborazione e si presta a effettuare giochi che richiedono l'uso di regole, anche se a volte gli rimane difficile mettersi nei panni dell'altro.

- **Stadio delle operazioni formali (11-12 anni):** questa è la fase di acquisizione del *pensiero ipotetico-deduttivo*. Grazie a questo pensiero, l'adolescente parte dal reale per arrivare a compiere un ragionamento più astratto e ipotetico.

Oltre a queste possibilità, il pensiero ipotetico-deduttivo presenta altre caratteristiche:

- *L'indecisione:* l'adolescente di fronte ad una scelta fa difficoltà a prendere una decisione, in quanto tutte le opzioni gli appaiono intriganti.
- *L'egocentrismo* che è responsabile dell'edificazione di un proprio mondo al di fuori della realtà (Berti e Bombi, 2005)
- *La costruzione di un pubblico immaginario e la strutturazione di una fiaba o leggenda personale.* L'adolescente, infatti, ritiene che un pubblico immaginario stia osservando le sue azioni. Inoltre, egli crede di essere predestinato ad una sorte speciale, conseguenza di una leggenda personale.

¹¹ Tesionline (n.d.). *Le teorie sull'adolescenza* Consultato il 29 giugno 2020 da <https://sociologia.tesionline.it/sociologia/dossier.jsp?m=0902>

- *Le differenti percezioni di sé.* L'adolescente vive e si percepisce in modo diverso in base al momento che sta vivendo. Queste percezioni possono anche essere in forte contraddizione una con l'altra.

1.4.4 Lo sviluppo dell'identità personale

Per **identità** si intende un insieme di caratteri che individuano una persona, distinguendola da altri e coincide con due dimensioni: l'idea che un individuo ha di sé e ciò che la persona è realmente.

L'adolescenza è il tempo in cui diventa cruciale la definizione dell'identità e la domanda "*chi sono io?*" rappresenta un nodo intorno al quale si intesse questo periodo di sviluppo.

In adolescenza il senso di identità si esprime tramite:

- **l'idea di sé cercata:** l'adolescente cerca esperienze che possano metterlo alla prova
- **l'idea di sé riflessa:** l'adolescente si sforza di essere coerente con le sue qualità personali e con le esperienze che vive.

Secondo la **psicoanalisi**, l'identità si sviluppa in quanto legata al risveglio di pulsioni che portano al ricorso di meccanismi di difesa, come la rimozione.

La **teoria dello sviluppo psicosociale** dello psicoanalista tedesco **Erik Erikson** supera tale concetto riflettendo, invece, sull'interazione di diversi fattori:



12

¹² *Lo sviluppo dell'identità nella teoria di Erickson [immagine]* (n.d.) Consultato il 29 giugno 2020 da <http://docenti.unimc.it/morena.muzy/teaching/2018/18558/files/slide-adolescenza>

Il modello su cui si basa la teoria dell'autore è un *modello psicosociale*, in cui si analizzano non solo le dimensioni psichiche della persona, ma anche quelle culturali e sociali.

Erikson, ha inteso lo sviluppo umano come un processo stadiale caratterizzato da quelle che l'autore definiva "*crisi*" che l'individuo deve superare positivamente per raggiungere lo stadio successivo. Ognuno degli otto stadi – **stadi psico-sociali** - è caratterizzato da una *bipolarità*, in cui i due poli rappresentano il possibile esito, positivo o negativo, della crisi. Gli stadi che Erikson individua sono:

1. *Fiducia vs Sfiducia (0 - 1 anno)*
2. *Autonomia vs vergogna e dubbio (1 - 2 anni)*
3. *Iniziativa vs colpa (3 - 5 anni)*
4. *Industriosità vs inferiorità (6 - pubertà)*
5. *Identità vs confusione di identità (adolescenza)*
6. *Intimità vs isolamento (età adulta - giovinezza)*
7. *Generatività vs stagnazione (età adulta - maturità)*
8. *Integrità vs dispersione (età adulta - anzianità)¹³*

L'adolescenza coincide con il quinto stadio "identità vs confusione di identità". La crisi richiede all'adolescente di acquisire un senso di identità stabile che integri le proprie caratteristiche personali, i propri progetti di vita e le proprie potenzialità (Pace, 2008). Le caratteristiche principali di questo stadio sono:

- Interazione sociale con i pari e la conseguente amicizia eterosessuale
- Stato di moratoria rispetto ai ruoli adulti
- Crisi di identità,
- Consolidamento delle soluzioni dei precedenti quattro stadi in un senso coerente di sé

Il modello proposto da Erikson ha influenzato gli studi sull'identità e l'adolescenza. È, infatti, **James Marcia (1980)** che approfondisce il lavoro svolto da Erikson e cerca di far luce su come avviene lo sviluppo di questa durante l'adolescenza.

¹³ Ibidem

Lo psicologo ha individuato **4 stati dell'identità**, ognuno dei quali si definisce a partire da due dimensioni: *esplorazione* delle possibili alternative o scelte e *impegno* per intraprendere e seguire l'alternativa individuata.

Gli stati che individua sono:

1. **Identità raggiunta:** l'adolescente ha analizzato le varie alternative e ha assunto impegni in diversi ambiti della sua vita;
2. **Identità in moratoria:** l'adolescente sta ancora esplorando le alternative, ma rimanda l'assunzione degli impegni
3. **Identità preclusa:** l'adolescente ha assunto gli impegni, senza però analizzarli precedentemente
4. **Identità diffusa:** l'adolescente non esplora e non assume impegni in nessun ambito

1.4.5. I compiti di sviluppo

Tutto lo sviluppo dell'uomo è determinato da un adattamento tra l'individuo e l'ambiente. Tale adattamento comporta la ricerca di un equilibrio e questa assume particolare rilevanza nei momenti di transizione.

L'adolescenza, ossia il passaggio dalla fanciullezza all'età adulta, costituisce una transizione evolutiva di fondamentale importanza e in questo periodo di passaggio, ragazzi e ragazze cercano, attraverso l'azione, di realizzare un nuovo equilibrio nei loro contesti di vita (Caprara e Fonzi, 2000).

Questo periodo di transizione richiede ai giovani di superare numerosi **compiti di sviluppo**. Con questa espressione si intendono quei problemi concreti, caratteristici di un certo periodo della propria esistenza, che gli individui si trovano ad affrontare lungo il proprio ciclo di vita (Havighurst, 1952).

Questi sono dei compiti evolutivi essenziali affinché la persona possa svilupparsi e crescere, e il loro superamento è di fondamentale importanza per lo sviluppo futuro e per la realizzazione di relazioni soddisfacenti e costruttive con gli altri.

Lo studioso americano **Robert J. Havighurst** ha individuato una lista con dieci importanti compiti che contraddistinguono proprio l'adolescenza:

1. Instaurare relazioni nuove e più mature con coetanei di entrambi i sessi

2. Prepararsi al matrimonio e alla vita familiare
3. Sviluppare competenze intellettuali e conoscenze necessarie per la competenza civica
4. Desiderare e acquisire un comportamento socialmente responsabile
5. Acquisire un sistema di valori e una coscienza etica come guida al proprio comportamento
6. Conseguire indipendenza emotiva dai genitori e da altri adulti
7. Raggiungere la sicurezza di un'indipendenza economica
8. Orientarsi verso, e prepararsi per una occupazione o professione
9. Acquisire un ruolo sociale femminile o maschile
10. Accettare il proprio corpo e usarlo in modo efficace.

(Havighurst, 1953)¹⁴

Dopo Havighurst, altri autori hanno cercato di creare delle liste di compiti di sviluppo, ma hanno riscontrato delle difficoltà relative al legame tra l'individuo, la sua appartenenza sociale e l'ambiente in cui è inserito.

Secondo lo psicologo **A. Palmonari (2001)**, i compiti generali e universali di sviluppo in adolescenza possono essere identificati in:

- a. Compiti di sviluppo in rapporto all'esperienza della pubertà e della maturazione sessuale
- b. Compiti di sviluppo in rapporto all'allargamento degli interessi personali e sociali e all'acquisizione del pensiero ipotetico-deduttivo
- c. Compiti di sviluppo in rapporto alla problematicità dell'identità e della riorganizzazione del concetto di sé

La buona soluzione di un compito di sviluppo conduce l'individuo ad una condizione di benessere e a un rapporto equilibrato con il suo contesto sociale; il fallimento, invece, porta a sentimenti di malessere, insoddisfazione di sé e disapprovazione da parte della società (Palmonari, 1997).

In base a come gli adolescenti affrontano questi compiti, potranno verificarsi conseguenze sullo sviluppo personale. Se verranno riconosciuti all'altezza dei compiti e

¹⁴ Havighurst R.J. (1953), *Human development and education*, New York, Longman

riusciranno a risolvere le difficoltà in modo adeguato, potranno credere maggiormente nelle loro capacità e creare un'immagine di sé positiva

1.5 Le relazioni dell'adolescente

Famiglia, scuola e mondo dei pari costituiscono tre ambiti in cui gli adolescenti si mettono alla prova per costruire la propria identità personale, dando vita a un vero Sé.

1.5.1 La famiglia

Quando i giovani entrano nel periodo dell'adolescenza, è necessario che all'interno della famiglia avvenga una ridefinizione di ruoli e compiti sia da parte dei genitori che dei figli.

In questa fase della vita i ragazzi definiscono la propria personalità a partire dal modello proposto dai genitori ma cercano continuamente nuovi stimoli e modelli dal mondo esterno.

In questo periodo il giovane inizia a sviluppare un progetto di vita e la famiglia ha un ruolo importante nel percorso di crescita e affermazione dell'adolescente. Il primo compito dei genitori, quindi, è quello di fornire un modello positivo a cui i figli possono aderire o meno.

Il secondo compito dei genitori consiste nel preparare i figli all'**autonomia**. La progressiva acquisizione di autonomia da parte dell'adolescente alterna una "presa di distanza" e una "richiesta di vicinanza", in continua oscillazione tra l'esigenza di soddisfare i propri bisogni di esplorazione e la necessità di avere dei legami familiari stabili su cui poter contare. Fondamentale appare dunque l'esperienza dell'autonomia e del distacco, ma solo a partire da "*basi sicure*"¹⁵ e da solidi punti di riferimento.

Con la crescita del ragazzo il rapporto genitori-figli si modifica, diventando più flessibile e più rispettoso delle differenze. È necessaria una giusta flessibilità tra autonomia e dipendenza dalla famiglia, in modo che l'adolescente possa sperimentarsi nell'ambiente sociale e possa costruire relazioni significative al di fuori della famiglia. Quest'ultimo, dipende anche dagli **stili educativi genitoriali**, ossia l'insieme degli atteggiamenti che madre e padre manifestano nei confronti del figlio, che influiranno sul modo di relazionarsi dell'adolescente all'interno e all'esterno dell'ambiente familiare.

¹⁵ Bowlby J., *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, 1988

Un contributo fondamentale in tema di stili educativi è stato fornito da **Diana Baumrind (1971)**, che ha individuato tre modelli di comportamento genitoriale:

1. **Stile autoritario:** i genitori autoritari attribuiscono un forte valore all'ubbidienza e al rispetto delle regole senza spiegarne le ragioni. Questo tipo di genitori sono rigidi mentalmente, inflessibili, non utilizzano modi di comunicare adeguati. I figli di genitori autoritari tendono a essere dipendenti, ansiosi, insicuri, ribelli, scarsamente abili nel comunicare. Lo stile autoritario si fonda sul potere dell'adulto. La dimensione emozionale è distaccata e severa.
2. **Stile autorevole:** i genitori autorevoli valorizzano l'indipendenza pur facendo valere la propria autorità. Rispettano i desideri dei figli, si aspettano da loro comportamenti maturi e responsabili. Questi genitori incoraggiano all'indipendenza, pongono limiti ed esercitano un controllo costante. I genitori autorevoli sono calorosi e attenti, ascoltano i figli valorizzando le loro parole, stati d'animo e esperienze. I figli sono tendenzialmente sicuri di sé, indipendenti, maturi, assertivi e hanno buone capacità di adattamento.
3. **Stile permissivo:** è caratterizzato da basse aspettative nei confronti del figlio, soprattutto in termini di maturità ed autocontrollo. È un genitore permissivo aperto al dialogo, affettuoso, che soddisfa le richieste e i bisogni del figlio, fornendo poche regole o norme di comportamento. Offre, quindi, molto nutrimento affettivo, ma spesso si relaziona al figlio più come un "amico" che come una figura genitoriale. I figli mancheranno di disciplina, scarse abilità sociali e relazionali. Saranno insicuri a causa della mancanza di confini e modelli di comportamento a cui fare riferimento.

Il concetto elaborato dalla Baumrind viene ulteriormente approfondito dagli studiosi **Maccoby e Martin (1983)**. Nello studio che effettuarono nel 1983, individuarono 2 dimensioni caratteristiche degli stili educativi:

1. *Esigenza (o controllo):* i genitori fanno richieste ai figli che sono utili per la loro integrazione nella famiglia e nella società, esortandoli ad utilizzare comportamenti maturi attraverso il controllo e la supervisione.
2. *Responsività (o sostegno):* i genitori, attraverso azioni finalizzate a favorire l'individualità, l'autoregolazione e l'affermazione di sé, garantiscono sostegno e disponibilità a soddisfare i bisogni e le richieste del figlio.

Dall'incrocio di queste 2 dimensioni emergono 4 differenti stili:

1. **Stile autorevole:** è caratterizzato da alti livelli di controllo e sostegno. Il genitore autorevole incoraggia l'indipendenza, pone limiti, esercita un controllo continuo, è caloroso e attento.
2. **Stile autoritario:** è caratterizzato da alti livelli di controllo e bassi livelli di sostegno. Il genitore richiede obbedienza e rispetto delle regole, non mostra buone capacità di comunicare e di incoraggiare all'autonomia.
3. **Stile indulgente:** si caratterizza per bassi livelli di controllo e alti livelli di sostegno. Il genitore ha un rapporto molto stretto con i figli, ma effettua poche richieste.
4. **Stile negligente:** si caratterizza per scarsi livelli di sostegno e controllo. Il genitore è poco partecipe nella vita del bambino, è poco coinvolto sul fronte affettivo e su quello del controllo.

Lo stile che più di tutti si può ritenere positivo è quello *autorevole*, soprattutto durante l'adolescenza. I genitori autorevoli, infatti, sono calorosi e coinvolti, fermi e coerenti nelle regole e nei comportamenti e, in particolare durante l'adolescenza, sono in grado di garantire un contesto che faciliti l'autonomia del figlio e lo sviluppo di opinioni e valori propri.

1.5.2 La scuola

La scuola sta diventando sempre di più una realtà formativa dal punto di vista culturale, sociale ed emotivo. L'esperienza scolastica guida gli adolescenti nel percorso di crescita e di passaggio dall'essere bambini al diventare adulti, contribuendo allo sviluppo della loro conoscenza per far sì che possano realizzare i loro sogni e trovare il proprio posto nel mondo.

Si assiste ad un processo di "*affettivizzazione*"¹⁶ della scuola in cui l'adolescente integra il ruolo di studente con il proprio ruolo affettivo e sociale, che sono in trasformazione. All'interno della scuola il ragazzo continua a conoscersi, anche grazie alle occasioni di confronto con i docenti e con il gruppo classe. Qui può sviluppare le proprie capacità e affrontare i propri limiti e le difficoltà quotidiane.

La scuola propone all'adolescente un luogo in cui poter crescere e diventare "un altro", ma anche un luogo dove può giocare e sperimentarsi. È il luogo in cui ci si misura con le

¹⁶ A. Maggiolini – G. Pietropolli Charmet [a cura di], *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*, cit., pag. 192.

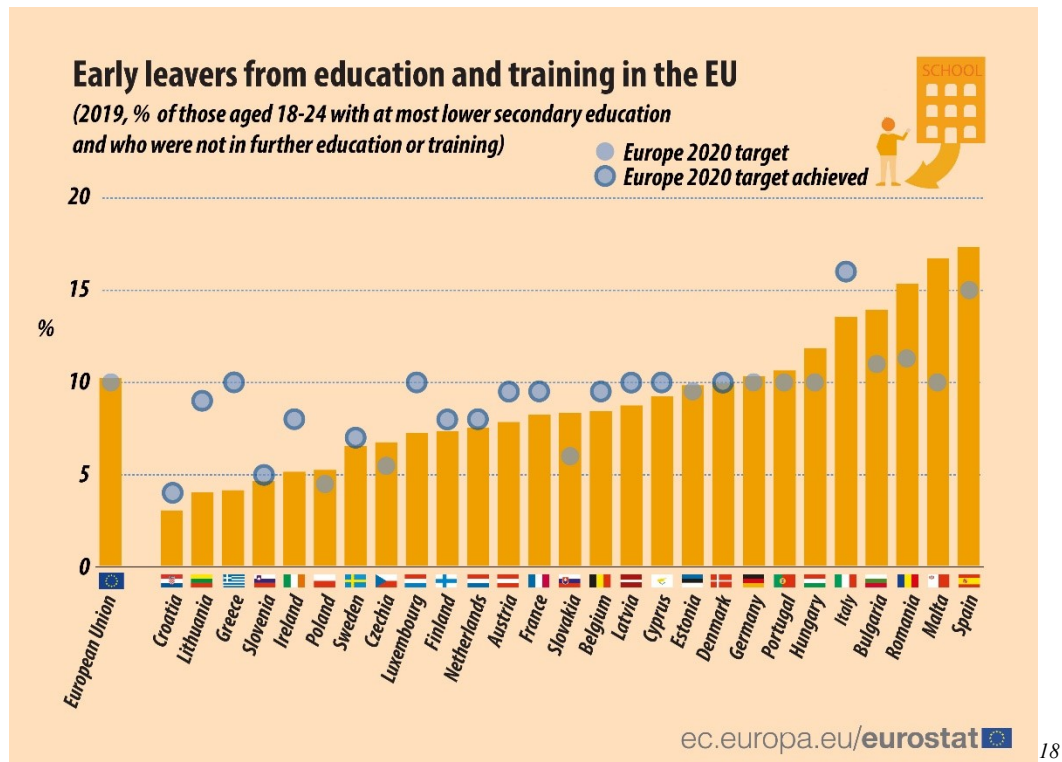
difficoltà, con il giudizio e con le valutazioni degli adulti competenti e autorevoli. È un contesto sociale composto da coetanei che permettono all'adolescente di trovare una collocazione, un ruolo e un'identità sociale, ma composto anche da figure adulte non coinvolte a livello affettivo come i genitori.

Tutti questi compiti che l'adolescente si trova ad assolvere, però, possono causare insuccesso, disconferma e frustrazione: eventi che si giocano quotidianamente sulla scena scolastica.

È sempre più frequente, infatti, il fenomeno della **dispersione scolastica**, ossia “*la mancata, incompleta o irregolare fruizione dei servizi dell'istruzione da parte dei giovani in età scolare*”¹⁷. Questo fenomeno può avvenire a diversi stadi del percorso scolastico e può consistere nell'abbandono, nell'uscita precoce dal sistema formativo, nell'assenteismo, nella frequenza passiva o nell'accumulo di lacune che compromettono la crescita dello studente, sia a livello culturale che professionale.

I dati pubblicati dall'*Eurostat (Ufficio Statistico dell'Unione Europea)* mostrano come in Italia, nel 2018, la percentuale di giovani tra i 18 e 24 anni che ha abbandonato la scuola prematuramente è del 14,5%. È un dato da tenere in considerazione anche a fronte della media europea del 10,6% e del fatto che l'Italia si trova agli ultimi posti della classifica. Le differenze sono legate, soprattutto, al territorio di residenza e alle sue condizioni, all'ambiente sociale, all'eventuale appartenenza a minoranze linguistiche o culturali ecc.

¹⁷ Lo Schiavo A., *Dispersione scolastica*, in *Enciclopedia Italiana – VII Appendice*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 2000. Consultato il 30 giugno 2020 da https://www.treccani.it/enciclopedia/dispersione-scolastica_%28Enciclopedia-Italiana%29/



18

Emanuel Mian e Massimiliano Fanni Canelles dell'Istituto di Ricerca Internazionale sul Disagio e la Salute in Adolescenza (I.R.I.D.S.A) hanno analizzato le possibili cause dell'abbandono scolastico, che sono così riassumibili:

- **Cause socioculturali:** esistono famiglie con un basso livello di scolarizzazione e una conseguente povertà culturale. Questo può causare negli adolescenti basse aspettative nei confronti dell'istruzione e del successo scolastico
- **Cause socioeconomiche:** gli adolescenti possono essere influenzati dalle condizioni economiche, dalla posizione professionale dei genitori, dalla loro situazione culturale e dal loro titolo di studio. Tutti questi sono aspetti che influiscono sul successo del percorso scolastico dei figli.
- **Cause personali:** le esperienze personali dei giovani possono influire sugli atteggiamenti nei confronti dell'istituzione scolastica

Un'esperienza scolastica fallimentare, quindi, rischia di essere un trampolino di lancio verso comportamenti devianti.

¹⁸Early leavers from education and training [immagine]. Consultato il 30 giugno 2020 da https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Early_leavers_2019-01.jpg

1.5.3. Il gruppo di pari

Il **gruppo dei pari** viene definito come una aggregazione giovanile che si costruisce sulla base dell'amicizia e la libera scelta reciproca.

Durante tutto il periodo dell'adolescenza, i ragazzi cercano modelli di riferimento diversi da quelli dell'ambiente familiare. Proprio per questo motivo, oltre alle possibili figure adulte come gli insegnanti, l'amicizia con i pari diventa sinonimo di alleanze, sfide e confronti. In questo modo il gruppo funge da terreno e "*laboratorio sociale*"¹⁹ in cui sperimentarsi e mettersi in relazione con modalità differenti. Il gruppo è quindi un punto di riferimento per gli adolescenti. Diventa lo spazio ideale in cui testare quanto si è acquisito nei diversi contesti di socializzazione precedenti, come quello familiare.

Attraverso il gruppo l'adolescente tenta di rompere o superare le dipendenze infantili, sperimenta l'affettività, l'emotività ed elabora la propria identità. Appartenere ad un gruppo vuol dire identificarsi con gli altri, vuol dire condividere le proprie paure e insicurezze per crescere insieme.

Il gruppo in adolescenza assume diverse forme. Nella prima adolescenza il gruppo è *monosessuale*, composto da pochi membri che iniziano ad esplorare un ambiente diverso da quello familiare passando molto tempo libero fuori casa. Successivamente, si forma il gruppo *eterosessuale*, composto da ragazzi e ragazze che si sentono pronti a confrontarsi con il sesso opposto; all'interno di questo gruppo l'adolescente potrà eseguire i compiti di sviluppo caratteristici della tarda adolescenza.

Il gruppo può anche essere distinto in formale e informale. Nella prima parte dell'adolescenza sono più diffusi i *gruppi formali*: gruppi che fanno riferimento ad attività specifiche - come le attività sportive o religiose - in cui i ragazzi possono confrontarsi e condividere esperienze. I *gruppi informali*, invece, sono gruppi più omogenei e naturali che si sviluppano a mano a mano che l'adolescente acquisisce libertà. A questi gruppi partecipano ragazzi di entrambi i sessi e di tutte le classi sociali con interessi comuni.

Esiste, inoltre, un'altra tipologia di gruppo: *il gruppo banda*, ossia un "*gruppo di ragazzi in relazione fra loro e coscienti della propria unità in antagonismo reale o ideale con la*

¹⁹ Pombeni M. L., (1990), *L'adolescente e i gruppi di coetanei*, in Palmonari A. (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna, pp. 225-243

società che li circonda”²⁰. La caratteristica principale che differenzia la banda dal gruppo dei pari sta nell’*”antagonismo sociale”*²¹ che le identificano. La banda nasce da un insieme di ragazzi che non riescono ad affrontare i problemi legati all’adolescenza, sono ragazzi a rischio che assumono atteggiamenti devianti. Questi ragazzi possono avere una situazione familiare disturbata (genitori assenti, o violenti), possono avere insuccessi scolastici, possono manifestare sofferenze a livello psicologico. Nonostante questo, vedono il gruppo come un elemento indispensabile per la loro crescita, anche se può condurli verso esperienze negative.

²⁰ D’Amato M., *Bande giovanili*, in *Enciclopedia dei ragazzi*, Istituto dell’Enciclopedia Italiana, 2005. Consultato il 30 giugno 2020 da https://www.treccani.it/enciclopedia/bande-giovanili_%28Enciclopedia-dei-ragazzi%29/

²¹ Ibidem

Capitolo 2

Il rischio in adolescenza

L'adolescenza è un momento di profonde trasformazioni, non solo fisiche, durante il quale i giovani possono trovarsi a sperimentare acuti momenti di inadeguatezza, di scarsa fiducia in sé e di incertezza.

In questa fase della vita si intensifica, inoltre, l'affermazione della propria indipendenza e il bisogno di ampliare i confini del proprio spazio di vita, assieme alla curiosità di sperimentare nuovi stili di comportamento anche ricercando esperienze avventurose e a volte rischiose. L'uso di alcolici o sostanze psicoattive e la ricerca di "andare contro le regole" possono costituire quindi per alcuni adolescenti una risposta efficace a tali bisogni. Attività illegali o pericolose come guidare ubriachi o ad elevate velocità, abusare di droghe o attuare comportamenti sessuali non sicuri sono tradizionalmente riconosciuti come esempi di comportamenti a rischio.

2.1 I comportamenti a rischio

Per "**comportamento a rischio**" si intendono tutte quelle condotte che possono, in modo diretto o indiretto, mettere in pericolo la salute e il benessere fisico e psicologico degli individui, sia nel presente che nel futuro.

Questi comportamenti possono assumere diverse forme. Si parla di "**rischio internalizzato**", termine con cui si fa riferimento ad espressioni di disagio che riguardano in particolare il vissuto individuale, come il manifestarsi di sentimenti depressivi, di frustrazione, di stress, di malessere. Più visibile, invece, risulta essere il "**rischio esternalizzato**", dato dall'espressione di situazioni di difficoltà attraverso l'attuazione di comportamenti rischiosi

Un'altra classificazione riguarda la distinzione tra quattro principali categorie di rischio in adolescenza:

1. I **comportamenti problematici**: uso di droga, la violenza, il fumo, l'abuso di alcol
2. I **comportamenti che compromettono la salute**: dieta povera, esercizio fisico insufficiente
3. I **problemi di salute mentale**: la depressione, l'ansia

4. Le **prestazioni di ruolo non adeguate**: il fallimento e l'abbandono scolastico

L'origine di tutti questi comportamenti è da individuare sia nelle influenze ambientali (es. famiglia e gruppo di pari), che nel contributo degli adolescenti nel modellare il proprio sviluppo e i propri percorsi di crescita attraverso le scelte effettuate.

Nell'analisi dei comportamenti a rischio è risultato particolarmente importante il modello teorico elaborato da **Jessor (Jessor e Jessor, 1977)**. Questo modello – definito come “teoria del comportamento problematico” – pone al centro l'individuo con le sue abilità cognitive e le sue capacità di agire intenzionalmente e, per lo studio dei comportamenti a rischio, prende in considerazione quattro raggruppamenti di variabili (o sistemi di fattori) tra loro in interazione:

1. il sistema dei comportamenti (sia a rischio che non),
2. il sistema della persona (valori, atteggiamenti, aspettative, percezione di sé),
3. il sistema dell'ambiente percepito (famiglia, scuola, coetanei)
4. il sistema dell'ambiente sociale (scolarità dei genitori e lavoro da loro svolto).

2.2 Fattori che influenzano la percezione del rischio

La percezione del rischio è un processo cognitivo coinvolto in diverse attività quotidiane e che orienta i comportamenti delle persone di fronte a decisioni che coinvolgono dei rischi potenziali. La percezione del rischio coinvolge diverse dimensioni come, per esempio, le conseguenze sia immediate sia future e le loro implicazioni tanto su un piano razionale ed oggettivo quanto su un piano emozionale e soggettivo.

Alcuni studiosi hanno ricercato quali meccanismi psicologici complessivi possono essere alla base della percezione del rischio e del senso di invulnerabilità che i ragazzi provano di fronte a comportamenti pericolosi. La maturazione biologica dell'adolescente porta a modificazioni nel sistema cognitivo, nella percezione di sé, nella percezione dell'ambiente sociale e nei propri valori personali. All'interno di questa complessa trasformazione della persona sono stati individuati alcuni fenomeni particolarmente rilevanti per la percezione del rischio: tra le motivazioni cognitive, *l'ottimismo irrealistico*; tra i fattori endogeni, la ricerca di sensazioni (*sensation seeking*) ed il senso della sfida nelle attività al limite (*edgework*).

L'ottimismo irrealistico è stato definito da **Weinstein (1980)** come un errore di giudizio che produce una sottostima del rischio che si corre personalmente. Questa forma di ottimismo, frutto di una sorta di autoinganno, porta le persone a stimare in maniera errata di avere maggiori probabilità di sperimentare eventi e situazioni favorevoli e, contemporaneamente, di sottostimare la probabilità di eventi e situazioni future sfavorevoli e negative.

La *sensation seeking* è stata ampiamente studiata dallo psicologo **Zuckerman (1971)**. Lo studioso definisce questo tratto di personalità come una necessità di sperimentare complesse sensazioni intense e il desiderio di assunzione dei rischi. Le persone che sono alla ricerca di questa sensazione sono persone che hanno un'attivazione del sistema nervoso relativamente basso e quindi cercano l'eccitazione dal loro ambiente esterno, attraverso nuovi stimoli e impegnandosi in varie esperienze.

Lo stesso autore ha elaborato nel 1964 la *Sensation seeking scale*²² che misura il livello generale di suscettibilità all'eccitazione o alla noia di un individuo nel contesto di esperimenti di deprivazione sensoriale. Questa scala comprende quattro sotto scale:

1. **Thrill e Adventure Seeking** (*ricerca di brivido e di avventura*): tendenza ad attività rischiose nell'ambito dello sport e del tempo libero che portano a sensazioni forti (es. paracadutismo)
2. **Experience Seeking** (*ricerca di esperienze*): tendenza a provare nuove esperienze tramite viaggi, piaceri artistici, assunzione di droghe ecc.
3. **Disinhibition** (*disinibizione*): tendenza alla liberazione dalle inibizioni in contesti sociali, e in particolare nel caso di consumo di alcolici
4. **Boredom Susceptibility** (*suscettibilità alla noia*): tendenza a evitare sia eventi e attività monotoni e ripetitivi, che persone noiose

Oltre al concetto di “*sensation seeking*”, lo psicologo americano ha elaborato il concetto “*novelty seeking*”: la necessità di sperimentare continuamente delle sensazioni varie e complesse, sempre nuove. Le persone che presentano questa caratteristica hanno

²² Zuckerman, Marvin, et al. (1964), *Development of a sensation-seeking scale*, Journal of Consulting Psychology 28.6, p.477

un'accentuata tendenza all'esplorazione, sono curiose e impulsive, si annoiano facilmente e hanno un'alta propensione al rischio.

Lyng (1990), invece, spiega la ricerca di queste sensazioni come una sperimentazione del rischio nelle modalità più estreme. Secondo l'autore, il rischio volontario costituisce il modo attraverso il quale molti soggetti cercano sé stessi ed una connotazione soggettiva di risposta ai determinismi sociali, vincoli e pressioni esterne. L'assunzione del rischio volontario dipenderebbe da caratteristiche di personalità che spingerebbero alcune persone a cercare la situazione rischiosa (personalità narcisistiche, sensation-seekers), mentre altre lo respingerebbero (fobici, introversi). L'autore, attraverso una ricerca sui paracadutisti, interpreta l'assunzione del rischio come una sfida che l'individuo fa a sé stesso, per valutare le proprie capacità di fronte ad una situazione rischiosa. Questo tipo di attività viene definita *edgework* (azione al limite), cioè come un'azione al confine tra la vita e la morte, la salute ed uno stato d'infermità permanente. Nell'*edgework* l'individuo, impegnando al massimo le proprie potenzialità, tenta di controllare una situazione estremamente rischiosa.

La percezione del rischio, oltre ad essere influenzata dai fattori precedentemente citati, è condizionata dall'appartenenza al **gruppo dei pari**. I soggetti coinvolti in comportamenti rischiosi, infatti, sono sostenuti dal comportamento analogo dei propri amici. Questo fatto può essere spiegato anche a partire dalla *teoria del confronto sociale* di **Festinger (1954)**, il quale afferma che gli individui per valutare le proprie caratteristiche psicologiche (opinioni, competenze sociali, credenze ecc.), si confrontano con altri individui, che costituiscono un modello, un termine di paragone. L'adolescente, infatti, sente il bisogno di condividere le proprie capacità con i membri del gruppo di appartenenza, in quanto si ritiene che essi abbiano comportamenti simili.

Un altro fattore da considerare come influente per le condotte a rischio è l'**egocentrismo adolescenziale**. Con questa espressione si intende la convinzione degli adolescenti che gli altri siano sempre attenti al loro comportamento e al loro aspetto. Gli adolescenti egocentrici ritengono che tutti gli occhi siano puntati su di loro, questo sentimento li fa sentire unici, immortali ed onnipotenti. È funzionale in quanto permette all'adolescente di occuparsi di sé e di concentrarsi sulla propria ricerca di un'identità stabile e definita ma è rischioso in quanto produce un senso di invulnerabilità che, oltre a creare una corazza intorno all'adolescente per permettergli di esplorare senza timori, può portare a comportamenti rischiosi in cui talvolta si mette in palio la vita.

Infine, un fattore meno rilevante ma pur sempre da tenere in considerazione è la **curiosità**: elemento tipico dell'adolescenza in quanto necessaria per conoscere più opportunità possibili e che può influenzare la propensione verso il rischio, soprattutto se accentuata da fattori sociali e culturali come la pressione dei pari e l'influenza dei mezzi di comunicazione.

2.3. Livelli di implicazione in condotte a rischio

Il livello di coinvolgimento degli adolescenti nei comportamenti a rischio mostra notevoli differenze. Alcuni adolescenti, ad esempio, non attuano alcun comportamento a rischio, altri provano una sola volta e non continuano, altri hanno livelli di implicazione bassi e saltuari, mentre altri ancora hanno un coinvolgimento elevato e continuativo.

Gli studi effettuati dalle psicologhe **Bonino, Cattelino e Ciarano (2003)** mostrano come il livello di implicazione sia legato all'età e al genere: gli adolescenti che non sono coinvolti in nessun tipo di comportamento a rischio sono per la maggior parte i più giovani e le ragazze. Rispetto ai livelli di implicazione, giocano un ruolo importante alcune variabili personali e le diverse opportunità offerte dai principali contesti di vita: la famiglia, la scuola, il gruppo di pari, il tempo libero.

- **Adolescenti non implicati:**
 - Sono perlopiù femmine e hanno 14-15 anni
 - Attribuiscono molta importanza all'esperienza scolastica e allo studio, ottengono buoni risultati
 - Trascorrono gran parte del tempo libero in casa e in attività organizzate
 - Vivono in famiglie con stile educativi autorevoli
- **Adolescenti con basso livello di implicazione:**
 - Attribuiscono importanza all'esperienza scolastica e allo studio, ottengono buoni risultati
 - Hanno alti livelli di autoefficacia regolatoria (ritengono di sapere resistere alle pressioni dei pari)
 - Impiegano il tempo libero in attività organizzate che richiedono un impegno costante
 - Vivono in famiglie con stili educativi autorevoli

- Sono perlopiù sperimentatori del rischio
- **Adolescenti con alto livello di implicazione:**
 - Sono soprattutto maschi nella fascia d'età 16-19 anni e frequentano un istituto professionale
 - Attribuiscono poca importanza all'esperienza scolastica e allo studio ottenendo scarso successo
 - Si percepiscono scarsamente in grado di far fronte ai doveri scolastici e alle pressioni sociali
 - Frequentano amici con i quali condividono attività che non richiedono un impegno costante e riguardano principalmente lo svago
 - Vivono le relazioni con i familiari come poco soddisfacenti e percepiscono i genitori come poco disponibili al dialogo
 - Si tratta in genere di forti fumatori di sigarette che fumano anche spinelli in modo abituale, abusano di sostanze alcoliche, adottano un modello sessuale promiscuo, sono fortemente implicati in atti devianti e nella guida pericolosa

Gli studi effettuati dalle psicologhe mostrano, inoltre, come il coinvolgimento in attività rischiose sia legato al tipo di scuola frequentato dagli adolescenti. Nonostante gli istituti professionali e tecnici permettano un coinvolgimento maggiore nelle attività a rischio, le differenze di quest'ultimo tra i ragazzi dei vari istituti superiori (licei, istituti professionali e tecnici ecc.), vanno interpretate tenendo conto della specificità dell'esperienza scolastica, intesa come contesto di vita nel quale l'adolescente elabora la propria personale azione e il proprio processo di adattamento.

2.4 Significati dei comportamenti a rischio

Molti autori hanno cercato di leggere il fenomeno della ricerca del rischio in adolescenza in una prospettiva adattiva, cercando di comprendere quale fosse la funzione di questi comportamenti e a quali bisogni rispondessero.

La funzione principale sembrerebbe essere quella di consentire agli adolescenti di raggiungere obiettivi di crescita personalmente e socialmente dotati di senso: questi obiettivi andrebbero quindi ricercati tra i compiti di sviluppo della fase adolescenziale ed in modo

particolare farebbero riferimento **all'acquisizione dell'identità** e alla **partecipazione sociale**.

Per quanto riguarda le principali funzioni legate all'identità, possiamo individuare:

1. *Adulità*: si tratta dell'assunzione anticipata di comportamenti che nell'adulto sono considerati normali, come il fumo della sigaretta o il consumo di alcol. L'attuazione di alcuni comportamenti a rischio permette di sentirsi adulti facendo ciò che gli adulti fanno, rafforzando la propria identità in un momento in cui altri aspetti più essenziali dell'essere adulti non sono ancora realizzabili.
2. *Acquisizione e affermazione di autonomia*: l'adolescente mette spesso in atto dei comportamenti che hanno la funzione di realizzare una autonomia di scelta rispetto alle norme, i valori, le indicazioni degli adulti, primi fra tutti i genitori. L'autonomia si crea attraverso una maggiore partecipazione al gruppo dei pari e l'accettazione delle sue nuove regole, e attraverso la rinegoziazione dei rapporti tra familiari e delle norme che li governano, allo scopo di realizzare una maggiore reciprocità. Anche il coinvolgimento in comportamenti a rischio ha spesso, per l'adolescente, la funzione di dimostrare a sé stesso ed agli altri di possedere la capacità di scegliere e decidere in maniera autonoma, indipendentemente dal parere dei genitori e degli adulti in genere.
3. *Identificazione e differenziazione*: l'adolescente ha la duplice esigenza di identificare sé stesso come un individuo dotato di particolari caratteristiche e di differenziarsi dagli adulti, primi fra tutti i genitori. L'identificazione si realizza compiendo azioni che sono in grado di qualificare l'adolescente e distinguerlo dagli adulti; molti comportamenti a rischio assolvono a questa funzione, che può naturalmente essere svolta anche da comportamenti non pericolosi (es. abbigliamento eccentrico). In questo processo l'adolescente ricerca il sostegno dei coetanei; di conseguenza l'identificazione e la differenziazione si realizzano attraverso azioni di gruppo.
4. *Affermazione e sperimentazione di sé*: riguarda in particolare le nuove e diverse possibilità fisiche, psichiche e relazionali, rese accessibili dallo sviluppo cognitivo e sessuale. L'affermazione e la sperimentazione di sé sono strettamente connesse alla ricerca di autonomia, perché l'adolescente cerca di affermare sé stesso come autonomo dagli altri, in particolare dagli adulti. Entrambe

avvengono spesso in modo esagerato e vistoso attraverso sperimentazioni che possono essere fortemente pericolose sul piano fisico.

5. *Trasgressione e superamento dei limiti*: consiste nell'andare contro le regole e le leggi del mondo adulto per affermare, in forma più marcata, se stessi, la propria autonomia, la propria indipendenza e capacità di decisione, così come uno stile di vita conforme alle proprie esigenze adolescenziali.
6. *Esplorazione di sensazioni*: ha lo scopo di indagare e sperimentare non soltanto le nuove possibilità che provengono dalla maturazione sessuale, ma anche da quelle che possono derivare da un diverso modo, più personale e autonomo, di vivere la propria identità.
7. *Percezione di controllo* della propria vita nelle novità sperimentate per superare il timore e le incertezze prodotte dal senso di inadeguatezza
8. *Coping e fuga*: per modalità di *coping* si intendono quelle strategie socio-cognitive che consentono all'individuo di fare fronte in modo adattivo alle difficoltà ed ai problemi personali e relazionali della vita quotidiana. Alcuni comportamenti a rischio, in particolare l'uso di marijuana ed altre droghe, l'abuso di alcol, l'alimentazione distorta, possono rappresentare tentativi di coping, in presenza di un fallimento nel far fronte alle richieste provenienti dalla famiglia, dalla scuola e dall'ambiente sociale.

Per quanto riguarda, invece, le funzioni legate alla ridefinizione delle relazioni sociali con gli adulti e con i pari, possiamo individuare:

9. *Comunicazione*: l'esigenza di comunicare con i coetanei è molto importante per gli adolescenti, poiché costituisce il primo passo per entrare in relazione e stabilire con essi rapporti significativi e più rappresentativi.
10. *Condivisione di azioni e emozioni*: il singolo realizza ed esprime la propria individualità attraverso la condivisione con i coetanei di esperienze, sentimenti, emozioni. Molti comportamenti a rischio costituiscono dei modi facili e tangibili per vivere la propria identità e rappresentarla sulla scena del gruppo per ottenerne riconoscimento, reputazione e popolarità.
11. *Rito di legame e di passaggio*: molti dei comportamenti a rischio compiuti con i pari hanno lo scopo di fondare il legame sociale con i coetanei, attraverso modalità ritualizzate, caratterizzate dalla ripetizione, ridondanza ed esagerazione

di particolari gesti. Comportamenti come la condivisione rituale della sigaretta o dello spinello simboleggiano sia un rito di legame che di passaggio perché segnano la transizione dall'infanzia al gruppo dei "grandi".

12. *Emulazione e superamento*: all'interno del gruppo dei coetanei, l'adolescente non avverte soltanto l'esigenza di agire in conformità agli altri, imitandoli; egli avverte anche la necessità di misurarsi con loro per affermare sé stesso.
13. *Esplorazione delle reazioni e dei limiti*: l'adolescente mette spesso in atto dei comportamenti che hanno lo scopo di analizzare le reazioni degli adulti, siano essi genitori o insegnanti. Molti comportamenti trasgressivi sono attuati per osservare in che modo l'adulto reagisce, per comprendere quanto egli sia attento e interessato al comportamento del ragazzo o della ragazza, per sondare i limiti posti dall'adulto, per vedere fin dove si può arrivare, per capire se i divieti sono reali.
14. *Differenziazione ed opposizione*: l'adolescente cerca dei modelli di identificazione diversi dai genitori, e dagli adulti in genere; di conseguenza egli ricerca dei nuovi modelli tra i coetanei e lotta contro i modelli genitoriali, enfatizzando gli aspetti di differenza e opposizione.

Tutte queste funzioni che riguardano i comportamenti a rischio in adolescenza sono strettamente connesse ai compiti di sviluppo tipici di quest'età. Tale evidenza è utile per comprendere come mai il rischio sia così diffuso in questo particolare periodo.

2.5 Fattori di rischio e fattori di protezione

Per "*fattori di rischio*" si intendono tutti quegli eventi, esperienze, minacce, pericoli che aumentano le probabilità per l'individuo di incorrere in conseguenze negative per il proprio sviluppo e adattamento psicosociale.

Alcuni studiosi sottolineano come il valore di rischio di un fattore dipenda dall'effetto di altri elementi presenti nell'esperienza e nel contesto di vita (Di Blasio, 2005).

A questo proposito è possibile distinguere:

- *Fattori di rischio distali*: esercitano un'influenza indiretta ma la cui presenza non risulta essere sufficiente a generare danni o conseguenze negative, creano condizioni di maggiore vulnerabilità per l'individuo
- *Fattori di rischio prossimali*: sono prossimi alle relazioni e coincidono con le esperienze del quotidiano. Si riferiscono a caratteristiche personali o ambientali che esercitano un'influenza maggiormente diretta sul comportamento.

L'impatto di questi fattori può essere molto vario e dipendere largamente anche dalla presenza dei "*fattori di protezione*", ossia quelle variabili personali o ambientali che possono ridurre, in modo diretto o indiretto, l'impatto del rischio sul comportamento e sullo sviluppo adolescenziale.

Per comprendere a pieno il significato dei *fattori di protezione*, è necessario introdurre il concetto di "*resilienza*", ossia la capacità dell'individuo di flessibilità, di adattamento, di resistenza alle avversità, all'ansia e allo stress. Nonostante la presenza di condizioni sfavorevoli e di fattori di rischio gravi, l'individuo resiliente è in grado di mantenere un buon livello di adattamento psicologico e sociale proprio perché capace di affrontare e superare le avversità in modo efficace.

È proprio grazie al concetto di resilienza che è possibile analizzare i *fattori protezione*: fattori che svolgono un ruolo di promozione della salute, del benessere, dello sviluppo, ad esempio favorendo l'assunzione di comportamenti responsabili e costruttivi.

I tre principali ambiti caratterizzati da fattori di protezione, così come di rischio, sono la famiglia, il gruppo dei coetanei e la scuola. Si tratta degli stessi contesti rispetto ai quali i ragazzi e le ragazze affrontano i principali compiti evolutivi e, contemporaneamente, dei contesti in cui si realizza lo sviluppo adolescenziale.

2.5.1. Fattori di protezione personali

Alcune caratteristiche dell'adolescente possono svolgere un ruolo protettivo rispetto all'implicazione nel rischio. Si tratta di quelle competenze cognitive, relazionali e comunicative, definite dall'Organizzazione della Sanità *life skills* (WHO,1992), che rendono gli individui in grado di affrontare in modo efficace le richieste e i cambiamenti della vita quotidiana.

Oltre a queste, ritroviamo tra i fattori di protezione anche alcuni valori, come l'importanza attribuita all'esperienza scolastica, alla salute e alla religione; gli adolescenti che investono nella loro esperienza scolastica, che considerano la salute personale come valore da salvaguardare e che ritengono importante la religione, risultano meno coinvolti nel rischio.

Anche la disapprovazione dei comportamenti devianti costituisce un fattore di protezione, così come le attese di successo per la propria vita, sia nell'immediato che nel lungo periodo, e le conoscenze specifiche relative alla dannosità dei comportamenti a rischio.

2.5.2. Fattori di protezione legati alla famiglia

La famiglia può porsi come fattore protettivo sia direttamente che indirettamente.

L'**influenza diretta** si attua mediante i modelli positivi di adulto che essa propone, veicolati attraverso i comportamenti e gli atteggiamenti dei genitori. Un altro fattore importante è costituito dalla disapprovazione esplicita dei comportamenti a rischio da parte dei genitori; una mancata disapprovazione esplicita può tradursi infatti, agli occhi dell'adolescente, come un'implicita approvazione dello stesso.

L'**influenza indiretta** della famiglia si manifesta principalmente attraverso lo stile educativo messo in atto dai genitori. Gli stili educativi permissivi-insistenti, dove il sostegno, il dialogo, il controllo e la supervisione sono molto carenti, rendono particolarmente difficile all'adolescente crescere come una persona responsabile e autonoma. Per questo lo stile più protettivo è quello autorevole, poiché è caratterizzato da un'adeguata severità delle regole e da una costante disponibilità e apertura al dialogo. Tale stile educativo è quello che favorisce maggiormente lo sviluppo dell'autonomia e che offre all'adolescente uno spazio protetto all'interno del quale può esprimere sé stesso e confrontarsi con le proprie difficoltà (Cairano, Bonino, Jackson e Miceli, 2001).

2.5.3. Fattori di protezione legati alla comunità

La comunità può agire a diversi livelli, in primo luogo modificando gli atteggiamenti e i messaggi rivolti agli adolescenti. Sarebbe opportuno ridurre i messaggi che spingono il ragazzo verso un'anticipazione dello status adulto e promuovere una maggiore accettazione del periodo adolescenziale quale momento di sviluppo in sé, con le sue caratteristiche e

peculiarità. Ciò si traduce nel considerare gli adolescenti come una risorsa, come persone a cui chiedere impegno e responsabilità e non come individui che costituiscono un problema da risolvere.

Inoltre, a livello comunitario l'azione protettiva può essere attuata favorendo l'offerta di opportunità concrete e spazi fisici di incontro, come ad esempio la costruzione di luoghi di aggregazione con altri giovani dove sia possibile condividere attività significative.

A questo proposito è importante ricordare come un fattore protettivo rilevante sia costituito dal modo di impiegare il tempo libero. I giovani meno implicati nei comportamenti a rischio risultano essere coloro i quali dedicano gran parte del tempo libero non solo allo studio, alla lettura, alle attività familiari, ma anche alla partecipazione a gruppi capaci di offrire occasioni di riflessione su di sé, sulla propria vita, sul proprio futuro.

2.5.4. Fattori di protezione legati alla scuola

I principali fattori di protezione legati alla scuola possono essere ricondotti in primo luogo al tipo di esperienza vissuta in questo contesto. Elementi importanti da questo punto di vista sono la soddisfazione per l'esperienza scolastica che si sta conducendo (risultati raggiunti e relazioni con i compagni) e il successo scolastico. I ragazzi che si trovano bene a scuola, che vivono questa esperienza in modo positivo, percepiscono l'utilità per il loro presente e per il loro futuro sono maggiormente protetti rispetto ad un possibile coinvolgimento nei comportamenti a rischio.

Altri elementi importanti sono attribuibili all'organizzazione scolastica. Infatti, risulta protettivo un contesto in cui gli spazi e i tempi sono predisposti in modo efficace: questo va incontro alle esigenze e ai tempi di apprendimento degli studenti.

La scuola svolge inoltre il suo ruolo protettivo attraverso i metodi e i contenuti delle attività didattiche; si tratta, a questo proposito, di fornire opportunità positive per far fronte ai compiti di sviluppo, attraverso le attività quotidiane che a scuola vengono svolte e le proposte educative che vengono fatte. Ne discende il ruolo educativo rivestito dall'insegnante riguardo la prevenzione dei comportamenti a rischio in adolescenza. Da una parte, l'insegnante può affrontare il tema dei comportamenti a rischio in relazione al significato che essi assumono per gli adolescenti, favorendo la riflessione sulle diverse funzioni dei comportamenti a rischio e sulla ricerca di comportamenti alternativi volti a raggiungere gli stessi obiettivi. Dall'altra parte, l'insegnante deve potenziare le abilità

cognitive, sociali e comunicative dei ragazzi che sono implicate nello stesso svolgimento delle attività scolastiche.

Si tratta, quindi, di sviluppare attraverso la quotidianità del lavoro scolastico le life skills degli adolescenti, che si sono dimostrate importanti fattori di protezione dall'implicazione nei comportamenti a rischio in adolescenza. Potenziare le life skills significa rendere i ragazzi e le ragazze maggiormente in grado di affrontare le esigenze e i cambiamenti che la vita quotidiana pone, favorendo un migliore adattamento e un maggiore benessere fisico, psicologico e sociale.

Capitolo 3

L'uso di sostanze in adolescenza

3.1. Storia delle sostanze

Le indagini storiche dimostrano che la ricerca dell'alterazione degli *stati di coscienza* (ASC) è un tratto costante nell'evoluzione dell'umanità. La tendenza a usare sostanze psicoattive, lo "*psicotropismo*"²³, è osservabile in tutte le epoche, a tutte le latitudini geografiche, in ogni civiltà e quindi non può essere un fenomeno riconducibile solo alla cultura adolescenziale del nostro secolo.

Nelle sostanze psicoattive l'uomo ha cercato il sostegno per affrontare la natura e le sfide con gli altri, l'evasione e il godimento estetico. Attraverso le sostanze psicoattive si è cercato di curare le malattie, superare i disagi morali, rompere i vincoli della quotidianità, acquisire una percezione mistica e giungere all'esperienza del sacro.

Ogni cultura ha sentito la necessità di ricercare nuove sostanze che permettessero di modificare gli stati di coscienza attribuendo agli ASC ruoli e significati specifici, selezionando le proprie droghe e gli usi e i costumi ad esse legate, tra cui ad esempio il consumo di oppio nell'Antica Cina, di foglie di coca in America Latina e di alcol nei paesi mediterranei.

Nelle **culture prestatuali**, ovvero nelle quali l'organizzazione politica e sociale era precedente alle attuali forme di stato, le droghe costituivano il mezzo per entrare in contatto con il soprannaturale oppure gli ASC rappresentavano la manifestazione di uno spirito o un demone.

È in Occidente che il significato attribuito alle droghe e l'atteggiamento nei suoi confronti cambia notevolmente. Infatti, nell'**antica Grecia** le droghe erano considerate "*sostanze che agiscono raffreddando, riscaldando, asciugando, umidificando contraendo e rilassando, o addormentando*"²⁴. Il consumo di sostanze psicoattive avveniva all'interno di culti esoterici nei quali venivano sperimentate esperienze che dovevano rimanere segrete e che rappresentavano una forma di liberazione per certe categorie sociali, come ad esempio per le donne, le quali potevano in questo modo esprimere comportamenti altrimenti repressi.

²³Canali S. (2016), *L'essere umano e le droghe*, Psicoattivo, Pubblicato il 17 marzo 2016, Consultato il 15 settembre 2020 da www.pisocattivo.com/lessere-umano-le-droghe

²⁴ Ippocrate (IV secolo a.C.), *De veteri medicina*, in *Corpus Hippocraticum*, p. 246

Queste manifestazioni mistiche si verificarono anche in **epoca romana** ma in seguito vennero proibite, perché percepite come pericolose per la tradizione religiosa.

Nel **Medioevo** l'uso di droghe e le conseguenti ASC erano considerati come un tentativo di manipolazione dell'anima che portava alla possessione demoniaca, da cui l'individuo doveva essere liberato.

Nel **secolo scorso** la psicoanalisi aveva ricondotto le alterazioni dello stato di coscienza a manifestazioni psicopatologiche da curare attraverso l'ipnosi.

Oggi, nella nostra cultura, il consumo di sostanze psicoattive è un fenomeno molto diffuso, basti pensare che tre quarti degli italiani consumano alcolici e che solo una minoranza non fa uso di alcun tipo di sostanza psicoattiva.

La diffusione di questo fenomeno a livello universale ha spinto gli studiosi in materia ad ipotizzare l'esistenza di un bisogno psicologico innato nell'uomo che le droghe sarebbero in grado di soddisfare grazie alla loro azione neurobiologica ed agli influssi della cultura e dell'ambiente, che avvicinano l'uomo alla sostanza.

3.1.1. In adolescenza

Come citato precedentemente, esistono testimonianze dell'uso di droghe già da molti secoli, tuttavia il consumo di sostanze da parte degli adolescenti è molto recente nella nostra cultura. L'utilizzo di sostanze in Italia è considerato un problema "importato" dagli Stati Uniti alla fine degli **anni '60**.

La diffusione e l'utilizzo di sostanze stupefacenti ha seguito un percorso di tre fasi.

La prima fase, definita "*esperienziale*", va dalla fine degli anni '60 alla fine degli **anni '70**. Nell'ambito della contestazione giovanile la droga assume un valore trasgressivo ed esperienziale, tramite la quale raggiungere una conoscenza più profonda di sé e del mondo. In questo periodo c'è ancora pochissima informazione sugli effetti e sui danni legati al consumo di sostanze. Il mercato della droga si amplia e si differenzia introducendo gli oppiacei: la morfina prima e l'eroina poi. In questi anni le mafie assumono il controllo del mercato delle droghe illegali facendolo diventare più efficiente e capillare: gli adolescenti diventano clienti di questo mercato, ma in modo ancora marginale.

La seconda fase, definita "*edonistica*", va dalla fine degli anni '70 agli anni '90. Negli **anni '80** l'uso di droga diventa edonistico: la gioventù si concede piaceri estremi. Le sostanze vengono consumate in ogni contesto sociale e sono disponibili ovunque. Questo

decennio vede l'insorgenza dei primi casi di AIDS; questo porta allo studio di strategie di intervento che inizialmente sono mirate alla riduzione del danno, quindi non rivolte alla cura del tossicodipendente ma ad evitare il suo contagio. I giovani, per evitare l'infezione, abbandonano l'eroina e si avvicinano a droghe fumate o inalate, come la cannabis e la cocaina. In questi anni nascono anche i primi servizi per le tossicodipendenze che vengono frequentati da soggetti prevalentemente implicati nel consumo. L'immagine della droga diventa più negativa, il tossico viene considerato malato, emarginato e criminale.

Negli **anni '90** tra gli adolescenti si diffonde il fenomeno del policonsumo. In un'intervista rilasciata alla rivista "Il Regno", Don Luigi Ciotti definisce fondamentale *"il passaggio dalle droghe da "estraneazione" - di cui era emblema l'uso di eroina in endovena - alle droghe da "prestazione", socializzanti e performanti, come l'ecstasy e le anfetamine"*.²⁵ Questo passaggio è stato determinante perché ha fatto sì che negli adolescenti venisse *"le figura romantica dell'eroe-negativo che con la tossicodipendenza esprimeva una protesta al sistema, trasformato dalla cultura della prestazione in figura "perdente" e priva di fascino"*²⁶. In questo periodo si sviluppano le droghe sintetiche che, essendo di facile commercializzazione, si diffondono rapidamente tra gli adolescenti. Queste sono droghe che promettono successo, buon umore e resistenza alla fatica. Allo stesso tempo, il sistema di valori si modifica introducendo la cultura del rischio che fa diventare la droga uno strumento autodistruttivo.

3.2. Le sostanze psicoattive

L'Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e la prevenzione del crimine (UNODC) definisce sostanza psicoattiva *"qualsiasi sostanza naturale o artificiale in grado di modificare la psicologia o l'attività mentale degli esseri umani"*²⁷.

Per parlare delle sostanze psicoattive è necessario introdurre delle parole chiave per la comprensione dell'argomento:

²⁵ Don Luigi Ciotti. *"Perfetti consumatori. Com'è cambiato il mondo degli stupefacenti. Intervista a Don Luigi Ciotti"*. Il Regno – attualità, 16/2018. Pp. 462-463

²⁶ Ibidem

²⁷ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Bulletin of Narcotics*, 1967, n. 19

- **USO:** il consumo controllato e limitato di una sostanza. Può essere di tipo *dipendente* o *non dipendente*: generalmente l'uso di droga in adolescenza corrisponde al secondo tipo, in quanto sporadico ed occasionale. Esiste, però, anche l'*uso problematico* che riguarda gli effetti sociali indesiderati come difficoltà relazionali e di salute.
- **ABUSO:** il consumo improprio o eccessivo di una qualsiasi sostanza psicoattiva, sia essa lecita o illecita. L'abuso diventa sempre meno controllabile e determina incapacità a svolgere le proprie attività.
- **DIPENDENZA:** il bisogno incontrollato di consumo della sostanza, il quale se non soddisfatto genera stati di malessere. La dipendenza può essere *psicologica* o *fisica*.
- **ASTINENZA:** stato di sofferenza dovuto al venir meno dell'effetto fisiologico, farmacologico o tossico di una sostanza cui l'organismo era abituato.
- **SINDROME DA ASTINENZA:** complesso di sintomi e disturbi che insorgono dopo la sospensione dell'assunzione della sostanza che è causa della dipendenza.
- **TOLLERANZA:** fenomeno per cui la quantità di sostanza necessaria per raggiungere l'effetto desiderato progressivamente aumenta.
- **CRAVING:** voglia, desiderio impulsivo, improvviso, incontrollabile con attivazione anche di comportamenti illegali pur di ottenere ciò che si desidera.

Le sostanze psicoattive possono produrre degli effetti che presentano una **variabilità** che dipende sia dalle caratteristiche farmacologiche della sostanza, ma anche dalla qualità di quest'ultima, dall'individuo e dall'ambiente in cui avviene il consumo.

La **qualità della sostanza** dipende da fattori come:

- Origine della sostanza (naturale, raffinata o di sintesi)
- Grado di concentrazione e di purezza del principio attivo
- Presenza di altre sostanze di taglio, ossia altre sostanze che vengono aggiunte alla droga pura per rafforzare o prolungare gli effetti
- La dose e le modalità scelte per l'assunzione

Gli effetti che vengono prodotti derivano anche da una serie di variabili, di dimensioni psicologiche, culturali, interattive che modificano lo stesso effetto che la sostanza fornisce sia a livello psicologico che fisiologico (De Leo, Salvini, 1977). Questi fattori sono:

- l'età,
- il sesso,
- la statura,
- lo stato di salute,
- il gruppo etnico di appartenenza,
- la fase di consumo in cui si trova. Infatti, gli effetti delle sostanze sono più consistenti durante l'infanzia perché le funzioni corporee non sono ancora del tutto sviluppate, e durante l'età senile poiché esse sono in declino.

Anche l'**ambiente** fisico e sociale in cui si verifica l'assunzione di sostanze ne influenza gli effetti. Il grado di soddisfacimento rispetto all'assunzione di una sostanza è tanto più alto quanto più l'ambiente viene percepito come piacevole, rilassante, sicuro, familiare e conosciuto.

3.2.1. Classificazione delle sostanze

Osservando le sostanze da un punto di vista legale, si possono distinguere le **droghe lecite e illecite**; questo criterio di differenziazione varia a seconda del Paese e della sua legislazione.

Classificando invece le sostanze in base all'origine si avranno le **droghe naturali**, ossia quelle che possono ritrovarsi così come sono in natura o parzialmente modificate da alcuni trattamenti, le **droghe sintetiche**, ottenute per un processo di sintesi chimica e le **droghe semisintetiche**, ottenute da derivati naturali sottoposti a trattamenti chimici.

Se si guarda alla capacità della sostanza di provocare dipendenza, allora si dovranno distinguere le **droghe leggere**, ossia quelle droghe che non danno dipendenza fisica e non comportano l'insorgenza di una sintomatologia di astinenza (es. marijuana, hashish). Per **droghe pesanti** si intendono, invece, quelle sostanze che determinano facilmente e rapidamente una forte dipendenza psico-fisica nel soggetto e hanno proprietà psicotrope elevate (es. cocaina, eroina).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sviluppato un criterio di classificazione legato agli effetti prodotti dalle sostanze, che vengono distinte in **droghe deprimenti o depressive**, che deprimono o calmano l'attività cerebrale (es. oppiacei), le **droghe stimolanti** che stimolano l'attività cerebrale (es. cocaina) e infine le **droghe**

allucinogene o psichedeliche che alterano la percezione e l'interpretazione della realtà. (es. ecstasy).

Di seguito verranno riportate le descrizioni delle principali sostanze suddividendole in base al criterio adottato dall'OMS.

3.2.1.1. Droghe deprimenti o depressive

Questa tipologia di sostanze inibisce il sistema nervoso centrale, riduce gli stati di ansia inducendo sensazioni di benessere e rilassamento.

I tranquillanti creano sedazione, rallentamento e disorientamento; l'alcol produce un'iniziale euforia e a dosi elevate riduce le inibizioni e l'autocontrollo.

L'uso di alcolici da parte degli adolescenti ha la funzione di socializzazione e di ricerca di inibizione ed euforia.

Gli oppiacei sono un'altra droga depressiva molto usata. Alleviano gli stati di angoscia producendo una sensazione di tranquillità e calore; negli adolescenti l'uso di queste sostanze è marginale.

Oppiacei

L'oppio è un succo lattiginoso estratto dalle capsule non mature di una specie di papavero chiamato *Papaver somniferum*, originario dell'area mediterranea, che contiene venti tipi di composti che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale, tra cui la morfina e la codeina. I principali derivati dell'oppio sono la **morfina**, il **metadone** e l'**eroina**. Quest'ultima, tra gli oppiacei è la droga ad azione più rapida ed è la più abusata.

L'**eroina** è una sostanza alcaloide ad azione depressogena sul sistema nervoso centrale. È una sostanza semisintetica di origine oppiacea, ottenuta nel 1874 da A.C. Wright (Rook et al, 2006) per sintesi chimica della morfina e commercializzata nel 1898 come rimedio farmacologico per la tosse nei pazienti con asma e tubercolosi (Sneader 1998).

Questa sostanza è utilizzata sia in forma salina (di solito come sale cloridrato, solubile in acqua), idonea per l'uso per via endovenosa, che come base libera, più adatta al suo consumo per via inalatoria (Strang et al, 1997; Hagel et al, 2005; Demaret et al, 2013). Viene assorbita rapidamente attraverso tutte le vie di assunzione (con picco di assorbimento

variabile a seconda della via tra 1 e 5 minuti) e gli effetti dell'iniezione endovenosa possono essere visibili dopo 7-8 secondi.

Poco dopo l'assunzione, l'eroina arriva al cervello e si trasforma in morfina che si lega rapidamente ai recettori degli oppioidi, provocando degli **effetti a breve termine**.

Il primo effetto, chiamato "*rush*" o "*flash*", ha una durata variabile da 45 secondi a parecchi minuti. È una forte sensazione piacevole di euforia che è tanto più intensa quanto maggiore è la dose assunta. A tale effetto fa seguito uno stato di rilassamento e benessere profondo della durata di circa un'ora che va riducendosi progressivamente.

In corrispondenza di questi effetti, il soggetto percepisce calore alla pelle, secchezza delle fauci, pesantezza delle estremità corporee, nausea, vomito e prurito soprattutto dopo le prime assunzioni.

Dopo l'iniziale e apparente benessere, il consumatore di eroina mostra una diminuzione dell'attività cardiaca e respiratoria, un'alterazione delle capacità cognitive (giudizio, concentrazione, memoria) e della risposta agli stimoli sensoriali. La durata complessiva di questi effetti è di 3-5 ore.

L'uso protratto di eroina produce **effetti a lungo termine** come lo sviluppo di tolleranza agli effetti farmacologici, cioè la progressiva riduzione, con la somministrazione ripetuta, degli effetti prodotti da una determinata dose.

Un altro effetto che può verificarsi è la dipendenza, che può svilupparsi rapidamente, dopo due settimane di uso cronico giornaliero o talora pochi giorni, secondo la frequenza di uso e la dose assunta. Quando la dipendenza è sviluppata, i primi sintomi astinenziali iniziano a verificarsi dopo 8-10 ore dall'ultima assunzione. I sintomi più comuni sono dolori muscolari e alle ossa, irritabilità, agitazione, nausea, insonnia, diarrea, vomito, brividi.

Altri effetti che possono verificarsi sono le infezioni virali (epatite B, infezione da HIV, epatite C), infezioni batteriche, infezioni di cute e sottocute, infezioni delle valvole cardiache.

Per curare la dipendenza da eroina esistono dei trattamenti sostitutivi: trattamenti in cui, sotto stretto controllo medico, si assumono dei farmaci che vanno a rimpiazzare l'azione dell'eroina stessa. In Italia gli unici farmaci impiegabili come "sostitutivi" sono il **metadone** e la **buprenorfina**. Il primo è un oppioide di sintesi che ha come vantaggi principali la scomparsa del craving, la scomparsa del ciclo effetto/astinenza, una durata di azione di 24-

36 ore, il blocco degli effetti dell'eroina e la mancanza di oscillazioni del tono dell'umore (Giancane, 2018). Il secondo possiede alcune caratteristiche favorevoli come il basso rischio di sovradosaggio, una lunga durata degli effetti e una buona attività eroinobloccante.

Alcol

Quando si parla di alcol contenuto nelle bevande alcoliche, si fa riferimento all'etanolo: una sostanza liquida che si forma per fermentazione di alcuni zuccheri semplici o per distillazione del mosto fermentato.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) classifica l'alcol fra le droghe poiché, nonostante sia una sostanza giuridicamente legale, ha un potere psicotropo che può dare dipendenza, oltre che causare altre patologie.

Le bevande alcoliche si distinguono in due categorie: bevande fermentate e bevande distillate.

Le **bevande fermentate** sono prodotte dalla trasformazione in alcol degli zuccheri contenuti nell'uva, in altri frutti o nei cereali. Esempi di queste bevande sono il vino, la birra o il sidro.

Le **bevande distillate**, invece, sono ottenute attraverso un processo di distillazione che consiste nel portare ad ebollizione una bevanda alcolica facendone successivamente raffreddare e condensare i vapori, in modo da aumentare la concentrazione dell'alcol. Esempi di queste bevande sono i superalcolici, le grappe ecc.

L'alcol è una sostanza psicoattiva in grado di interferire con le funzioni neuropsichiche e di indurre, come gli oppiacei, fenomeni neuroadattivi.

Al pari dell'eroina, l'alcol interferisce sul sistema dopaminergico e sul sistema oppioide endogeno, rappresentando un notevole stimolo motivazionale al consumo per ottenere gratificazione.

Questa sostanza, oltre ad avere **effetti** importanti **sul cervello**, produce gravi danni agli organi e alle funzioni, soprattutto quella cardiaca e cerebrale.

L'uso di alcol ha **effetti** anche **sul comportamento**: se inizialmente si è inclini alla socializzazione, si passa poi a uno stato di sedazione e depressione, che spinge ad assumere ancora la sostanza per raggiungere nuovamente l'effetto eccitante.

Studi effettuati dimostrano come l'alcol sia una sostanza ancora più dannosa per i giovani fino all'età indicativa di 20 anni, perché l'organismo non possiede ancora gli enzimi destinati alla metabolizzazione dell'alcol. Le bevande alcoliche, in questo modo, risultano molto più nocive per un giovane rispetto ad un adulto, soprattutto se consumate in un breve periodo di tempo a concentrazioni molto elevate, come possono essere le bevute del fine settimana.

L'assunzione di alcol, oltre ad avere effetti diretti, è causa di incidenti stradali per guida in stato di ebbrezza e atti di violenza interpersonale.

Inoltre, **a lungo termine**, potranno verificarsi la dipendenza fisica e dipendenza psicologica con connesse crisi di astinenza. Durante queste potranno insorgere gravi disturbi psichici tra cui allucinazioni visive e uditive e episodi epilettici.

L'uso di alcol è determinato da alcuni fattori, come:

- Ambiente e condizioni socioeconomiche
- Contesto socioeducativo
- Difficoltà individuali (solitudine, malessere psichico)

Sedativi

I sedativi sono sostanze che diminuiscono la normale funzionalità cerebrale e si dividono in *barbiturici*, che sono utilizzati come anestetici generali o per il trattamento dell'epilessia, e le *benzodiazepine* rivolte alla cura dell'ansia, dell'insonnia e delle convulsioni.

Queste sostanze possono essere assunte solo attraverso la prescrizione del medico curante ma sono comunque oggetto di abuso.

I pazienti che assumono elevati dosaggi di sedativi presentano difficoltà nel pensiero, lentezza nell'eloquio e nella comprensione, perdita di memoria, compromissione del giudizio.

I rischi legati all'uso di queste sostanze sono gravi intossicazioni, alterazioni del sonno, del sistema cardiocircolatorio, overdose, disturbi del tono dell'umore.

La dipendenza psicologica da queste sostanze può svilupparsi molto velocemente, mentre il livello di dipendenza fisica dipende dal dosaggio e dalla durata dell'uso.

3.2.1.2. Droghe stimolanti

Le droghe stimolanti possono essere di *origine naturale* (caffaina, cocaina) o di *origine artificiale* (amfetamine). Indipendentemente dalla natura, sono tutti stimolanti del Sistema Nervoso Centrale.

Tutte queste droghe provocano:

- Intensificazione delle sensazioni e delle emozioni (sia positive che negative)
- Aumento di energia, vigore, benessere
- Riduzione di sensazioni di affaticamento fisico e mentale
- Senso di onnipotenza psicologica
- Dipendenza fisica presente ma non marcata
- Dipendenza psicologica anche molto elevata
- Mortalità possibile ma meno frequente rispetto all'eroina e all'alcol
- Frequente causa di disturbi psichiatrici

Cocaina

La cocaina è presente in natura come alcaloide nelle piante appartenenti alla famiglia delle *eritroxilacee*, degli arbusti che crescono spontaneamente principalmente in Perù e Bolivia.

Dalle foglie di questa pianta si forma, dopo un processo di macerazione, una pasta da cui si estrae per raffinazione una polvere cristallina biancastra che contiene la cocaina cloridrato.

Le preparazioni contenenti cocaina sono diverse tra loro e si distinguono per la quantità di sostanza presente, per il modo in cui viene somministrata e le caratteristiche farmacocinetiche. Quella maggiormente utilizzata, e storicamente più nota, è la forma in polvere, la quale può essere inalata per via intranasale o iniettata.

Esiste un tipo di cocaina cristallizzata, il *crack*, che è ottenuto trasformando la cocaina cloridrato nell'alcaloide base. Questo tipo di sostanza può essere iniettata o fumata. Proprio per questo, con questa sostanza si possono ottenere effetti, come l'euforia, in meno di dieci secondi. Questo fenomeno è una delle ragioni dell'enorme popolarità raggiunta dal crack alla metà degli anni '80.

La cocaina sembra essere la sostanza responsabile del maggior numero di morti da uso di sostanze ed è la causa di un gran numero di complicanze mediche (Lugoboni, Morbioli, 2018):

- Complicanze cardiovascolari (cardiopatía ischemica, infarto del miocardio)
- Complicanze neurologiche (convulsioni, ictus)
- Complicanze polmonari (asma, edema polmonare)
- Complicanze gastrointestinali
- Complicanze renali
- Complicanze ostetriche e neonatali
- Complicanze sulla performance sessuale

Gli **effetti a breve termine** legati all'uso di questa sostanza sono l'euforia, l'aumento di energia, la diminuzione dell'appetito, l'aumento della vigilanza, del battito cardiaco, della pressione sanguigna, la dilatazione delle pupille.

Gli **effetti a lungo termine**, invece, sono dipendenza, irritabilità, disturbi dell'umore, agitazione, attacchi di panico e psicosi paranoide.

Amfetamine e metamfetamine

L' **amfetamina** è una sostanza di origine sintetica sintetizzata per la prima volta alle fine del 1800. L'azione di questa sostanza incide principalmente sul Sistema Nervoso Centrale causando il rilascio di adrenalina e di noradrenalina, sostanze che il cervello produce per reazioni in caso di spavento, forti emozioni o pericolo.

Dopo essere stata dichiarata illegale negli anni '70, viene sostituita dalla **metamfetamina**: una droga che si produce facilmente in laboratori clandestini con ingredienti economici.

Questa sostanza è conosciuta anche come "speed", "ice" o "crystal" poiché si presenta come una polvere cristallina bianca, dal sapore amaro e inodore che si scioglie facilmente in acqua o nell'alcol.

La struttura chimica della metamfetamina è simile a quella dell'amfetamina, ma gli effetti sul Sistema Nervoso Centrale sono molto più pronunciati. Questa sostanza incrementa l'attività motoria, riduce l'appetito e produce una generale sensazione di benessere. Gli

effetti possono durare dalle 6 alle 8 ore. Dopo l'iniziale sensazione di euforia – definito “*rush*” o “*flash*” - , si passa ad un forte stato di agitazione che può portare anche a comportamenti violenti.

Gli **effetti a lungo termine** dell'abuso di queste sostanze possono essere sintomi psicotici, come la paranoia, le allucinazioni e i disturbi dell'umore, ma anche perdita di peso e ictus.

Tabacco

I primi cenni storici dell'uso del tabacco risalgono agli indigeni del Nord America che lo utilizzavano durante rituali magici o religiosi. Il suo consumo si diffonde in Europa verso la metà del 1500 perché considerato ricco di proprietà terapeutiche, ma solo intorno al 1600 vengono effettuati i primi studi che dimostrano i danni fisici provocati dal fumo.

L'uso del tabacco si diffonde in tutti gli strati sociali, dal popolo all'aristocrazia, prima come tabacco da fiuto, e poi sotto forma di tabacco da sigaro. La prima sigaretta viene realizzata in Francia nel 1843. Ciò favorisce la diffusione dell'abitudine al fumo, che vede la sua massima espansione nei paesi industrializzati nel periodo fra le due Guerre Mondiali.

Il fumo del tabacco è un composto di circa 12.000 sostanze, 4.000 delle quali sono state individuate. Tra queste è riscontrabile la *nicotina*, responsabile degli effetti sull'apparato cardiovascolare e su SNC, l'*ossido di carbonio*, che sostituendosi all'ossigeno ne riduce la disponibilità per i tessuti, le *sostanze irritanti* e le *sostanze ad azione cancerogena*.

La **nicotina** si presenta come un liquido denso, oleoso, idrosolubile, incolore che diventa giallo/marrone quando viene bruciato.

Questa sostanza si assorbe attraverso la pelle e la mucosa orale e nasale, o si inala attraverso i polmoni. A seconda di come si consuma il tabacco, la nicotina può arrivare in modo rapido a livelli molto alti nel cervello e nel sangue.

È riconosciuta come una delle droghe che dà maggiore assuefazione in quanto attiva i circuiti del cervello che regolano le sensazioni di piacere aumentando i livelli di dopamina. Quando si fuma una sigaretta, la nicotina si diffonde nel cervello, arrivando alla massima concentrazione in pochissimo tempo. Gli effetti acuti della sostanza spariscono in pochi minuti e questo fa sì che il fumatore ricerchi continuamente la sigaretta durante il giorno per mantenere gli effetti piacevoli della sostanza ed evitare la sindrome d'astinenza.

Le conseguenze mediche dell'esposizione al fumo di tabacco derivano dalle sostanze in esso contenute. Le malattie più frequenti sono il cancro ai polmoni, la bronchite cronica, l'enfisema, tumore della bocca, della faringe, della laringe, dell'esofago, dello stomaco, del pancreas e dei reni.

Inoltre, è stata studiata la relazione tra il tabagismo e le malattie cardiocircolatorie. A causa degli effetti della nicotina, l'abitudine del fumo contribuisce all'aumento della pressione arteriosa, altera il ritmo cardiaco, accresce il rischio di infarto e di ictus.

Nonostante le gravi conseguenze sulla salute che il fumo da sigarette comporta, l'età del "primo tiro" si sta abbassando sempre di più. Il fumo esercita sui più giovani un'attrattiva irresistibile perché fa sembrare più grandi ed è associato all'ingresso nel mondo degli adulti. Viene inteso come un comportamento, come un modo per allontanarsi dall'infanzia, come un'azione per dimostrare di poter fare quello che si vuole andando contro le decisioni della famiglia. Il fumare sembra facilitare l'inserimento nel gruppo dei pari, al punto che gli adolescenti che non fumano rischiano di essere tagliati fuori e di sentirsi socialmente non accettati.

3.2.1.3. Droghe allucinogene o psichedeliche

Le droghe allucinogene sono così definite a causa dei loro effetti; l'assunzione, infatti, altera il sistema percettivo, provocando illusioni sensoriali e inducendo una distorsione della realtà fino a provocare vere e proprie allucinazioni.

Queste sostanze agiscono sul SNC, intervenendo nell'interazione tra le cellule nervose e la serotonina, il neurotrasmettitore coinvolto nel controllo del comportamento e della percezione sensoriale.

LSD

L'LSD è la droga che viene maggiormente identificata col termine "allucinogeno" ed è la più usata. È una sostanza trasparente o bianca, inodore che viene sciolta in acqua. In questa categoria di droghe, è la più potente in quanto gli effetti di alterazione che produce possono persistere da 6 a 12 ore.

Gli effetti di questa sostanza sono imprevedibili e dipendono dalla quantità ingerita, dalla personalità del soggetto, dal suo umore e dall'ambiente.

Gli **effetti fisiologici** che si verificano possono essere aumento della pressione sanguigna e del battito cardiaco, vertigini, perdita dell'appetito, nausea e tremori. Gli effetti principali, però, riguardano le emozioni e i sensi. Si può passare da stati di paura a momenti euforici, anche in tempi molto rapidi. I colori, gli odori, i suoni e altre sensazioni si intensificano estremamente tanto che in certi casi possono fondersi in un fenomeno definito "sinestesia".

A lungo termine possono insorgere il *disturbo psicotico indotto da allucinogeni* e il *disturbo percettivo persistente da allucinogeni*, che si possono verificare anche in seguito al primo utilizzo della sostanza.

Ecstasy (MDMA)

L'ecstasy è una sostanza che agisce sia come stimolante che come allucinogeno, producendo un effetto energizzante, distorsioni temporali e percettive e un maggiore piacere delle esperienze tattili.

In genere questa sostanza viene assunta per via orale sotto forma di pastiglie o capsule con effetti che hanno una durata di 3/6 ore.

L'ecstasy stimola la noradrenalina, la dopamina e la serotonina, un neurotrasmettitore coinvolto nella regolazione dell'umore, del sonno, del dolore, delle emozioni e dei comportamenti.

Il primo e principale effetto che si verifica è la sensazione paradisiaca che consiste nella capacità di facilitare i rapporti sociali e di provare empatia per chiunque stia vicino aumentando la confidenzialità. La sostanza, inoltre, produce una stimolazione psicomotoria che consente di affrontare per ore la fatica, come ad esempio i balli sfrenati e prolungati dei rave party e delle discoteche.

Si possono verificare anche effetti fisici come la tachicardia, l'ipertensione, la midriasi, sudorazione profusa ecc.

I rischi connessi all'uso di questa sostanza sono il danneggiamento del SNC, con una progressiva perdita di connessioni nervose contenenti serotonina, la riduzione delle capacità mentali e la morte improvvisa. A lungo termine possono insorgere disturbi di tipo psicologico e/o psichiatrico.

Cannabinoidi

I cannabinoidi sono composti naturali ricavati dalla *Cannabis sativa*, da cui si ricavano la marijuana e l'hashish. Il più noto fra questi composti è il tetraidrocannabinolo (THC), che rappresenta l'ingrediente psicoattivo principale nella cannabis.

La **marijuana** è una miscela verdastro-grigia di foglie, gambi, semi e fiori di canapa. La maggior parte dei consumatori la fuma sotto forma di sigarette fatta a mano, ma alcuni la mescolano con altre droghe come il crack o la cocaina.

Quando la sostanza viene fumata, il suo principio attivo (THC) passa rapidamente dai polmoni a tutto il corpo incluso il cervello. Proprio qui, il THC si lega ai recettori dei cannabinoidi esercitando un'influenza sulla loro funzione. Questi recettori si trovano in zone del cervello che regolano il movimento, la coordinazione, l'apprendimento e la memoria.

Gli **effetti** principali che si manifestano sono:

- Distorsione della percezione
- Difficoltà nei ragionamenti
- Difficoltà di memoria
- Difficoltà di apprendimento
- Incoordinazione motoria
- Aumento della frequenza cardiaca
- Forte ansia
- Attacchi di panico
- Sintomi di bronchite cronica
- Arrossamento degli occhi

L'**hashish** è un altro derivato che viene prodotto dalla resina della cannabis. Si presenta in forma solida, di colore marrone che unita al tabacco per poi essere fumata. A differenza della marijuana, nell'hashish è presente una maggiore concentrazione di THC.

3.2.1.4. Altre sostanze

Un fenomeno in costante evoluzione, soprattutto nei giovani e giovanissimi, è la comparsa e la diffusione di nuove e sempre più potenti sostanze non controllate, le *Nuove Sostanze Psicoattive (NPS)*.

L'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA) definisce NPS *“ogni nuovo narcotico o sostanza psicotropa, in forma pura o in preparazione, che non sia controllata dalle convenzioni sulle droghe delle Nazioni Unite, ma che possa rappresentare una grave minaccia alla salute umana al pari delle sostanze che sono state già elencate da tali convenzioni”*²⁸.

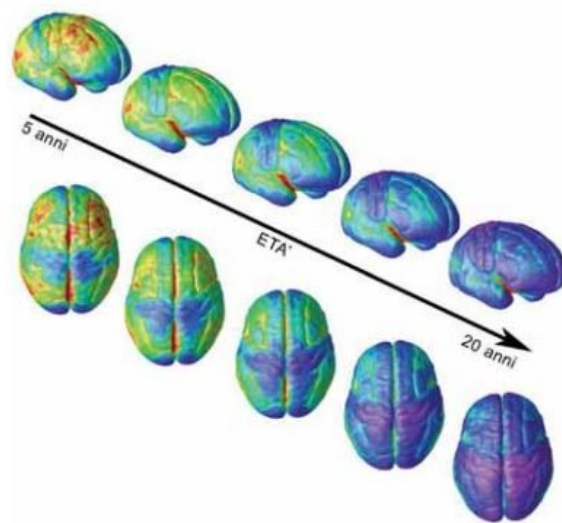
La struttura chimica di queste sostanze è variabile e, nonostante il monitoraggio costante, vengono continuamente inserite nuove molecole nel mercato. I giovani vendono e acquistano queste sostanze soprattutto attraverso Internet, che permette di raggiungere un altissimo numero di possibili acquirenti.

L'elenco delle NPS è molto vasto, ma tra le più comuni troviamo i **cannabinoidi sintetici**, i **catinoni sintetici** e la **ketamina**.

3.3 Aspetti neurobiologici

Il cervello inizia la sua maturazione acquisendo gli stimoli dall'esterno a partire dalla nascita, ma il processo si completa intorno ai 20 anni con importanti varianti individuali. Nella figura sotto riportata è possibile notare questa maturazione dove le aree gialle, verdi e arancioni rappresentano le aree di immaturità cerebrale presenti nei primi anni di vita, che si riducono progressivamente con l'avanzare dell'età fino a raggiungere la completa maturazione, rappresentata dal colore blu e viola.

²⁸ Schifano F., Orsolini L., Papanti D. & Corkery J. (2016). *Le nuove sostanze psicoattive: problematiche cliniche e farmacologiche*. Medicina delle dipendenze – Italian Journal on Addictions, 22 (6), pp. 5-14



29

Durante tutto il processo le cellule cerebrali sono molto sensibili e la loro fisiologia può essere alterata da forti stimoli provenienti dall'esterno, come ad esempio l'uso di droghe e alcol. Questo fa sì che il cervello venga bombardato da sostanze in grado di stimolare e intossicare le cellule nervose in evoluzione, deviando il normale sviluppo fisiologico.

L'uso di queste sostanze in età adolescenziale rappresenta una violenza neurologica e psichica per l'individuo con conseguenze per il suo sentire, pensare, volere e per il comportamento. A **livello neurologico**, causa la riduzione del numero di neuroni e delle loro connessioni, determina una perdita di peso cerebrale (atrofia cerebrale) per un assottigliamento della sostanza grigia e un ridotto volume della sostanza bianca, che comporta un rallentamento della comunicazione neuronale. Si verifica quindi un precoce invecchiamento del cervello con sintomi simili alle demenze, sindromi neurologiche, malattia cerebrovascolari e maggiore rischio di ischemie ed emorragie cerebrali.

3.4 Diffusione del fenomeno in adolescenza

Lo studio campionario principale svolto in Italia per indagare i consumi psicoattivi degli adolescenti è l'ESPAD Italia che si inserisce nell'omonimo progetto europeo *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), condotto nel nostro paese dal Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto di Fisiologia Clinica (IFC-CNR). Questo

²⁹ Toga A. W., Thompson P.M., Sowell E.R., *Mapping brain maturation*. Trends Neurosci. 2006 Mar; 29 (3) pp. 148-159. Epub 2006 Feb 10. Review

studio va ad analizzare i consumi e i comportamenti a rischio degli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni.

Da questo studio si evince che a provare il **fumo di sigaretta** almeno una volta nella vita sono stati, nel 2018, il 56,9% degli studenti con una percentuale maggiore di ragazze rispetto ai ragazzi (58% vs 55,9%).

Per quanto riguarda il consumo di **sostanze psicoattive** illegali, il 33,6% degli studenti ne ha fatto uso almeno una volta nella vita con una percentuale maggiore nei maschi piuttosto che nelle femmine (37,3% vs 29,6%). La *cannabis* rimane la sostanza illegale maggiormente utilizzata e, in pochi anni, le *Nuove Sostanze Psicoattive (NSP)* hanno raggiunto il secondo posto, seguite da *cocaina, stimolanti, allucinogeni ed eroina*.

Inoltre, dallo studio è evidente come il **consumo di alcol** sia presente nel 51,3% dei ragazzi e nel 43,7% delle ragazze, i quali hanno bevuto almeno una volta nel corso dell'anno in cui è stato svolto lo studio. I dati dimostrano come l'uso di alcolici tra i giovani sia in diminuzione, ma rimangono alti i livelli del *Binge Drinking*, ossia "*il consumo eccessivo e a rischio di numerose unità alcoliche assunte in un breve intervallo di tempo*"³⁰.

L'età di primo uso è collocata durante l'adolescenza ma all'interno di questa fascia può variare a seconda della sostanza. Per quanto riguarda l'alcol e il tabacco il periodo di maggior rischio è compreso tra i 10 e i 15 anni, per la marijuana e l'hashish tra i 15 e i 16 anni, per la cocaina tra i 16 e i 18 anni mentre l'eroina tra i 15 e i 17 anni.

3.5 Teorie del consumo di sostanze in adolescenza

Nella letteratura scientifica esistono moltissime teorie che cercano di spiegare il fenomeno del consumo di sostanze in adolescenza.

Alcuni autori, come ad esempio **Conger e Petersen (1984)** distinguono diverse forme di consumo ai quali gli adolescenti vanno incontro:

- *Consumo sperimentale*: quando il motivo per cui si comincia è prettamente conoscitivo, per la curiosità o il bisogno di fare una nuova esperienza.

³⁰ Baiocco R., D'Alessio M., & Laghi F. (2008). *I giovani e l'alcol. Il fenomeno del binge drinking*. Carocci Editore

- *Consumo sociale*: quando la sostanza viene assunta in luoghi di aggregazione per i giovani.
- *Consumo finalizzato all'effetto personale*: la sostanza viene utilizzata per risolvere problematiche personali o per riempire un vuoto. Questo consumo può portare ad un uso eccessivo della sostanza, che diventa elemento centrale della vita del consumatore
- *Enslavement*: il consumo della sostanza o delle sostanze provoca danni e continua costantemente.

Le *teorie interazioniste*, invece, riconducono il consumo a tre fattori principali: la persona in relazione alla sua organizzazione di personalità, il tipo di droga con i suoi effetti e gli eventi che mettono in relazione la persona con la sua storia, con la sostanza e con gli effetti causati. Per queste teorie il consumo di droga viene visto come un processo che si sviluppa in tre fasi:

1. *Fase preparatoria o di avvicinamento*: un individuo decide di avvicinarsi alle sostanze perché si reputa favorevole al consumo e perché crede che le sostanze possano rispondere ai suoi bisogni personali in quel preciso momento in rapporto a diversi ambiti, come la relazione con gli amici o con la famiglia. In adolescenza soprattutto, la sostanza viene vista come uno strumento per ridurre gli stati di angoscia, di sfiducia in sé, di incertezza, ma anche per differenziarsi dalle figure adulte e avvicinarsi al gruppo dei pari
 2. *Fase di contatto o "iniziazione"*: il soggetto decide di provare la sostanza, valutando se l'esperienza è compatibile con le sue aspettative, se gli effetti sortiti sono per lui positivi o negativi. In base all'esito di queste considerazioni, l'individuo può decidere di continuare ad assumere la sostanza
 3. *Fase di stabilizzazione*: l'individuo può decidere di adottare il suo stile di consumo, che può essere saltuario/episodico, regolare oppure dipendente. In questa fase il soggetto può apprendere tecniche più corrette per assumere la sostanza diventando sempre più capace.
- (Ravenna, 1997)

Capitolo 4

La prevenzione

Dopo aver analizzato le caratteristiche dell'adolescenza e dopo aver approfondito i comportamenti (uso di sostanze psicoattive) che coinvolgono i ragazzi in questo periodo così complicato della loro esistenza, in questo capitolo verrà approfondito il tema della prevenzione. Una volta definito questo concetto e le parole chiave che lo determinano, verranno illustrate le possibili strategie da mettere in atto nei contesti principali nella vita degli adolescenti: la scuola, la famiglia e la comunità.

4.1 Il rapporto salute e malattia: dalla prevenzione alla promozione

L'argomento che andremo a trattare nel capitolo, ossia la prevenzione, implica l'approfondimento di altri due concetti che sono legati ad esso: il concetto di salute e di malattia.

Per comprenderli, però, è necessario analizzare due approcci che li caratterizzano. Il primo è l'**approccio biomedico**, che si sviluppa tra la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento. Questo approccio considera i processi biologici gli unici responsabili della genesi della malattia, vede il corpo come una macchina e la malattia un guasto da riparare (Guarino, 2007). Viene completamente ignorata la persona e la sua esperienza di malattia. Secondo questo modello l'uso prolungato di una sostanza determina precise trasformazioni nelle strutture e nelle funzioni cerebrali le quali trasformano l'uso volontario nella ricerca compulsiva della sostanza (Leshner, 1997).

Il secondo approccio è quello **biopsicosociale** che si sviluppa negli anni Ottanta. In questo caso al centro del percorso di cura c'è la persona declinata nei suoi vari sistemi:

- Sistema biologico: organi, tessuti, cellule
- Sistema psicologico: emozioni, motivazioni
- Sistema sociale: famiglia, comunità, società

Questo modello si rifà alla definizione del concetto di salute elaborato nel 1948 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che la considera "*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di*

infermità”.³¹ A partire da questo modello, le cause dell’uso di sostanze vanno cercate in generale nella persona e nel suo ambiente, visto come un fattore che può influenzare lo stato di salute.

Si passa, quindi, da uno stato di assenza di malattia (modello biomedico – prevenzione della malattia) a uno stato di benessere che comprende tutti gli aspetti della persona (modello biopsicosociale – promozione della salute).

Il nodo centrale del modello biopsicosociale è proprio la **promozione della salute**:

*“un processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggiore controllo sul proprio stato di salute e migliorarlo. Per raggiungere un completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, agire sull’ambiente.”*³²

La Carta di Ottawa (1986) definisce la promozione della salute e individua dei compiti e degli strumenti che gli Stati firmatari devono utilizzare per il conseguimento di questo processo. I **compiti** principali sono:

- **Requisiti per la salute:** assicurare le condizioni e le risorse fondamentali per la salute (pace, abitazione, istruzione, cibo ecc.)
- **Sensibilizzare:** indirizzare in senso positivo i fattori politici, economici, sociali e ambientali attraverso campagne di sensibilizzazione
- **Offrire i mezzi:** ridurre le differenze nella stratificazione sociale, offrendo a tutti le stesse opportunità e risorse raggiungere il loro potenziale di salute.
- **Mediare:** coordinare gli interventi tra tutti gli organismi interessati, come i governi, i settori sanitari, sociali ed economici. I programmi di promozione devono adattarsi alle condizioni e alle esigenze locali, tenendo conto dei diversi sistemi sociali, culturali ed economici.

Gli **strumenti d’azione** che la Carta propone sono:

- **Costruire una politica pubblica per la tutela della salute:** è necessario identificare gli ostacoli che impediscono l’adozione di una politica pubblica

³¹ World Health Organization (WHO), (1948), *Constitution*. WHO

³² World Health Organization (WHO) (1986), *Ottawa Chart for Health Promotion. First International Conference on health promotion*. Ottawa, November 21

che tuteli la salute in tutti i settori non sanitari e i modi migliori per rimuoverli.

- Creare ambienti capaci di offrire sostegno: è necessario incoraggiare il sostegno e la tutela reciproci, prendersi cura gli uni degli altri, delle comunità e dell'ambiente.
- Rafforzare l'azione delle comunità: la promozione della salute agisce attraverso una concreta ed efficace azione della comunità nello stabilire le priorità, nel prendere decisioni e nel progettare strategie volte al miglioramento della salute.
- Sviluppare le capacità personali: gli ambienti sociali più comuni (scuola, lavoro, comunità) dovranno adoperarsi affinché tutti gli individui possano informarsi e istruirsi sul tema della salute e possano scegliere al riguardo la propria salute e l'ambiente.
- Riorientare i servizi sanitari: il settore sanitario deve tendere sempre più verso la promozione della salute collaborando con le più ampie componenti sociali, politiche, economiche e ambientali. È, inoltre, necessario dare più importanza alla formazione professionale per far sì che l'attenzione dei servizi sia sui bisogni complessivi dell'individuo visto nella sua interezza.

È possibile notare, quindi, come il termine prevenzione e promozione vadano di pari passo e costituiscano la base per le strategie di intervento da applicare in tutti i campi della vita quotidiana (sanitario, sociale, educativo ecc.). Interventi, però, che sollecitino lo sviluppo delle risorse e delle competenze psicologiche e sociali al fine di promuovere maggiore benessere (Bertini, Braibanti e Gagliardi, 1999).

4.2 Definizione e classificazione di prevenzione

Prevenire significa anticipare, precedere, agire prima che un evento negativo si verifichi. In medicina, la prevenzione è quello strumento che serve per “*individuare le azioni più adatte per evitare l'insorgere di possibili conseguenze negative per la salute dell'individuo*”³³. La prevenzione, però, non è soltanto uno strumento utilizzato in medicina,

³³ Bonino S, Cattelino E., (2008), *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*, Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A., p. 22

in quanto può essere utilizzato per modificare dei comportamenti problematici, delle condizioni ambientali e sociali che non garantiscono il benessere personale.

Non esiste una definizione ufficiale di “prevenzione”, come non esiste una singola classificazione. La prima distinzione del concetto di prevenzione era declinata in: prevenzione primaria, prevenzione secondaria e prevenzione terziaria, tenendo conto dei destinatari, degli obiettivi e dei metodi di intervento (Bertelli, 2007).

Prevenzione primaria

Destinatari	Obiettivi	Azioni	Esempi
Singoli individui Agenzie di socializzazione (scuola, famiglia) Comunità intera	Aumentare i fattori di protezione (promozione della salute fisica, psichica e sociale attraverso informazione, formazione e educazione) Ridurre i fattori di rischio (allontanare le cause del disagio attraverso la promozione di condizioni materiali e strutturali positive)	Promozione e stimolazione di cambiamenti individuali, sociali e situazionali che producono senso di responsabilità individuale e sociale per contrastare l’insorgere di atteggiamenti distruttivi e autodistruttivi e per diffondere e promuovere il benessere psicofisico dei soggetti appartenenti ad una comunità.	Prevenzione del consumo di alcool/tabacco per diminuire malattie croniche

Prevenzione secondaria

Destinatari	Obiettivi	Azioni	Esempi
Categorie a rischio	Evitare che soggetti a rischio cadano nel disagio conclamato Aiutare i soggetti a superare momenti critici della loro esistenza	Programmazione e attuazione di interventi precoci affinché i problemi non conducano al disagio conclamato, potenziando le difese della persona e	Promuovere i test per l’HIV; Screening (neonatali, oncologici ecc.)

		modificando il contesto relazionale Rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza ad una comunità	
--	--	--	--

Prevenzione terziaria

Destinatari	Obiettivi	Azioni	Esempi
Soggetti in situazione di disagio conclamato	Evitare ricadute e malesseri (individuali e sociali) Riduzione del danno e inclusione	Attuazione di interventi riabilitativi e di riduzione del danno Rafforzamento capacità di adattamento allo stress	Indicare uno stile di vita sano ad un alcolista affinché la sua situazione non si aggravi ulteriormente

Attualmente viene utilizzato un altro sistema di classificazione elaborato da **Mrazek e Haggerty (1994)** per l'*Institute of Medicine (IOM)*, che distingue la prevenzione in universale, selettiva e specifica.

Prevenzione	Popolazione Target	Esempi
<u>Universale</u>	Popolazione generale Popolazione non identificata da rischi individuali	Programmi contro l'uso di droghe, campagne antifumo e contro la guida in stato di ebbrezza
<u>Selettiva</u>	Individui o sottogruppi con un alto rischio di sviluppare dei comportamenti problematici	Interventi per giovani e famiglie che vivono in quartieri a rischio Programmi per ragazzi che hanno abbandonato la scuola
<u>Indicata</u>	Individui ad alto rischio o che hanno già manifestato un comportamento problematico	Interventi di profilassi Prevenzione di ricadute nei tossicodipendenti

		Riduzione del consumo di THC in consumatori non problematici
--	--	--

L'EMCDDA (2013) introduce un'ulteriore tipologia di prevenzione: la **prevenzione ambientale**. Con questo concetto si intendono tutti quegli interventi, svolti soprattutto in luoghi di aggregazione, che riducono i fattori di stimolo al consumo e che diffondono una cultura di modificazione dei comportamenti a rischio. Esempi di prevenzione ambientale possono essere: formare chi lavora nelle discoteche, consegnare opuscoli informativi nei contesti in cui è più alta la disponibilità di sostanze.

4.3 Strategie educative: *la life skills training*

Quando si progettano interventi di prevenzione è necessario chiedersi dove si voglia arrivare, cosa si voglia far comprendere agli adolescenti quando gli si propongono determinate attività. Esistono programmi volti a conoscere i rischi delle sostanze che tentano di sviluppare nell'adolescente un atteggiamento non favorevole al consumo, altri programmi mirati alla riduzione del danno o altri ancora che cercano, attraverso compagne mediatiche, di non coinvolgere l'adolescente in comportamenti a rischio.

Nonostante questi interventi vengano ancora messi in atto, stanno diventando sempre più frequenti attività che si concentrano soprattutto sui fattori di protezione degli adolescenti: quei fattori che possono aiutarli a fronteggiare in modo efficace situazioni pericolose. Questi interventi sono definiti "**interventi di *life skills training***" e sono mirati alla "*prevenzione del rischio ma anche alla promozione del benessere e hanno come principale obiettivo il potenziamento di specifiche abilità e risorse*"³⁴ che servono all'adolescente per adattarsi all'ambiente.

³⁴ Bonino S, Cattellino E (2008), *La prevenzione in adolescenza*, p. 71

4.3.1. Le *life skills*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le *life skills*: “*le competenze che portano a comportamenti positivi e di adattamento che rendono l'individuo capace di far fronte efficacemente alle richieste e alle sfide della vita di tutti i giorni*”.³⁵

Le *life skills* individuate dall'OMS sono dieci, divisibili in tre diverse aree. La prima è l'**area cognitiva** e comprende:

- **Decision making**: la capacità di prendere delle decisioni valutando le diverse opzioni e conseguenze che ogni scelta implica
- **Problem solving**: la capacità di risolvere i problemi in modo costruttivo
- **Pensiero creativo**: la capacità di esplorare le varie alternative e le conseguenze che derivano dal fare o meno una certa azione. Questa capacità aiuta a guardare oltre e a rispondere in modo efficiente alle varie situazioni
- **Pensiero critico**: la capacità di analizzare le situazioni e le informazioni in maniera obiettiva. Può essere correlata alla promozione della salute in quanto aiuta a riconoscere le variabili che influenzano determinati comportamenti.

La seconda area è quella **relazionale** e include:

- **Comunicazione efficace**: la capacità di sapersi esprimere sia a livello verbale che non verbale in base alle situazioni. Comprende anche il saper esporre le proprie opinioni, i propri bisogni e l'essere capaci di chiedere aiuto.
- **Capacità di relazioni interpersonali**: la capacità di entrare in relazione con gli altri in modo positivo cercando di creare rapporti che possano avere un impatto positivo sul benessere della persona.
- **Empatia**: la capacità di mettersi nei panni dell'altro comprendendo le sue esigenze e sentimenti.

L'ultima area è quella **emotiva** e comprende:

- **Autocoscienza e autoefficacia**: la capacità di riconoscere sé stessi, il proprio carattere, i propri punti di forza e debolezza, le proprie capacità nell'affrontare determinati compiti.

³⁵ World Health Organization (WHO) (1992), *Skills for life*, Bollettino OMS n.1

- Gestione delle emozioni: la capacità di riconoscere le emozioni di noi stessi e degli altri, la capacità di rispondervi in modo appropriato
- Gestione dello stress: la capacità di riconoscere le fonti di stress nella vita di tutti i giorni e la capacità di controllarle.

Tutte queste abilità appena descritte rappresentano molto di più di una strategia di prevenzione. Ogni ragazzo deve esserne in possesso per far fronte ai cambiamenti dell'adolescenza, per rispondere alle influenze del contesto in cui vive e per mettere in atto comportamenti salutari.

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) la scuola è il contesto migliore in cui insegnare le *life skills* per le seguenti ragioni:

- *L'importante ruolo svolto nei processi di socializzazione*
- *Il raggiungimento della quasi totalità della popolazione infantile e giovanile*
- *La possibilità di utilizzare infrastrutture esistenti, senza costituire nuovi e costosi servizi*
- *L'esperienza e la preparazione degli insegnanti*
- *L'elevata credibilità della scuola per i genitori e la comunità*
- *La possibilità di verificare l'efficacia delle life skills nell'ambito della valutazione dell'apprendimento*³⁶

4.4 I principi del NIDA

Il NIDA (**National Institute on Drug Abuse**) ha redatto una lista di principi a cui gli interventi di prevenzione rivolti agli adolescenti dovrebbero ispirarsi. Questi principi sono:

Principio 1: *i programmi di prevenzione dovrebbero aumentare i fattori protettivi e ridurre i fattori di rischio.*

Principio 2: *i programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di sostanze: dall'utilizzo di una sola sostanza al poli-abuso; l'uso di droghe legali (alcool o tabacco) da parte di minorenni, l'uso di droghe illegali (marijuana o eroina); l'uso*

³⁶ Istituto Superiore di Sanità, "La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni", Rapporto ISTISAN 08/1,2008, p.27, <http://old.iss.it/binary/publ/cont/081.pdf>

inappropriato di sostanze ottenute legalmente (inalanti), i farmaci da prescrizione e i prodotti da banco.

Principio 3: *i programmi di prevenzione dovrebbero adattarsi al problema d'abuso specifico della comunità locale, modificare i fattori di rischio e rafforzare i fattori di protezione identificati.*

Principio 4: *i programmi di prevenzione, per accrescere la loro efficacia, dovrebbero considerare i fattori di rischio specifici e caratteristiche della popolazione quali l'età, il sesso e l'appartenenza etnica*

Principio 5: *i programmi di prevenzione dovrebbero favorire i legami e le relazioni familiari, includere l'insegnamento delle abilità genitoriali, promuovere lo sviluppo, la discussione, e l'applicazione delle regole, prevedere la formazione sui metodi educativi e l'informazione sulle droghe*

Principio 6: *i programmi di prevenzione possono essere attuati in età prescolare intervenendo sui fattori di rischio per l'abuso di droghe quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali, difficoltà scolastiche*

Principio 7: *i programmi di prevenzione per le scuole elementari dovrebbero focalizzarsi sul miglioramento del rendimento scolastico e sull'apprendimento socio-emotivo per far fronte ai fattori di rischio, quali l'aggressività precoce, scarsi risultati scolastici e l'abbandono scolastico.*

Principio 8: *i programmi di prevenzione per la scuola media e superiore dovrebbero accrescere le competenze scolastiche e sociali, e favorire abilità come la comunicazione, le relazioni tra pari, l'autoefficacia e l'assertività*

Principio 9: *i programmi di prevenzione rivolti alla popolazione generale, in momenti di transizione cruciali come il passaggio alla scuola media possono produrre effetti benefici, persino tra le famiglie e i figli ad alto rischio. Tali interventi non selezionano le popolazioni a rischio ma promuovono il legame con la scuola e la comunità.*

Principio 10: *l'associazione di due o più programmi di prevenzione, come programmi destinati alle famiglie e alle scuole, risultano essere più efficace di un singolo programma.*

Principio 11: *i programmi di prevenzione per la comunità destinati a raggiungere più ambienti, ad esempio le scuole, le associazioni, i media, risultano essere più efficaci quando sono coerenti tra loro.*

Principio 12: *se le comunità adeguano i programmi ai bisogni, alle regole, alle diverse culture, dovrebbero mantenere gli elementi essenziali dell'intervento originale basato sulla ricerca.*

Principio 13: *i programmi per la prevenzione dovrebbero essere a lungo termine, con interventi ripetuti (cioè programmi di richiamo) per rinforzare gli obiettivi di prevenzione originari. Gli studi dimostrano che i benefici derivanti dai programmi di prevenzione per la scuola media diminuiscono se vengono meno i programmi di follow-up nella scuola superiore.*

Principio 14: *i programmi di prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti sulle norme per una buona gestione della classe, per es. come premiare i comportamenti adeguati dello studente. Tali tecniche aiutano ad incoraggiare il comportamento positivo degli studenti, la motivazione allo studio, il rendimento ed il legame con la scuola.*

Principio 15: *i programmi di prevenzione risultano molto efficaci quando utilizzano tecniche interattive, come discussioni di gruppo, situazioni di roleplay (giochi di ruolo) nelle quali i ragazzi interpretano il ruolo dei genitori, che consentono il coinvolgimento attivo nell'apprendimento sull'abuso di droghe e rafforzano le capacità.*

Principio 16: *i programmi di prevenzione basati sulla ricerca possono essere economicamente vantaggiosi. Recenti studi americani dimostrano, infatti, come ogni dollaro investito nella prevenzione corrisponda un risparmio fino a dieci dollari per il trattamento d'abuso di alcool e di altre sostanze³⁷.*

4.5 Prevenzione in ambito scolastico

La scuola, come abbiamo osservato nei capitoli precedenti, è un luogo fondamentale per la crescita dell'adolescente. È uno dei luoghi più privilegiati in cui svolgere prevenzione perché può garantire l'attuazione di interventi strutturati, continuativi e articolati (Serpelloni, Bonci & Rimondo, 2009).

Ormai da tempo vengono effettuati interventi di prevenzione all'interno delle scuole e questo ha permesso di comprendere quali fossero le strategie più efficaci e quali invece

³⁷ National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003), *Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per i genitori, educatori e amministratori*, Seconda edizione, traduzione italiana a cura dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto

dovevano essere modificate. Per molti anni esperti con competenze medico-scientifiche hanno frequentato l'ambiente scolastico per sviluppare programmi di prevenzione. Queste figure – come gli operatori delle ASL – nonostante le loro conoscenze, non riuscivano ad integrarsi nel contesto scolastico, non riuscivano a comprendere le reali esigenze degli studenti e le attività che proponevano non erano calibrate in base ai bisogni educativi delle classi a cui era rivolto l'intervento.

Si è quindi pensato di modificare i programmi di prevenzione dando più importanza alla figura del docente e alla relazione che questo stabilisce con i suoi alunni. In questo modo, il tema della prevenzione poteva essere sviluppato con diverse tecniche: facendo riferimento alle materie curriculari, andando a potenziare le competenze comunicative, relazionali e di ascolto degli adolescenti oppure sviluppando l'“*apprendimento cooperativo*”³⁸, ossia l'apprendimento in cui tutti i componenti del gruppo classe partecipano a questo processo.

Un'altra esperienza risultata efficace è quella della *peer education* o educazione tra pari: un “*metodo educativo in base al quale alcuni membri di un gruppo vengono responsabilizzati, formati e reinseriti nel proprio gruppo di appartenenza per realizzare precise attività con i propri coetanei*”³⁹.

È una metodologia compresa tra le strategie della *life skills training* che nasce negli anni '70 nel Nord America come programma di prevenzione – per il consumo di sostanze e per l'AIDS – e di promozione della salute. Le attività vengono svolte prevalentemente in ambito scolastico e si basano sulla formazione specifica di un piccolo numero di studenti (*peer educator*) che hanno il compito di informare il resto dei compagni con attività e strumenti comunicativi efficaci. Esistono diverse applicazioni di questa metodologia, come il **modello puro** che si basa sulla scelta da parte degli adulti del *peer educator* e la formazione è prevalentemente informativa. Il secondo **modello** è quello **misto** in cui il tema da trattare è scelto dal corpo docente, ma la fase di realizzazione è ad opera degli alunni. L'ultimo modello è quello definito “*empowered Peer Education*”, in cui gli alunni scelgono sia il tema da trattare che i *peer educator* (ISS, 2008).

L'obiettivo principale di questa metodologia è sfruttare l'influenza che il gruppo dei pari ha sugli adolescenti per potenziare le loro capacità personali e relazionali (*life skills*). La

³⁸ ISS, *La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni*, p. 10

³⁹ Boda G. (2001), *Life skills e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*, Milano, La Nuova Italia

comunicazione efficace è proprio una delle *skills* che viene sviluppata attraverso questi programmi perché fa sì che lo studente trovi il modo più appropriato per esprimere quanto precedentemente acquisito. A differenza degli insegnanti, può utilizzare un linguaggio più vicino ai suoi compagni e rendere l'argomento più interessante. Un'altra *skill* che viene potenziata con questi programmi è la capacità di relazione. Gli adolescenti, infatti, lavorando in gruppo possono interagire con i compagni in modo più positivo e diretto. Si scambiano idee, si condividono esperienze, ci si riconosce nelle parole degli altri e questo fa accrescere nei ragazzi la consapevolezza di poter modificare i propri comportamenti e atteggiamenti.

Affinché le attività di prevenzione siano efficaci, è necessario che vengano svolte nel modo più interattivo possibile. L'OMS (1999) suggerisce diverse attività in cui i ragazzi possono cimentarsi. Vengono proposti i **giochi di ruolo** (*role-playing*) in cui gli studenti devono mettere in scena sia dinamiche giornaliere (es. come impiegare il tempo libero), sia situazioni legate al tema del rischio (es. come reagirebbero all'offerta di una canna). Un'altra attività proposta è quella di **decision making**, in cui viene descritta una situazione e il gruppo classe, dopo un'attenta discussione e valutazione, deve individuare le varie soluzioni e le motivazioni che li hanno spinti a prendere quella determinata decisione.

4.6 Prevenzione in ambito familiare

La famiglia, oltre alla scuola è un ambiente molto importante in cui effettuare prevenzione perché funge da fattore di protezione dai comportamenti a rischio, garantendo all'adolescente una sicurezza su più livelli (emotivo ed economico), soddisfacendo i suoi bisogni primari e ponendo dei limiti con uno stile educativo autorevole.

I fattori familiari che aiutano a proteggere gli adolescenti dal consumo di sostanze sono:

- *Un attaccamento sicuro e sano tra genitore e figlio*
- *La supervisione genitoriale, il controllo e una disciplina efficace*
- *La comunicazione di valori familiari pro-sociali*
- *Il coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli*
- *Una genitorialità supportiva (emozionale, cognitiva, sociale ed economica)⁴⁰*

⁴⁰ Dipartimento Politiche Antidroga (2009), *Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe*. p. 16 Consultato il 12 ottobre 2020 da http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1944/guida_programmi_genitori.pdf

Al contrario, i fattori che potenzialmente inducono l'adolescente verso condotte a rischio sono:

- *La mancanza di un legame tra genitori e figli*
- *La mancanza di una relazione significativa con un adulto di riferimento*
- *Una genitorialità inefficace*
- *Un ambiente domestico caotico*
- *L'abuso di sostanze, malattie mentali, il coinvolgimento in attività criminali da parte dei genitori o dei figli maggiori*
- *L'isolamento sociale⁴¹*

È necessario, quindi, che gli interventi di prevenzione siano rivolti a tutte le tipologie di genitori, che diano informazioni precise e dettagliate sulla tematica delle sostanze e che diano ai genitori gli strumenti necessari per comunicare con i propri figli. La comunicazione, infatti, è di fondamentale importanza nel contesto familiare perché fa sì che si instauri una relazione più duratura e autentica tra le due parti.

È possibile fare questo attraverso attività di **sostegno alla genitorialità**, in cui i genitori possono:

- acquisire tecniche per comunicare, relazionarsi e dialogare meglio con i propri figli;
- capire l'importanza di negoziare posizioni e decisioni;
- analizzare le proprie modalità di comportamento nei confronti dei figli
- ottenere informazioni rispetto a particolari situazioni

4.7 Prevenzione rivolta alla comunità

Gli adolescenti, oltre alla scuola frequentano centri di aggregazione, piazze, locali e bar. Questi sono luoghi in cui è molto facile reperire sostanze e in cui, grazie alla presenza degli altri coetanei, è più facile il coinvolgimento in condotte a rischio.

Si possono, però, attuare anche in questi contesti degli interventi di prevenzione. All'interno dei centri di aggregazione, ad esempio, è possibile realizzare gruppi di ascolto e

⁴¹ Idem, p. 17

di discussione, si può promuovere la visione di film attinenti tematiche dell'adolescenza, si possono realizzare attività più pratiche che vadano ad affrontare il tema delle sostanze in modo più interattivo e interessante. In questo modo i giovani avranno un punto di riferimento e di ritrovo in cui potranno trascorrere il tempo libero in maniera più stimolante, instaurando anche rapporti significativi con i coetanei.

Un'altra strategia di prevenzione può essere l'educativa di strada che si svolge in strada, nei parchi, nei quartieri e in tutti quei luoghi in cui i giovani si incontrano e dove rintracciano più facilmente le sostanze. In questi contesti la prevenzione si svolge attraverso la diffusione di materiale informativo sulle varie sostanze, sulle patologie correlate e sui vari Servizi presenti nel territorio. È una strategia utile perché permette di entrare nel contesto quotidiano degli adolescenti e di instaurare con loro una relazione significativa finalizzata a far emergere i loro bisogni e le loro risorse.

Capitolo 5

L'educatore professionale nella prevenzione

La figura dell'educatore professionale viene riconosciuta dal Decreto del Ministero della Sanità dell'8 ottobre 1998 n. 520, in cui si evince che l'educatore è un operatore che:

*“attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà”*⁴²

L'operato dell'educatore si svolge attraverso interventi mirati allo “sviluppo delle potenzialità” e al “raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia”, facendo sì che il soggetto sia inserito nel contesto sociale in cui vive e sia supportato da una rete sociale adeguata. Una rete che deve essere costruita con l'appoggio di tutte le figure di riferimento per il paziente: dalla famiglia – che deve essere parte integrante del progetto riabilitativo- all'équipe multidisciplinare che monitora l'andamento del paziente accompagnandolo nel suo percorso di cura.

L'educatore è una figura che, dopo un'appropriata formazione, riesce a mettere insieme il suo **sapere**, ossia tutte le conoscenze acquisite nei vari ambiti (medico, pedagogico, legislativo, psicologico), il **saper fare**, cioè la capacità di applicare le varie metodologie e strumenti in base alla situazione e il **saper essere**: l'insieme di tutte le qualità che lo contraddistinguono come persona, come l'empatia, l'umiltà, la curiosità, l'autorevolezza, la capacità di ascolto ecc.

5.1 L'educatore professionale nelle dipendenze patologiche

Il settore delle dipendenze patologiche prevede una rete di Servizi divisi in servizi di primo livello, servizi di secondo livello e servizi di terzo e quarto livello. All'interno di questi servizi l'educatore può sfruttare gli strumenti della metodologia per effettuare interventi che

⁴² Decreto 8 ottobre 1998, n. 520. *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502.* Pubblicato in G.U. 28 aprile 1999, n.98

si differenziano per il tipo di utenza e le proprie necessità e per il tipo di obiettivi che si vogliono raggiungere.

Nella categoria **servizi di primo livello** sono compresi i centri di prima accoglienza, le unità mobili e gli interventi di educativa in strada. Questi servizi sono destinati a chi ha una storia di dipendenza pregressa, a chi si è allontanato dal servizio perché non ritiene necessario un trattamento riabilitativo. Si cerca di ridurre i danni dal consumo di sostanze, di fornire una consulenza psicologica, ma anche servizi di prima necessità.

I **servizi di secondo livello** comprendono le strutture ambulatoriali in cui vengono svolte le seguenti attività:

- *Riabilitazione di pazienti in carico al Servizio dipendenze*
- *Prevenzione rivolta a soggetti deboli sul territorio*
- *Prevenzione selettiva rivolta a gruppi del territorio*
- *Prevenzione universale relativa ai bisogni emergenti dedicata alla popolazione scolastica*⁴³

Il Servizio per le Dipendenze (SerD) è un servizio pubblico del Sistema Sanitario Nazionale istituito dalla legge 162/90. Il target di utenza di questo servizio è differente dai servizi di primo livello, perché in questo caso i pazienti mostrano una motivazione al cambiamento e una stabilità psico-fisica che gli permette di intraprendere un percorso riabilitativo. Le prestazioni che questa struttura propone sono ad esempio:

- presa in carico dei pazienti affetti da dipendenza patologica attraverso la diagnosi e l'elaborazione di un progetto terapeutico individualizzato,
- attività di sensibilizzazione, informazione e formazione al fine di promuovere piani di prevenzione integrati
- supporto educativo e psicologico ai familiari

Oltre a queste, il servizio offre uno sportello – **Centro di Informazione e Consulenza (CIC)** - attivo presso le scuole superiori in cui gli adolescenti espongono le loro problematiche, le loro difficoltà che incontrano nel mondo della scuola, con la famiglia o con il gruppo di pari. I CIC, che sono stati istituiti a livello nazionale con il Decreto del

⁴³ Barban D, Sacchetti C, Verdecchia R, Sacconi A, Martano F, *La valutazione nell'area delle dipendenze patologiche* in Crisafulli F. (a cura di) *La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale* p. 171. Maggioli Editore

Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n. 309, sono composti dallo sportello di ascolto e da incontri tematici con i gruppi definiti (classi, genitori, insegnanti). Il primo non ha finalità terapeutiche e deve essere visto dagli studenti come un luogo di confronto dove vengono esplorate diverse aree: scolastica, personale e relazionale. Il secondo, invece, permette di affrontare “*tematiche relative all’educazione alla salute ed alla prevenzione delle tossicodipendenze*”⁴⁴. Altri temi che possono essere trattati sono il bullismo, i disturbi del comportamento alimentare, l’educazione sessuale e affettiva, l’integrazione ecc.

I **servizi di terzo livello** comprendono tutte le strutture residenziali e semiresidenziali che svolgono programmi di riabilitazione. Le comunità terapeutiche residenziali, ad esempio, si focalizzano “*sulla riscoperta delle risorse personali e sulla potenzialità della persona*”⁴⁵ per far sì che questa recuperi l’autonomia e le capacità di integrazione sociale attraverso la vita comunitaria. Le comunità di pronta accoglienza, invece, sono delle strutture in cui il percorso non può durare più di sei mesi. Sono specifiche per pazienti che hanno un “*quadro psico-fisico medio-grave e in progressivo peggioramento*”⁴⁶; si cerca di sviluppare nei pazienti una motivazione al cambiamento e ad intraprendere un percorso riabilitativo più complesso e adeguato. Le ultime sono le comunità semiresidenziali che comprendono i centri diurni o serali. In queste strutture si svolgono interventi socioeducativi e si prediligono attività di gruppo.

Infine, tra i **servizi di quarto livello** sono compresi tutti quei servizi che hanno come finalità l’inserimento sociale e lavorativo del paziente e la prevenzione delle ricadute. Attraverso questi servizi, come ad esempio i gruppi appartamento, il paziente sperimenta le proprie autonomie e la propria gestione del quotidiano. L’utenza è composta da utenti che hanno mostrato motivazione al cambiamento dopo un percorso terapeutico strutturato e mostrano un quadro psico-fisico stabile.

5.2 La progettazione di un intervento di prevenzione

L’operato dell’educatore professionale si basa sull’utilizzo di strumenti che compongono la metodologia dell’educatore professionale. Tra questi troviamo:

⁴⁴ D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, art. 106

⁴⁵ Bardan et al., *op. cit.* p.180

⁴⁶ Ivi, p. 181

- la relazione educativa: un legame che si istituisce tra l'educatore e il paziente che tende a promuovere la crescita personale, la conoscenza di sé e dell'altro. È un luogo di incontro che si basa sull'intenzionalità, sulla messa in atto di azioni mirate, sull'empatia;
- l'osservazione: uno strumento che viene utilizzato quando si è in presenza di un bisogno conoscitivo rispetto ad una determinata situazione e si vogliono cogliere le caratteristiche e le dinamiche. Anche questo strumento è intenzionale e finalizzato al raggiungimento di un obiettivo;
- l'ascolto attivo: un atteggiamento partecipe nei confronti di chi parla, un atteggiamento che fa capire all'interlocutore che lo stiamo ascoltando, che stiamo percependo quello che vuole comunicarci con le sue parole;
- il progetto: uno strumento finalizzato a rendere l'azione educativa mirata, efficace, continuativa e che risponde ai bisogni reali del paziente a cui è rivolto. Deve essere uno strumento flessibile, modificabile velocemente, definito in base a degli obiettivi, monitorato nel tempo e aggiornato in base ai cambiamenti che emergono. Il progetto, però, integra nelle sue fasi tutti gli altri strumenti sopra citati ed è l'unico che permette di elaborare un intervento di prevenzione.

5.2.1. Caratteristiche di un progetto di prevenzione

Il primo fattore da tenere in considerazione quando si vuole elaborare un progetto di prevenzione è il **target**, in quanto gli interventi possono essere rivolti ad un'intera popolazione (prevenzione universale), ad un sottogruppo esposto maggiormente ai rischi (prevenzione selettiva), oppure a persone esposte ai rischi ma che mostrano già dei segnali (prevenzione indicata).

Dopo aver individuato il target, è necessario focalizzarsi sul **problema** che si vuole affrontare. L'adolescenza è un periodo molto delicato e possono verificarsi svariate situazioni che coinvolgono i ragazzi in condotte a rischio. Un intervento di prevenzione, però, non può analizzarle tutte e, affinché sia efficace, deve concentrarsi su una sola problematica, che può andare dall'uso di sostanze all'abuso di alcolici.

Altre caratteristiche necessarie all'efficacia dell'intervento sono:

- *essere sensibile alla popolazione bersaglio* regolato in base alle peculiarità della popolazione a cui è rivolto;

- *avere obiettivi chiari e realistici;*
- *essere basato su un modello teorico di riferimento supportato da evidenze empiriche;*
- *essere basato su modelli teorici di cambiamento;*
- *massima coerenza tra obiettivi, modelli teorici di cambiamento, attività e indicatori utilizzati per la valutazione;*
- *incoraggiare la partecipazione delle organizzazioni e delle persone chiave per promuovere la loro integrazione;*
- *utilizzare le risorse in modo sinergico e adeguato;*
- *definire in maniera chiara i tempi e la durata dell'intervento;*
- *prevedere e attuare una valutazione di processo e di risultato dell'intervento.⁴⁷*

5.3 Progetto di *peer education*

Il primo passo da compiere per la progettazione è individuare i soggetti a cui è rivolto. In questo caso si prenderanno in considerazione tre classi terze di una scuola superiore di secondo grado. Questa scelta è dettata dal fatto che i ragazzi che appartengono a questa fascia hanno una sufficiente conoscenza della scuola, ma dovranno rimanervi ancora per qualche anno, quindi quanto imparato in questo progetto potrà essere messo in pratica negli anni successivi.

Dopo aver individuato il target, si passa all'analisi del problema e dei bisogni dei destinatari. Attraverso il coinvolgimento degli insegnanti, verranno esplorate le tre classi protagoniste del progetto, verranno esaminate le situazioni più critiche di ogni gruppo classe, ma soprattutto ci si concentrerà sui punti di forza del gruppo. Dopo questa attenta analisi sarà possibile definire la situazione problema e gli obiettivi da raggiungere.

Situazione problema: uso di sostanze psicoattive in alcuni componenti del gruppo classe

Obiettivo generale: prevenzione dell'uso di sostanze attraverso il potenziamento delle *like skills*

Obiettivi specifici:

⁴⁷ Bonino S, Cattelino E, *La prevenzione in adolescenza*, p. 120

- ampliare la consapevolezza sulle conseguenze dell'uso di sostanze
- fornire le corrette informazioni riguardanti i rischi correlati al consumo
- potenziare l'autoefficacia regolatoria (resistere alle influenze del gruppo dei pari), la capacità di prendere decisioni e la capacità di relazione
- sviluppare il pensiero critico
- creare una rete con i Servizi che si occupano dell'uso di sostanze (SerD, CIC)

Il percorso che si dovrà intraprendere per raggiungere questi obiettivi è diviso in fasi e ha la durata di due anni. Durante il primo anno si recluteranno i *peer educator* e si provvederà alla loro formazione, mentre nel secondo anno si svolgerà la parte pratica all'interno delle classi che sono state individuate.

Inizialmente verrà presentato a tutte e tre le classi il progetto, facendo riferimento alla metodologia della *peer education* e al tema che si ha intenzione di trattare. In questo contesto si ricercheranno i *peer educator*. Questa figura deve essere rappresentata da:

“un giovane amato dai suoi coetanei che dispone di un'ampia rete sociale, è affidabile, credibile e gli altri giovani si rivolgono a lui per chiedere consigli. Deve trattarsi di una persona “innovativa”, nel senso che è abituata ad introdurre nuove idee e comportamenti nel suo gruppo di coetanei, ma nel contempo non è “radicale” o esterno al gruppo al punto che altri giovani non sarebbero disposti ad ascoltarlo”⁴⁸

Inoltre, è fondamentale che non abbiano più di due anni di differenza dagli altri studenti, che siano accettati dagli altri, che abbiano una personalità forte e una buona motivazione ad intraprendere il programma.

Dopo aver individuato i *peer educator*, si passa alla loro formazione. Verranno svolti degli incontri – circa cinque – in un setting ben preciso in cui, dopo una prima presentazione di tutti i membri, verrà spiegato cos'è la *peer education*, perché viene utilizzata in questo contesto, quali sono i vantaggi e gli svantaggi. Tutto questo può essere svolto attraverso delle attività come il *brain-storming*. Gli operatori dovranno fare in modo di accrescere negli studenti la curiosità ad intraprendere il percorso e dovranno far capire loro l'importanza del ruolo che ricoprono. In questo modo il gruppo si consolida ed è pronto ad impegnarsi nelle attività. Da questo momento, gli studenti acquisteranno sempre più autonomia, verranno

⁴⁸ Svenson G.R. (1998), *Linee guida europee per la Peer Education fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS*, Dipartimento di Medicina di Comunità, Università di Lund, European Commission, p.27

contattati degli operatori esterni per fornire le informazioni precise e dettagliate riguardanti l'argomento scelto. Questi operatori possono essere educatori professionali, psicologi o medici delle aziende sanitarie o delle organizzazioni che, insieme alla scuola, si occupano di prevenzione. Attraverso il confronto con i consulenti esterni, i *peer educator* potranno fare domande, sviluppare delle *skills* come la capacità di relazione, la capacità di prendere delle decisioni, la creatività e la comunicazione efficace.

Durante l'ultima giornata di formazione, oltre a sintetizzare quanto appreso, verrà pianificato l'intervento e verranno elaborate le attività da svolgere l'anno successivo. In questo contesto, inoltre, verrà svolta una prima verifica con i *peer education* in cui si cercheranno di comprendere sensazioni, stati d'animo e grado di motivazione. Questo momento di confronto è necessario per incrementare nei ragazzi il pensiero critico e la comunicazione efficace.

Con l'inizio del nuovo anno scolastico, è necessario ricompattare il gruppo dei *peer educator* prima che intervengano nelle classi. Verranno svolti due incontri che dovranno focalizzarsi sul riassumere il tema del progetto, le varie fasi e le azioni che erano state concordate l'anno precedente, sarà necessario analizzare anche la motivazione e l'impegno ad intraprendere il programma, ad esempio utilizzando dei *focus group*.

Dopo aver svolto questi incontri, gli studenti saranno pronti ad entrare nelle classi per svolgere le attività di prevenzione e promozione della salute concordate. In questo contesto, i *peer education* non dovranno insegnare nulla agli altri studenti, ma dovranno cercare, attraverso metodi comunicativi efficaci, di far comprendere quanto hanno imparato nell'anno precedente. Dovranno essere bravi ad instaurare il confronto e il dibattito, dovranno diffondere le conoscenze e i valori utili per far fronte ai comportamenti a rischio. Gli strumenti che verranno utilizzati maggiormente

Una volta terminati gli incontri nelle classi, si passa alla fase di verifica e valutazione del progetto. Quest'ultima, però, non deve essere effettuata solo al termine delle attività, ma è uno strumento da utilizzare sia prima che durante la messa in pratica degli interventi. È fondamentale che i questionari e le schede di valutazione vengano elaborati prima di iniziare il progetto, così da essere più precisi nell'analisi di quanto è stato raccolto.

La **valutazione *ex ante*** corrisponde alla fase iniziale del progetto. È l'insieme di:

- ipotesi di obiettivi

- metodologia da utilizzare
- target a cui fare riferimento
- analisi dei bisogni
- analisi del problema
- schede educative

La **valutazione *in itinere*** serve per comprendere se quanto messo in pratica sta avendo degli effetti, se si sta andando nella direzione giusta, se c'è coerenza tra gli obiettivi e le attività proposte. Nel caso in cui questo non accada, è necessario ricalibrare gli interventi sulla base di quanto è emerso. Per valutare ciò è necessario utilizzare degli strumenti adatti come le griglie di osservazione, le check list o le scale di valutazione che servono per valutare l'interesse dei partecipanti, le modalità con cui svolgono le attività ecc.

La **valutazione *ex post***, invece, serve a capire:

- *l'efficacia dell'intervento*
- *l'impatto*
- *la rilevanza*
- *l'efficienza e la produttività*
- *la trasferibilità o riproducibilità del modello*⁴⁹

Per effettuare questo tipo di valutazione, lo strumento più utilizzato è il questionario, svolto dai *peer educator* e dai pari che sono i destinatari del progetto. Il questionario va ad indagare le opinioni, le percezioni, il livello di motivazione, le aspettative e il grado di soddisfazione.

Il progetto in sintesi

Situazione problema	Utilizzo di sostanze psicoattive in alcuni membri delle classi coinvolte
Obiettivo generale	prevenzione dell'uso di sostanze attraverso il potenziamento delle <i>like skills</i>
Obiettivi specifici	ampliare la consapevolezza sulle conseguenze dell'uso di sostanze fornire le corrette informazioni riguardanti i rischi correlati al consumo

⁴⁹ Bonino S, Cattellino E, *La prevenzione in adolescenza*, pp. 116-117

	<p>potenziare l'autoefficacia regolatoria (resistere alle influenze del gruppo dei pari), la capacità di prendere decisioni e la capacità di relazione</p> <p>sviluppare il pensiero critico</p> <p>creare una rete con i Servizi che si occupano dell'uso di sostanze (SerD, CIC)</p>
Destinatari	Il progetto è rivolto a tre classi della scuola superiore di secondo grado
Attività	<p><u>Fase 1:</u> costituzione del gruppo di coordinamento (insegnanti, educatori professionali ed esperti del settore prevenzione). In questa fase verranno esaminate le classi ed individuati gli obiettivi</p> <p><u>Fase 2:</u> presentazione del progetto, della metodologia e del tema a tutti gli studenti e ricerca dei <i>peer educator</i></p> <p><u>Fase 3:</u> costituzione del gruppo dei <i>peer educator</i> e approfondimento del progetto. Verranno svolti 5 incontri così divisi:</p> <p><i>Incontro 1:</i> introduzione del progetto e della metodologia, conoscenza dei componenti del gruppo attraverso dei giochi "per rompere il ghiaccio"</p> <p><i>Incontro 2:</i> approfondimento sulle dinamiche di gruppo anche attraverso esercizi di role-playing</p> <p><i>Incontro 3:</i> formazione sulla capacità di comunicazione e di relazione attraverso esercizi di circle time</p> <p><i>Incontro 4:</i> formazione riguardante le sostanze psicoattive, i rischi correlati al consumo e le conseguenze che ne derivano con il coinvolgimento di operatori sanitari esterni</p> <p><i>Incontro 5:</i> sintesi di quanto appreso negli incontri, progettazione delle attività da proporre ai gruppi classe</p> <p><u>Fase 4:</u> intervento dei <i>peer educator</i> nelle classi</p>
Tempi	<p>Il progetto ha la durata di 2 anni</p> <p>Primo anno: costituzione del gruppo di coordinamento e reclutamento dei <i>peer educator</i> (5 incontri dalla durata di 2 ore)</p> <p>Secondo anno: intervento dei <i>peer educator</i> nelle classi (1 incontro ogni 15 giorni con durata di 2 ore)</p>

Risorse umane	Insegnanti Studenti dell'istituto Educatore Professionale Medico Psicologo
Risorse materiali/ ambientali	Scuola (aule, auditorium ecc.) Materiale informativo Cartelloni e materiale da cancelleria Fotocopie
Partners coinvolti	Istituto scolastico Dipartimento di prevenzione Servizio Dipendenze (SerD)
Indicatori di verifica	Interesse dei partecipanti → scale di valutazione Livello di motivazione → questionario Soddisfazione → questionario Conoscenze acquisite → focus group Numero di presenze/assenze → verbale o registro
Verifica	In itinere: dopo l'ultima giornata di formazione e disponibilità a svolgerne se gli studenti lo ritengono necessario Finale: al termine dell'ultimo incontro svolto nelle classi
Valutazione	<i>Ex ante:</i> si analizzano i bisogni e i problemi, si ipotizzano gli obiettivi, si studiano le schede educative degli studenti, si cercano tutte le informazioni necessarie alla stesura del progetto <i>In itinere:</i> si valuta se l'operato corrisponde agli obiettivi e alle attività proposte. In caso contrario si provvede a ricalibrare gli interventi <i>Ex post:</i> si fa un giudizio generale su tutto il progetto, si analizza l'efficacia dell'azione educativa (outcome), si considerano le varie prestazioni e la loro produttività (output), si discute sulle problematiche emerse e su ciò che non ha funzionato

CONCLUSIONE

L'adolescenza è, per definizione, un periodo di transizione caratterizzato da cambiamenti a livello fisico e psicologico, ma la sfera sociale e relazionale è quella più duramente coinvolta. Il ragazzo, infatti, si trova a dover affrontare situazioni più grandi di lui che vanno dalla volontà di essere autonomo alla paura del cambiamento.

È in questa fase così delicata che l'adolescente inizia ad avvicinarsi al mondo delle sostanze psicoattive. Un mondo che lo fa sentire più adulto, lo fa sentire più forte e capace di tutto, un mondo che lo conduce verso comportamenti a rischio che possono avere ripercussioni a livello fisico e psicologico.

Diventa quindi fondamentale mettere in atto delle strategie di prevenzione, utili a fornire le conoscenze di base sul tema delle sostanze, ma che agiscano sui fattori che aumentano la probabilità di intraprendere condotte a rischio e su quei fattori che, invece, svolgono un ruolo di protezione della salute, del benessere e dello sviluppo.

I luoghi che maggiormente vengono sfruttati per la prevenzione sono la famiglia, la comunità e l'ambiente scolastico, ma quest'ultimo è risultato essere il più adatto per sviluppare dei programmi di promozione della salute. In questo ambiente si possono mettere in atto progetti che sviluppano le *life skills* degli adolescenti permettendogli di affrontare al meglio i cambiamenti della vita quotidiana. In particolare, la *peer education* è la strategia più utilizzata tra quelle che promuovono le *life skills* perché attraverso una comunicazione orizzontale riesce più facile acquisire conoscenze e competenze. Inoltre, i ragazzi si trovano al centro dell'attenzione e possono sviluppare diverse capacità, come quella comunicativa e relazionale.

In questi interventi, il ruolo dell'educatore professionale è fondamentale perché, utilizzando gli strumenti che la metodologia gli propone, può essere un sostegno per l'adolescente e può svolgere la funzione di promotore del benessere, attivando progetti che coinvolgono il ragazzo, la sua famiglia, la scuola e il gruppo di amici. L'educatore può anche diventare un punto di riferimento per l'adolescente, perché attraverso questi interventi, può instaurare una relazione che si basa sull'ascolto, sulla comprensione e sull'aiuto, facendo sì che le sostanze vengano viste come un esperimento temporaneo e non una costante nella vita di tutti i giorni.

BIBLIOGRAFIA

- A. Maggiolini – G. Pietropoli Charmet [a cura di], *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*, cit., pag. 192.
- American Psychiatric Association (2014), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM 5*, Milano: Cortina, 2014
- Baiocco R., D'Alessio M., & Laghi F. (2008). *I giovani e l'alcol. Il fenomeno del binge drinking*. Carocci Editore
- Barban D, Sacchetti C, Verdecchia R, Sacconi A, Martano F, *La valutazione nell'area delle dipendenze patologiche* in Crisafulli F. (a cura di) *La valutazione nel lavoro dell'educatore professionale* p. 171. Maggioli Editore
- Baumrind, D. (1971). *Current patterns of parental authority*. *Developmental Psychology*, 4(1, Pt.2), pp. 1–103
- Bertelli B. (a cura di) (2007), *Servizio sociale e prevenzione*, Franco Angeli, Milano, pp. 15-32
- Berti, A. E., & Bombi, A. S. (2005). *Corso di psicologia dello sviluppo*. Bologna: Il Mulino, pp. 345-346
- Bertini M., Braibanti P e Gagliardi M.P. (1999), *I programmi di life skills education (LSE) nel quadro della moderna psicologia della salute*, “*Psicologia della Salute*”, n.3 pp.13-29
- Boda G. (2001), *Life skills e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*, Milano, La Nuova Italia
- Bonino S, Cattelino E., (2008), *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sul rischio e la salute*, Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A., p. 22
- Bonino S., Cattelino E. e Ciarano S. (2003), *Adolescenti e rischio*, Firenze, Giunti
- Caprara GV e Fonzi A (2000), *L'età sospesa*, Firenze, Giunti
- Ciarano S., Bonino S., Jackson S. e Miceli R. (2001), *Stile educativo genitoriale e benessere psicosociale in adolescenza: una ricerca in due nazioni europee*, “*Età evolutiva*”, n.69, pp. 61-71
- Conger JJ, Petersen AC. (1984), *Adolescence and youth*, Harper e Row, New York.

D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*, art, 106

De Leo G., Salvini A. (1977), *Rilievi teorici e pratici del concetto di personalità carattereopatica in età evolutiva*, in “La rivista di Servizio Sociale”, n.1, pp. 47-57

Decreto 8 ottobre 1998, n. 520. *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502*. Pubblicato in G.U. 28 aprile 1999, n.98

Demaret I, Lemaitre A, Anseau M. (2013), *L'Héroïne*, Rev Med Liege

Di Blasio P. (2005), *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Milano, Edizioni Unicopli

Don Luigi Ciotti. (2018) “*Perfetti consumatori. Com'è cambiato il mondo degli stupefacenti. Intervista a Don Luigi Ciotti*”. Il Regno – attualità, 16/2018. Pp. 462-463

EMCDDA (2013), *Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies*, OEDT, Lisbon

Festinger, L. (1954). *A theory of social comparison processes*. Human Relations, 7, pp.117–140

Giancane S., *Il metadone: un trattamento riabilitativo.*, In *Sostanza – Manuale delle dipendenze patologiche – Volume 1*, Edizioni CLAD Onlus, 2018, p. 329

Guarino A (2007), *Fondamenti di educazione alla salute*, Franco Angeli, Milano

Hagel J, Andrews G, Vertinsky T., Heran M.K.S., Keogh C. (2005), ‘*Chasing the dragon*’ - *imaging of heroin inhalation leukoencephalopathy*. Can Assoc Radiol J.,

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relation to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education* (Vol. II). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Havighurst R.J. (1953), *Human development and education*, New York, Longman

Havighurst R.J (1952), *Development tasks and education*, New York, Davis Mc Kay

Ippocrate (IV secolo a.C.), *De veteri medicina*, in *Corpus Hippocraticum*, p. 246

Jessor R., Jessor S. L. (1977), *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*, New York, Academic Press.

Lugoboni F., Morbioli L, *Complicanze mediche dell'uso di cocaina*, In *Sostanza – Manuale delle dipendenze patologiche – Volume 1*, Edizioni CLAD Onlus, 2018, pp. 373-376

Lyng, S. (1990), *Edgework: a social psychological analysis of voluntary risk taking*, *American Journal of Sociology*, 4, 95, pp. 851-886

MacCoby E, Martin J. (1983), *The role of psychological research in the formation of policies affecting children*, in “Annual Progress in Child Psychiatry & Child Development”, pp.457-465

Marcia J.E. (1980), *Identity in adolescence* In J. Adelson (Ed.) *Handbook of adolescent psychology*, New York; Wiley; pp. 159-187

Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa*, New York: Morrow

Mrazek P.J. e Haggerty R.J. (1994), *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, Washington, National Academy Press.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2003), *Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per i genitori, educatori e amministratori*, Seconda edizione, traduzione italiana a cura dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze della Regione Veneto

Pace U. (2008), *Crisi d'identità, stati d'identità, stili d'identità: dal modello teorico di Erickson agli studi empirici di Marcia e Berzonsky*, in E. Confalonieri & U. Pace. *Sfaccettature identitarie. Come adolescenti e identità dialogano fra loro*. Milano: Unicopli

Palmonari A. (1998), *Psicologia dell'adolescenza*, Bologna, Il Mulino

Palmonari A. (2001), *Gli adolescenti*, Bologna, Il Mulino

Piaget J. (1955), *La rappresentazione del mondo nel fanciullo*, Torino, Edizioni scientifiche Einaudi.

Pombeni M. L., (1990), *L'adolescente e i gruppi di coetanei*, in Palmonari A. (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza*, Il Mulino, Bologna, pp. 225-243

Ravenna M. (1997), *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino Editore

Rook EJ, Huitema AD, van den Brink W, van Ree JM, Beijnen JH (2006), *Pharmacokinetics and Pharmacokinetic Variability of Heroin and its Metabolites: review of the literature*. *Current Clinical Pharmacology*,

Schifano F., Orsolini L., Papanti D. & Corkery J. (2016). Le nuove sostanze psicoattive: problematiche cliniche e farmacologiche. *Medicina delle dipendenze – Italian Journal on Addictions*, 22 (6), pp. 5-14

Serpelloni G., Bonci A. e Rimondo C. (2009), *Cocaina e minori, Linee d'indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze*, Dipartimento Politiche Antidroga, Sommacampagna

Sneader W.(1998), *The discovery of heroin*. Lancet

Strang J, Griffiths P, Gossop M. (1997), *Heroin smoking by 'chasing the dragon': origins and history*. *Addiction*,

Svenson G.R. (1998), *Linee guida europee per la Peer Education fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS*, Dipartimento di Medicina di Comunità, Università di Lund, European Commission, p.27

Toga A. W., Thompson P.M., Sowell E.R., *Mapping brain maturation*. Trends Neurosci. 2006 Mar; 29 (3) pp. 148-159. Epub 2006 Feb 10. Review

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), *Bulletin of Narcotics*, 1967, n. 19

Weinstein, N.D. (1980), *Unrealistic optimism about future life events*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, pp.806-820

World Health Organization (WHO) (1986), *Ottawa Chart for Health Promotion. First International Conference on health promotion*. Ottawa, November 21

World Health Organization (WHO) (1992), *Skills for life*, Bollettino OMS n. 1

World Health Organization (WHO) (1999), *Partner in Life Skills Education. Conclusions from a united nations inter-agency meeting*, Ginevra, Department of mental health social change and mental health cluster

World Health Organization (WHO), 1948, *Constitution*. WHO

Zuckerman, M. (1971), *Dimension of sensation-seeking*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36, pp. 45- 52

Zuckerman, Marvin, et al. (1964), *Development of a sensation-seeking scale*, *Journal of Consulting Psychology* 28.6, p.477

SITOGRAFIA

Adolescenza. in *Treccani.it – Vocabolario Treccani online*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana. Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.treccani.it/vocabolario/adolescenza/>.

Angelini Pharma(n.d.). *Adolescenza e pubertà*. Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.angelinipharma.it/wps/wcm/connect/it/home/Patologie-e-cure/La-cura-della-donna/Speciali/Adolescenza-e-puberta/>

Canali S. (2016), *L'essere umano e le droghe*, Psicoattivo, Pubblicato il 17 marzo 2016, Consultato il 15 settembre 2020 da www.pisocattivo.com/lessere-umano-le-droghe

Casey B., Jones R.M., Somerville L.H., *Braking and accelerating of the adolescent brain*. J Res Adolesc. 2011 Mar 1 Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3070306/>

D'Amato M., *Bande giovanili*, in *Enciclopedia dei ragazzi*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, 2005. Consultato il 30 giugno 2020 da https://www.treccani.it/enciclopedia/bande-giovanili_%28Enciclopedia-dei-ragazzi%29/

Dennis EL, Jahanshad N, McMahon KL, de Zubicaray GI, Martin NG, Hickie IB, Toga AW, Wright MJ, Thompson PM. *Development of brain structural connectivity between ages 12 and 30: a 4-Tesla diffusion imaging study in 439 adolescents and adults*. Neuroimage. 2013 Jan 1, Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3603574/>

Dipartimento Politiche Antidroga (2009), *Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe*. Consultato il 12 ottobre 2020 da http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1944/guida_programmi_genitori.pdf

Dronet (n.d.). *Sostanze d'abuso. Approfondimenti per operatori*. Consultato il 17 settembre 2020 da http://www.dronet.org/sostanze/vis_sos.php

Early leavers from education and training [immagine]. Consultato il 30 giugno 2020 da https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Early_leavers_2019-01.jpg

Ferrari E., Ruberto MG. (2012), *La bigoressia o dismorfia muscolare: una nuova patologia emergente [versione online]*. Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia,

125(2), pp. 373-377. Consultato il 29 giugno 2020 da <http://riviste.paviauniversitypress.it/index.php/bsmc/article/view/1099/1154>

Giedd JN, Raznahan A, Alexander-Bloch A, Schmitt E, Gogtay N, Rapoport JL. *Child psychiatry branch of the National Institute of Mental Health longitudinal structural magnetic resonance imaging study of human brain development*. Neuropsychopharmacology. 2015 Jan; Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4262916/>

Irvin H. Hirsch, *Pubertà nei ragazzi* in “Manuale MSD, versione per i pazienti”. Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-degli-uomini/biologia-del-sistema-riproduttivo-maschile/pubert%C3%A0-nei-ragazzi>

Istituto Superiore di Sanità (2008), “*La promozione della salute nelle scuole: obiettivi di insegnamento e competenze comuni*”, Rapporto ISTISAN 08/1,2008, p.27, Consultato il 10 ottobre 2020 da <http://old.iss.it/binary/publ/cont/081.pdf>

Leshner A.I. (1997), *Addiction is a brain disease, and it matters*, Science, Vol. 278 n.5335 pp. 45-47. Consultato il 5 ottobre 2020 da <https://science.sciencemag.org/content/278/5335/45/>

Lo Schiavo A., *Dispersione scolastica*, in *Enciclopedia Italiana – VII Appendice*, Istituto dell’Enciclopedia Italiana, 2000. Consultato il 30 giugno 2020 da https://www.treccani.it/enciclopedia/dispersione-scolastica_%28Enciclopedia-Italiana%29/

Lo sviluppo dell’identità nella teoria di Erickson [immagine] (n.d.) Consultato il 29 giugno 2020 da <http://docenti.unimc.it/morena.muzi/teaching/2018/18558/files/slide-adolescenza>

Mian E, Fanni Canelles M, *Abbandono scolastico, esiste una relazione con comportamenti devianti? Cause, osservazioni e proposte di intervento*, Istituto di Ricerca Internazionale sul Disagio e la Salute in Adolescenza, Consultato il 30 giugno 2020 da http://www.educareallaliberta.org/wp-content/uploads/2016/03/abbandono_scolastico.pdf

Palmonari A., *Adolescenza*, in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Istituto dell’Enciclopedia Italiana, 1991. Consultato il 29 giugno 2020 da https://www.treccani.it/enciclopedia/adolescenza_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/

Preadolescenza, in *Treccani.it – Enciclopedie online*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana. Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.treccani.it/enciclopedia/preadolescenza>

Smith K., *Sex and drugs and self-control: how the teen brain navigates risk*. Nature. 2018 Feb 22 Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.nature.com/articles/d41586-018-02170-3/>

Telzer EH, Fuligni AJ, Lieberman MD, Galván A. *Neural sensitivity to eudaimonic and hedonic rewards differentially predict adolescent depressive symptoms over time*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014 May 6 Consultato il 29 giugno 2020 da <https://www.pnas.org/content/111/18/6600>

Tesionline (n.d.). *Le teorie sull'adolescenza* Consultato il 29 giugno 2020 da <https://sociologia.tesionline.it/sociologia/dossier.jsp?m=0902>

RINGRAZIAMENTI

Con questa Tesi di Laurea raggiungo un traguardo che sognavo da tanto tempo. Non sarei arrivata fino a qui senza il supporto delle persone che mi hanno reso la persona che sono oggi.

Vorrei ringraziare il Prof. Riccardo Verdecchia, Guida di Tirocinio e Relatore di questa tesi. Grazie perché ha saputo trasmettermi la passione per questo lavoro, ha condiviso con me le sue infinite conoscenze e ha saputo sostenermi nei momenti più difficili.

Ringrazio i miei genitori, perché con i loro sacrifici mi hanno permesso di arrivare fino a qui. Siete sempre stati al mio fianco, mi avete spronato a dare il massimo, mi avete supportato e sopportato, avete sempre creduto in me, più di quanto non lo abbia fatto io.

Ringrazio mio fratello Nicolò che, nonostante ci siano 600 km a dividerci, cerca di essere presente il più possibile. Ammiro la sua pazienza nel sopportarmi, soprattutto nei momenti delicati della mia carriera da studentessa.

Un sentito ringraziamento a tutte le mie amiche ed i miei amici, senza i quali non sarei diventata quella che sono oggi. Non potevo chiedere compagni migliori con cui condividere tutti i traguardi raggiunti fino a qui.

Infine, un pensiero e un ringraziamento a nonna Bianca. Nonostante non sia più con me da parecchi anni, ricordo ancora tutto quello che mi ha insegnato. La vita le ha tolto la vista troppo presto, ma ha saputo affrontare questa sfida con una forza incredibile. La ringrazio perché senza il suo esempio avrei abbandonato al primo ostacolo e non sarei qui a festeggiare questo mio traguardo.