

A CURA DI:

Patrizia Balbinot, Luigi Carlo Bottaro, Gianni Testino

CON LA COLLABORAZIONE DI:

Roberto Galuffo, Roberto Rosselli, Lorenzo Sampietro

PROMOSSO DA:



Sistema Sanitario Regione Liguria

Direttore: Luigi Carlo Bottaro

CON LA COLLABORAZIONE DI:

Ufficio Scolastico Regionale Liguria
(MIUR)

Direttore ff: Loris Perotti

SC Patologia Dipendenze-Epatologia

Centro Alcolologico Liguria

Direttore: Gianni Testino

PER UN NUOVO MANAGEMENT DELLA PREVENZIONE EDUCAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA

SECONDA EDIZIONE



DEDICA: A TUTTI GLI INSEGNANTI

PER UN NUOVO MANAGEMENT DELLA PREVENZIONE EDUCAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA SECONDA EDIZIONE

Con il patrocinio di:

Università degli Studi di Genova
Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia – Università di Genova
Prefettura di Genova
Giunta Ligure - Associazione Nazionale Magistrati
Associazione Pediatri Liguri EO
Ordine Professioni Infermieristiche (OPI) di Genova
Comitato Tecnico Scientifico Operatori Socio Sanitari (CT-OSS)
Liguria
Associazione Regionale Club degli Alcolisti in Trattamento (ARCAT)
Liguria
Società Italiana di Alcologia

A cura di:

Patrizia Balbinot (*organizzazione*)

Operatrice Socio-Sanitaria
Servitrice Insegnante
Membro Direttivo CT-OSS Liguria
Centro Alcologico Regionale Ligure
SC Patologia delle dipendenze ed Epatologia
alcol correlata
ASL 3 Liguria

Luigi Carlo Bottaro (*promotore e referente scientifico*)

Direttore Generale ASL3 Liguria

Gianni Testino (*referente scientifico*)

Direttore SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia
alcol correlata
Coordinatore Centro Alcologico Regionale Ligure
ASL 3 Liguria

Hanno collaborato:

Antonella Alloisio

Dirigente Medico
SC Chirurgia Toracica
IRCCS Ospedale Policlinico, San Martino, Genova

Barbara Cristina

Centro Tabaccologico
SC Cardiologia Riabilitativa
ASL3 Liguria

Giulia Calcagno

Docente IC Rivarolo, Genova
Membro "Commissione Prevenzione e Contrasto al Disagio"

Aniello Baselice

Dipartimento Dipendenze
ASL Salerno

Francesco Cozzi

Capo della Procura della Repubblica di Genova

Antonio Di Biagio

Dirigente Medico
SC Clinica Malattie Infettive, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino,
Genova

Tiziana Fanucchi

Psicologa
SOD di Alcologia, Ospedale Careggi, Firenze
Centro Alcologico Regionale Toscano

Alberto Ferrando

Presidente Associazione Pediatri Liguri EO

Carmelo Gagliano

Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie
ASL3 Liguria
Presidente Ordine Professioni Infermieristiche (OPI) di Genova

Roberto Galuffo (*referente scientifico*)

USR Liguria Ufficio III
Referente Educazione Alimentare e Salute

Giancarlo Icardi

Professore Ordinario di Igiene Università degli Studi di Genova
Direttore SC Igiene IRCCS Ospedale Policlinico San Martino

Maria Mazzeo

Docente IC Rivarolo, Genova
Membro "Commissione Prevenzione e Contrasto al Disagio"

Maria Elena Morsucci

Resp.le Centro Salute Mentale Mondovì
D.S.M. ASL CN1

Paolo Moscatelli

Direttore Medico d'Urgenza
IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Antonella Molteni

Docente IC Rivarolo, Genova
Membro "Commissione Prevenzione e Contrasto al Disagio"

Donatella Panatto

Professore Associato di Igiene, Università degli Studi di Genova
Coordinatrice Corso di Laurea "Educatori Professionali"

Valentino Patussi

Direttore SOD di Alcolologia, Ospedale Careggi, Firenze
Coordinatore Centro Alcolologico Regionale Toscano

Lorenzo Sampietro (*referente scientifico*)

Direttore Socio-Sanitario
ASL3 Liguria

Roberto Surlinelli

Direttore Tecnico Capo della Polizia di Stato
Direttore Settore III sezione "Analisi/SITIC" del
Compartimento Polizia Postale e delle comunicazioni per
La "Liguria" di Genova

Silvia Testino

Storica dell'Arte

Michele Tosato

Psicologo
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze
ASL3 Liguria

Alessandro Viotti

SSD Chirurgia d'Urgenza, IRCCS AOU san Martino-IST, Genova

Francesca Zanesini

Biologa Nutrizionista

Tiziana Zappulla

Centro Tabaccologico
SC Cardiologia Riabilitativa
ASL3 Liguria

Segreteria Organizzativa e Scientifica:

Patrizia Balbinot, Luigi Carlo Bottaro, Roberto Galuffo,
Lorenzo Sampietro, Roberto Rosselli, Gianni Testino

**PER UN NUOVO MANAGEMENT
DELLA PREVENZIONE
EDUCAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA**
SECONDA EDIZIONE

INTRODUZIONE



INTRODUZIONE

Luigi Carlo Bottaro

(Direttore Generale ASL3 Liguria)

Con il cambiamento del concetto di salute inteso non soltanto come gestione degli eventi patologici ma anche e soprattutto di mantenimento dello stato di “buona salute”, cambiano anche i ruoli che il SSN, il SSR ed in ultima analisi le Aziende Socio-Sanitarie devono avere nei confronti della popolazione nelle diverse fasce di età e dell’ambiente di vita quotidiana.

Tale ruolo inevitabilmente deve in gran parte essere svolto in prima persona dalla Regione e dalle ASL ma, contestualmente ed inevitabilmente deve transitare anche attraverso la presa in carico diretta da parte delle istituzioni con un ruolo non direttamente sanitario ed, in ultima istanza, dalla società civile tutta con in prima fila le associazioni di volontariato.

Ed è per questa ragione che ci siamo proposti di fornire uno strumento che raccolga, in maniera sintetica ma, nello stesso tempo, organica e completa,

le conoscenze in nostro possesso frutto della evidenza scientifica, dell’esperienza professionale sul campo ed in ultima analisi frutto del nostro lavoro quotidiano nella lotta alle dipendenze in qualunque maniera declinate.

Lavoro quotidiano che ci ha sempre visti insieme con entusiasmo, fianco a fianco con Prefettura, Procura della Repubblica, Forze dell’Ordine, mondo dell’Istruzione, Associazionismo e volontariato e con chiunque abbia voluto portare un aiuto fermo, onesto, sincero, serio e discreto alla causa della lotta alla dipendenza.

Ed è con questi presupposti e con un non celato orgoglio che, ancora una volta insieme, vogliamo proporre alla società il nostro lavoro, con la certezza che possa rappresentare, comunque, un contributo importante per la lotta alle dipendenze.

Francesco Cozzi

(Capo della Procura della Repubblica di Genova)

Da molte fonti qualificate pervengono informazioni circa l'incremento di richieste di assistenza medica da parte di persone in giovane età e soprattutto minorenni per problemi legati al consumo di alcool o stupefacenti o sostanze psicotrope ovvero per situazioni di disagio o disturbo comportamentale. Per contro da organismi e istituzioni che si occupano dell'educazione e formazione culturale e fisica dei giovani ovvero dai responsabili dei centri di aggregazione e attività giovanili emerge costantemente il dato della pressochè totale percezione ed espressione del convincimento di non dannosità della assunzione e uso di sostanze idonee ad alterare lo stato fisio-psichico di chi ne fa uso. Affermazioni quali "una canna fa star bene e non fa mai male a nessuno" "una canna fa meno male di una sigaretta" ovvero che farsi una canna e bere aiuta a socializza e a far star meglio sono estremamente diffuse e fanno parte di convincimenti assai difficili da sradicare. Neppure la divulgazione di dati scientifici universalmente condivisi presso la comunità scientifica sulle gravi conseguenze che taluni di questi comportamenti accompagnati dalla guida di veicoli a motore e non (non solo in termini di sanzioni penali amministrative e civili specie nel caso di danni a cose o persone) è sufficiente a indurre a riflessioni e modifiche di stili di vita particolarmente diffusi nella nostra popolazione giovanile. Anche se i dati sugli illeciti commessi per guida con abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti sono confortanti

registrandosi un decremento delle trasgressioni proprio tra le persone rientranti nella fascia di età fino a 25 anni resta comunque la constatazione della profonda e diffusa mancanza di consapevolezza dei danni collegati a stili di vita negativi. E' ormai patrimonio di conoscenza comune tra gli operatori che se l'alcool ha una funzione nefasta nel corretto sviluppo dell'organismo in giovane età parimenti le sostanze stupefacenti anche "leggere" "bruciano il cervello" abbassando la capacità di concentrazione e la lucidità rendendo più difficile l'apprendimento e la elaborazione del ragionamento ma incidono pure sui comportamenti relazionali determinando svogliatezza reattività mancanza di equilibrio.

La sfida che si pone agli insegnanti educatori ma anche agli operatori sanitari non è solo quella di portare una informazione corretta semplice e lineare alle fasce giovanili sui danni e le conseguenze di comportamenti che paiono ai più pressochè innocui sfrondando il tema da ogni connotazione di tipo etico ed accompagnandola invece da esemplificazioni concrete ma anche di individuare e segnalare personalità tra le persone note alle masse giovanili e seguite come punti di riferimento e di tendenza (dal mondo della musica dello sport dell'arte dello spettacolo della cultura) in grado di proporsi come modelli virtuosi ovvero capaci di intercettare gli umori giovanili e convogliarli a elaborare in termini critici le informazioni sul significato e le conseguenze di comportamenti dannosi.

EDUCAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA: NUOVA EDIZIONE LA COLLABORAZIONE ASL3 LIGURIA-MIUR

Roberto Galuffo

La tematica che affrontiamo in questa nuova edizione del manuale vede una condivisione del problema certamente importante e necessita della massima attenzione ad ogni livello istituzionale. Gli scorretti stili di vita come si evince chiaramente da vari rapporti ed indagini nazionali ed internazionali sono fonte non solo di disagio fisico, sociale e talvolta mentale, ma riportano tutti noi ad una realtà di stili di vita che incidono fortemente sul futuro delle prossime generazioni, il sapere che la mal nutrizione, l'abuso di alcol, la dipendenza da droghe o le dipendenze da internet e quant'altro, hanno un tasso percentuale in costante crescita ma soprattutto constatare che non sono più solamente l'agiatezza ed il benessere ad invogliare tali atteggiamenti, ma spesso proprio l'opposto stato sociale di chi tutti i giorni vive al limite se non al di sotto della soglia di povertà assoluta, ci deve portare inevitabilmente a riflettere su quel che è stato fatto fino ad ora e soprattutto su quello che ancora possiamo fare. Ecco allora che la scuola assume un ruolo determinante, l'educazione dei nostri giovani non

è fatta solamente di nozionistica di conoscenze umanistiche e scientifiche, è fatta anche e soprattutto se parliamo di un età compresa fra i tre ed i sedici anni, di educazione a corretti stili di vita che devono partire proprio da una corretta concezione del proprio corpo e dalla conoscenza di cosa può arrecarvi danni talvolta irreparabili. E' quindi certamente compito nostro che stiamo a contatto con questi giovani per circa un terzo del loro tempo, riuscire ad educarli rendendoli consapevoli dei rischi che determinati atteggiamenti provocano nella loro salute attuale e futura.

La parola chiave è sempre educare, tutti noi operatori del settore che si sia maestri insegnanti o docenti non dobbiamo mai dimenticare che la funzione principale del nostro lavoro è proprio questa. l'Ufficio Scolastico Regionale della Liguria in collaborazione con il mondo delle istituzioni e delle associazioni va in contro alle esigenze della scuola con proposte di formazione rivolte ai docenti e soprattutto agli alunni, è in questa ottica

che all'interno della proposta formativa regionale di A.Li.sa troviamo percorsi mirati come quello rappresentato da questo manuale, ed è sempre per affiancare le scuole e i docenti in questa azione che il nostro Ufficio Scolastico Regionale ha nel passato e continua oggi a promuovere l'Educazione alla salute.

In questi ultimi giorni abbiamo messo a punto un ulteriore passaggio a livello regionale. Dall'a.s. 2019/20 anche la Liguria avrà la Rete Regionale delle scuole che promuovono la salute.

Rete che sarà affiliata alla rete europea SHE, e di cui sono veramente orgoglioso, non posso non ringraziare per questo grande passo avanti l'Assessore Sonia Viale ed il suo staff, in primis la Dott.ssa Giuseppina Vandini con cui abbiamo condiviso sin dall'inizio la validità e la necessità di una Rete dedicata alla salute.

Sarà certamente lo strumento che ci permetterà di diffondere al meglio ed in modo capillare

i progetti che, come il manuale oggi alla sua seconda edizione, ci possono supportare per un affiancamento di argomenti così importanti per il futuro dei nostri giovani nelle singole materie curriculari.

L'auspicio in conclusione è che il lavoro svolto in modo così attento e puntale da tutti i professionisti che hanno collaborato alla stesura del testo, possa essere funzionale per migliorare ulteriormente gli effetti degli sforzi che da domani tutti noi metteremo in campo. Con la certezza del successo di questa nuova stesura, ringraziando quanti, dal Prof. Luigi Carlo Bottaro al Dott. Gianni Testino e la sua equipe, hanno a cuore il futuro delle nuove generazioni, auguro una buona lettura ed un proficuo utilizzo agli insegnanti e a tutti i ragazzi che vorranno mettersi alla prova cercando, anche con il supporto di questo testo, di migliorare la propria vita.

PROMOZIONE DELLA SALUTE PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEL SINGOLO E DELLA COLLETTIVITA'. IL RUOLO CHIAVE DELLA SCUOLA.

Donatella Panatto, Giancarlo Icardi

Il concetto di salute si è evoluto nel corso degli anni cambiando radicalmente nel 1948 quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la definì come "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale" [1]. Con tale definizione si superò il concetto di associazione univoca tra salute e assenza di malattia. La svolta nella definizione fu l'inserimento di "benessere sociale"; un benessere che non può essere garantito solo dalla medicina e dall'assistenza sanitaria, ma che si realizza con la partecipazione anche di altri comparti socio-economici dello Stato. Infatti, la dichiarazione di Alma-Ata del 1978 affermò che: "La salute è un diritto fondamentale dell'essere umano. L'accesso al più alto grado possibile di salute è un obiettivo sociale di estrema importanza, che interessa il mondo intero e presuppone la partecipazione di molti altri comparti socio-economici oltre a quello sanitario" [2].

Tale dichiarazione fa espressamente riferimento all'integrazione e alla cooperazione tra le diverse istituzioni per raggiungere un livello di benessere adeguato e un livello di assistenza globale ed efficiente.

La Carta di Ottawa del 1986 rappresenta una svolta fondamentale nella percezione collettiva di tale concetto. All'interno di questo documento l'OMS riporta che "È necessario attivare tutte le possibili procedure per permettere alla popolazione di

umentare il controllo della propria salute e far prendere coscienza che la Sanità è una risorsa" [3]. Con tale affermazione si intende trasferire il concetto che, il singolo può in parte "controllare" il proprio stato di benessere psico-fisico attraverso scelte sane, consapevoli e vantaggiose per se stesso e per la collettività. L'atteggiamento dell'individuo verso la salute deve essere attivo e consapevole e, pertanto occorre fornire agli individui conoscenze e competenze per permettere loro di prendere decisioni corrette al fine di sviluppare il proprio potenziale di integrità fisica e buona qualità di vita. E' in questo contesto che si inserisce la promozione della salute (PS) che ha come obiettivo principale quello di migliorare sia gli stili di vita sia le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute. Occorre sottolineare che modificare lo stile di vita è un processo lungo e costante che richiede forza di volontà e tempo, dal momento che i benefici non si avvertono nel breve, ma nel medio e lungo termine. La PS ha come obiettivo l'*empowerment* dei singoli e delle comunità, che consiste nella crescita del potenziale di ogni singolo individuo, nel miglioramento delle abilità per raggiungere i propri obiettivi. L'*empowerment* è strettamente dipendente dall'*health literacy* (alfabetizzazione sanitaria), intesa come la capacità degli individui di leggere e comprendere materiale scritto di tipo sanitario.

Il concetto di *health literacy* nacque negli anni settanta negli Stati Uniti, in risposta ai problemi comunicativi legati alla multietnicità della popolazione residente [4]. Nel 1998 l'OMS definì l'*health literacy* come "l'insieme delle capacità cognitive e sociali che determinano la motivazione e l'abilità degli individui per accedere, comprendere e utilizzare le informazioni, al fine di promuovere e mantenere un buon livello di salute" [5].

Negli ultimi anni, i portatori di interesse hanno prestato una crescente attenzione agli interventi educativi per contrastare la scarsa alfabetizzazione sanitaria. Quest'ultima è correlata con un basso livello di scolarizzazione e più in generale con un basso stato socio-economico e culturale. Al fine di raggiungere l'obiettivo di migliorare la salute della comunità, passando anche attraverso un potenziamento dell'*health literacy*, è necessario il coinvolgimento di diversi portatori di interesse, che agiscano a più livelli e su diversi *setting*, a partire da quello scolastico. Infatti, la PS è un processo sociale globale che comprende anche percorsi finalizzati a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche. Tale promozione, quindi, necessita di interventi lungo tutto il corso della vita, secondo un approccio *life course*.

Parte integrante di tutti gli interventi di prevenzione e di PS è l'educazione. L'OMS nel 1954 definì l'educazione alla salute come l'aiuto alle popolazioni ad acquisirla attraverso il proprio comportamento ed i propri sforzi [6]. L'educazione alla salute si fonda sull'interesse che i singoli manifestano per il miglioramento della loro condizione di vita e mira a

far loro percepire tanto come individui quanto come membri di una famiglia, di una collettività, di uno stato, che i progressi nel settore sanitario derivano dalla loro responsabilità personale.

Il concetto di responsabilizzazione del singolo cittadino è determinante; non si tratta solo di un processo di formazione delle persone, ma implica che esse comprendano le informazioni necessarie e che mettano in atto cambiamenti quotidiani per modificare lo stile di vita complessivo.

Le competenze chiave da fare acquisire nell'ambito del processo educativo – formativo sono una combinazione di conoscenze, abilità e attitudini finalizzate a conferire maggiore autonomia decisionale, quale elemento necessario per lo sviluppo personale, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva a tutte le attività sociali nel rispetto della convivenza democratica.

L'approccio "*whole-of-school*" è un approccio globale che si propone di creare connessioni tra i percorsi didattici, le politiche della scuola, le scelte organizzative e le alleanze con le comunità locali. Tale approccio è ampiamente utilizzato dalla Rete delle Scuole che Promuovono la Salute in Europa, fondata nel 1991 dall'Ufficio Regionale dell'OMS, dal Consiglio d'Europa e dall'Unione Europea. Oggi i Paesi membri della Rete sono 43 fra cui l'Italia [7]. Sulla base della linea educativa promossa a livello europeo, il 17 gennaio 2019 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il documento "Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute" [8]. L'obiettivo è favorire l'inserimento della PS nel curriculum formativo degli studenti delle scuole

di ogni ordine e grado. La scuola si configura come un ambiente privilegiato per attivare con successo politiche finalizzate a promuovere il benessere della collettività perché è un interlocutore stabile per i giovani e rende possibile anche la partecipazione delle famiglie a percorsi informativi e formativi. Nel documento [8], la PS non è proposta come una “nuova materia” ma come uno strumento educativo continuativo e integrato lungo tutto il percorso scolastico, dalla scuola dell’infanzia alla secondaria di secondo grado, secondo l’approccio *life course*. E’ necessario superare il concetto di “progettualità” a carattere occasionale e prevalentemente contenutistico-informativo poco efficace sia in termini di salute che di rapporto costi-benefici. Infatti, è dimostrato da evidenze di letteratura che le azioni tese alla promozione della salute sono efficaci se adottano un approccio “intersettoriale” e “trasversale”, cioè sono volte sia a modificare i comportamenti individuali scorretti sia a creare condizioni ambientali ideali per facilitare scelte salutari e, quindi comprendono politiche per una scuola sana in relazione sia all’ambiente fisico che sociale.

Tra le aree di intervento troviamo: la promozione di sani stili di vita e contrasto ai principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili; il contrasto alla malnutrizione in tutte le sue forme e ai disturbi dell’alimentazione e della nutrizione; la prevenzione delle dipendenze da sostanze d’abuso illegali; la prevenzione delle malattie trasmissibili

e dell’antibiotico-resistenza e la promozione delle vaccinazioni. Questi interventi mirano, non soltanto ad assicurare un futuro sanitario migliore al bambino/adolescente/giovane, ma anche a prevenire comportamenti scorretti che, spesso, si instaurano durante l’infanzia e l’adolescenza e che aumentano il rischio di insorgenza di malattie croniche nell’adulto.

Una scuola che promuove salute con un piano educativo strutturato e sistematico favorisce il benessere e lo sviluppo del capitale sociale degli studenti e di tutta la “comunità” scolastica. Salute e Istruzione sono strettamente interconnesse e incidono sul benessere economico di tutto il Paese. Le azioni di PS devono essere considerate come strategie di “investimento in salute”. I giovani che frequentano la scuola e sono inseriti in un processo di apprendimento positivo hanno migliori opportunità di benessere. Il punto di incontro tra la *mission* della Scuola e la *mission* delle Istituzioni Sanitarie a tutela della salute è dato, pertanto, dall’esigenza di accrescere nei giovani abilità spendibili nei vari ambiti e contesti. In conclusione occorre considerare che la salute è una condizione dinamica, che dipende anche dalla capacità di ogni singolo individuo di istaurare un rapporto armonico con l’ambiente che lo circonda, del quale è parte integrante. Con “ambiente” si intende sia l’ambiente naturale, sia il contesto sociale, cioè l’insieme dei rapporti che ogni singolo individuo realizza con i suoi simili.

BIBLIOGRAFIA

- 1) World Health Organization. Health definition. <https://www.who.int>.
- 2) World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978.
https://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/.
- 3) Ottawa Charter for Health Promotion, 1986 https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf.
- 4) Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promot Int.* 2018;33(5):901-911.
- 5) World Health Organization. 1998. Health Literacy. https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Track1_Inner.pdf
- 6) World Health Organization. Expert Committee on Health Education of the Public & World Health Organization. (1954). Expert Committee on Health Education of the Public : first report [of a meeting held in Paris from 7 to 11 December 1953]. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/40254>.
- 7) Schools for Health in Europe. <https://www.schoolsforhealth.org> .
- 8) Indirizzi di “policy” integrate per la Scuola che Promuove Salute, Ministero della Salute e MIUR. https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=360

IL LAVORO EDUCATIVO

Carmelo Gagliano

Il lavoro educativo e di cura si basa su relazioni interpersonali significative, la cui sintassi è iscritta nel corpo. L'incontro con l'altro, infatti, ha sempre origine dall'esperienza percettiva del vedere, dell'udire, del toccare, e così via.

Sin dal passato l'assistenza è stata relegata verso forme di diffidenza circa la dimensione corporea e sensoriale in una posizione di inferiorità, che ha impedito a lungo di riconoscerne l'importanza, la cura e l'educazione richiedono la capacità di mettere in atto nelle diverse situazioni sguardi adeguati alla dignità delle persone e gesti intonati alla loro condizione.

Nelle attuali società moderne ai cittadini vengono spesso richieste particolari competenze nella gestione della malattia e nel mantenimento di un buono stato di salute. Tuttavia, non sempre le persone dispongono di tali competenze, in particolare i gruppi sociali meno favoriti e con un livello di formazione inferiore. L'Infermiere oggi può contribuire a migliorare il livello di competenze dei cittadini e permettere loro di giocare un ruolo più attivo nella gestione della salute.

L'assistenza infermieristica è chiamata a garantire un costante equilibrio tra la funzione informativa e la funzione educativa con partenza dalla identificazione dei bisogni di salute dell'altro e giunge al raggiungimento degli obiettivi assistenziali e di cura. La professione dell'Infermiere ha il proprio

core business nella relazione terapeutica con l'altro e l'azione educativa va a toccare tutte le diverse fasi della relazione di aiuto, dall'informazione, tramite una comunicazione e una metodologia strutturata volta a potenziare le risorse individuali della persona. Sempre più attuale è il concetto di Health Literacy che vede nel 1998, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la seguente definizione "capacità e abilità cognitive e sociali degli individui di avere accesso, comprendere e usare l'informazione con modalità utili a promuovere e a mantenere un buono stato di salute". Sono tre le principali forme nelle quali si divide la Health Literacy (Nutbeam, 2000):

- Health Literacy funzionale, quale capacità di leggere e scrivere che permettono all'individuo di operare efficacemente nell'ambito della salute.
- Health Literacy interattiva si riferisce a una capacità più elaborata e alle abilità sociali che possono essere utilizzate per partecipare attivamente nell'ambito della salute
- Health Literacy critica racchiude avanzate competenze cognitive e sociali necessarie per analizzare in modo critico l'informazione sulla salute e a comprendere le dimensioni politiche ed economiche della salute stessa.

Possedere una buona Health literacy significa dunque essere in grado e in possesso delle

competenze per assumersi la responsabilità riguardo alla propria salute e l'abilità di provvedere alle cure di base, avere conoscenza del sistema sanitario, capire i consigli e le istruzioni dei professionisti sanitari e partecipare attivamente con esse al processo inerente la terapia. La mancanza o un livello inadeguato di queste competenze comportano infatti ripercussioni sia sullo stato di salute personale che sui costi del sistema sanitario nazionale.

L'infermieristica ha inoltre iniziato a focalizzarsi sull'assistere i pazienti e le famiglie a sviluppare le capacità di auto-assistenza necessarie a promuovere livelli più elevati di benessere.

La responsabilità assistenziale dell'Infermiere parte dalla proposta O.M.S. "Le cure infermieristiche si occupano delle conseguenze dei problemi di salute (attuali e potenziali) e degli effetti provocati dalle terapie nella vita quotidiana degli individui, dei familiari e della collettività. Le cure infermieristiche contribuiscono alla promozione e al mantenimento della salute." Il nuovo paradigma adottato nelle discipline infermieristiche pone dunque l'accento su concetti fondamentali quali la persona, l'ambiente, la salute, la cura (Kérouac et al., 2006). Secondo questa visione, il cittadino-paziente deve essere considerato una persona nella sua globalità inserita in un particolare contesto socio-economico, culturale e relazionale, con le proprie credenze, conoscenze e valori.

L'infermiere non è dunque più unicamente colui che si occupa della presa a carico del paziente, ma assume pure il ruolo di persona di riferimento che

contribuisce a migliorare la sua health literacy, ossia le competenze in materia di gestione della malattia, di prevenzione e di promozione della salute.

Nell'ambito della gestione della malattia, l'infermiere svolge un'importante interfaccia tra il medico e il paziente che contribuisce a migliorare il processo decisionale e l'aderenza terapeutica.

Egli ha infatti l'opportunità di valutare le competenze del malato in termini di capacità di espressione, di comprensione della patologia e delle informazioni che il medico gli ha fornito, delle modalità terapeutiche e dei potenziali effetti collaterali dei farmaci prescritti. L'aumento dell'incidenza delle malattie cronic-degenerative (fisiche e psichiche) associata al costante invecchiamento della popolazione pone inoltre nuove sfide al settore infermieristico riguardanti le competenze dei pazienti nella gestione delle patologie nel lungo termine.

Particolare menzione merita il processo di "Negoziazione", come fase in cui si concorda tra operatore e paziente che cosa sia possibile fare e cosa si possa essere disponibili a fare, qui ed ora. In passato, nell'ambito dell'infermieristica, gran parte dell'attenzione è stata rivolta all'educazione del paziente ed ai suoi effetti sull'osservanza delle prescrizioni del proprio medico. Nell'ultimo decennio questa educazione si è successivamente espansa a comprendere altri campi quali l'assistenza a domicilio e l'assistenza di famiglia e di comunità. L'infermiere diventa pertanto un attore sempre più importante anche al di fuori del settore ospedaliero acuto, come nel caso dell'assistenza e cura a

domicilio oppure degli istituti medicalizzati per anziani. Nell'ambito della prevenzione primaria, il personale infermieristico può rendere meglio consapevole il cittadino-paziente circa i rischi derivanti da comportamenti inadeguati o da situazioni ed eventi particolarmente pericolosi per la salute, come nel caso delle ondate di calore, nonché fornire informazioni per attuare misure protettive semplici ed efficaci. Inoltre, l'infermiere può pure svolgere un ruolo coadiuvante nella prevenzione secondaria e, in modo particolare, nel migliorare le competenze dei pazienti circa la comprensione delle modalità di diagnosi precoce. Infine, l'infermiere gioca un ruolo essenziale anche nella promozione della salute. L'accertamento dello stato di salute deve infatti riguardare l'essere biopsicosociale nel suo insieme e nell'ambito del suo contesto ambientale.

Grazie alla conoscenza della persona con la quale interagisce, il personale infermieristico ha infatti l'occasione di aumentare il livello di consapevolezza del paziente circa i benefici dell'adozione di stili di vita sani.

In conclusione, insieme agli altri attori del sistema sanitario e socio-sanitario e agli attori che si occupano di salute pubblica, il personale infermieristico costituisce un importante determinante per la salute e il benessere del cittadino-paziente. L'infermiere ha infatti la possibilità di migliorare il livello di competenze del paziente necessarie non solo per migliorare la gestione della malattia e per garantire una aderenza terapeutica ottimale, ma pure per l'adozione di stili di vita sani.

LA PAROLA AI DOCENTI EDUCARE CON STILE....

Antonella Molteni, Maria Mazzarello, Giulia Calcagno

“La scuola rappresenta un microcosmo ideale in cui si maturano convinzioni, opinioni, conoscenze, atteggiamenti ed abitudini che determineranno in gran parte l’evoluzione dell’individuo maturo, il suo ruolo e il suo contributo al vivere sociale”

“In tal senso la collaborazione tra il mondo sanitario e quello dell’educazione rappresenta un elemento fondamentale per lo sviluppo di azioni finalizzate alla promozione di corretti stili di vita e prevede una serie di interventi integrati da parte delle diverse agenzie educative coinvolte”.

Spetta alla scuola il compito di sensibilizzare gli alunni sull’importanza dei corretti stili di vita per la tutela della salute rendendoli protagonisti consapevoli della scelta dei propri comportamenti.

“La scuola accoglie per un lungo periodo di vita tutti i soggetti in età evolutiva e offre la possibilità di osservare e monitorare il percorso di crescita e il modello di salute-benessere su cui ogni singolo individuo sta sviluppando il suo personale concetto di star bene”.

In quest’ottica la scuola assume sempre più la caratteristica di osservatorio privilegiato dei valori e degli stili di vita del nucleo familiare e sociale in cui l’alunno è inserito e pertanto è chiamata a concorrere alla promozione della salute e del benessere psico-fisico dei bambini e degli adolescenti.

Nella nostra quotidiana esperienza di docenti della scuola dell’obbligo, abbiamo la possibilità di constatare come, già a partire dalla prima infanzia, siano presenti scorrette abitudini in ambito alimentare, comportamentale e sociale e più in generale si nota una noncuranza delle più basilari norme che regolano i ritmi quotidiani. Spesso tale superficialità nelle condotte è da ascrivere alla scarsa conoscenza dei fondamentali aspetti igienico-sanitari che dovrebbero caratterizzare la vita di ogni individuo.

Il nostro Istituto insiste su un territorio periferico della città dal complesso contesto sociale, contraddistinto da una significativa presenza di flussi migratori e da un elevato tasso di disagio economico e socio-culturale, pertanto si è sempre fatto parte attiva nella promozione di attività formative e divulgative sui temi della prevenzione e del contrasto al disagio.

In questo ambito, un ruolo molto complesso e delicato è quello svolto dalla Commissione di cui facciamo parte che, tra i vari compiti ad essa demandati, ha quello di monitorare le eventuali situazioni di disagio presenti tra gli alunni, attuando gli opportuni interventi e mettendo in rete le collaborazioni con i servizi socio-sanitari presenti sul territorio.

A supporto ed integrazione di quanto sopra

descritto si annovera anche l'attività di formazione rivolta a docenti, alunni e famiglie nell'ottica di azioni coordinate e integrate, allo scopo di far dialogare tutte le parti coinvolte nel processo educativo.

In particolare, negli ultimi due anni la nostra attenzione si è rivolta ai temi della prevenzione, alle dipendenze da sostanze e alla promozione di stili di vita adeguati.

E' stato sin da subito chiaro che la formazione degli alunni e la sensibilizzazione delle famiglie non potesse prescindere dalla conoscenza delle problematiche da parte di noi insegnanti, pertanto abbiamo pensato un piano di aggiornamento rivolto a tutti i docenti dell'Istituto di ogni ordine e grado. La formazione ha riguardato in particolar modo i rischi correlati all'uso di sostanze quali alcol, droghe e tabacco, alla promozione sia di una corretta alimentazione sia di pratiche igienico-sanitarie adeguate (osservate anche attraverso la presentazione degli errori più comuni).

Un altro aspetto rilevante ha riguardato l'uso consapevole di internet e dei social network che sta assumendo il carattere della dipendenza al pari di quelle più note.

Questo percorso formativo ci ha da subito confermato la convinzione che oggi più che mai al docente siano richieste sempre maggiori

competenze non esclusivamente correlate alla mera trasmissione del sapere.

Nel mettere in discussione alcune nostre certezze, ci ha offerto gli stimoli per un approccio più profondo, più critico ma empatico nel momento del confronto con i ragazzi, i quali vivono un'età in cui i "divieti" possono diventare motivo di trasgressione o essere fonte di eccessivi timori.

In queste occasioni abbiamo riconosciuto di aver avuto sino ad allora una preparazione sommaria e spesso fuorviante in quanto mediata talvolta dai messaggi ingannevoli dei media, dei quali anche noi subiamo il condizionamento; in tal senso sarebbe utile un percorso formativo più sistematico con l'apporto di esperti allo scopo di arricchire la didattica.

Per quanto attiene l'attività di formazione rivolta agli alunni della scuola secondaria di primo grado, si evidenzia un significativo livello di interesse che li ha resi parte attiva alla discussione.

Questo percorso si è ulteriormente articolato in altri momenti didattici alla presenza degli insegnanti, con i quali i ragazzi hanno condiviso dubbi, domande e riflessioni personali.

Purtroppo la scarsità di ore curricolari, soprattutto in ambito scientifico, non permette un adeguato approfondimento di queste tematiche, di chiaro interesse per i ragazzi. Inoltre, non è da sottovalutare

anche l'importanza di spazi e strutture adeguate (laboratori, strumenti) per permettere la fruizione di una didattica più pratica ed interattiva che spesso risultano carenti, se non del tutto assenti, nelle nostre scuole; ciò costituisce un effettivo limite del Progetto.

In merito all'esperienza di formazione dedicata ai genitori degli alunni del nostro Istituto, esprimiamo una certa soddisfazione per i positivi esiti riscontrati. Organizzare incontri rivolti alle famiglie su tematiche così delicate che a volte mettono in discussione "la genitorialità", non era una sfida facile.

Una delle finalità che ha da subito ispirato il progetto per i genitori, è stata quella di creare delle occasioni di dialogo e confronto al fine di consentire il "riappropriarsi" del proprio ruolo educativo, a volte demandato ad altre agenzie educative, "in primis" alla scuola.

Nell'attuale momento storico, non è facile per la scuola coinvolgere le famiglie in un confronto aperto con insegnanti ed esperti; molte infatti sono le difficoltà che ostacolano la loro partecipazione diretta (orari, impegni lavorativi, preconcetti su determinate tematiche, disaffezione nei confronti delle istituzioni ecc.).

Tuttavia, i nostri timori sono stati disattesi: la partecipazione è stata molto buona e i genitori hanno valutato positivamente l'esperienza.

A sottolineare il gradimento ci sono stati i commenti pienamente soddisfatti dovuti alla competenza e chiarezza dei relatori, che hanno saputo coinvolgere la numerosa platea.

Anche quei genitori che si sono accostati agli incontri con disincanto o diffidenza, hanno apprezzato gli interventi confidando agli insegnanti di aver acquisito utili informazioni e di aver maturato una maggiore consapevolezza nei confronti delle tematiche affrontate.

La pianificazione di questi eventi richiede uno sforzo organizzativo non indifferente, in quanto prevede un lavoro sinergico e capillare che vede coinvolti più soggetti con compiti diversi; la gestione degli orari, degli spazi, il coinvolgimento diretto di ogni famiglia, attraverso la scelta dell'invito personale, hanno richiesto tempo ed energie ma sono stati ampiamenti ripagati dal ritorno in termini di entusiasmo.

Questo Progetto sintetizza in modo molto chiaro come l'alleanza educativa sia alla base di ogni processo di crescita e riafferma l'importanza del lavoro di squadra.

Se all'inizio tutto ciò ci sembrava irrealizzabile, ora possiamo dire che non lo è stato... con tanta fatica...ne è valsa la pena....

PERCHE' "EDUCAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA" - II EDIZIONE

Gianni Testino, Patrizia Balbinot

“se non si scommette sulla promozione di stili di vita più corretti sono ad alto rischio nei prossimi anni sia la salute che i conti” OCSE, 2005

“Tiberio imperatore diceva che l’uomo, giunto all’età di trentacinque anni, non dovrebbe avere più bisogno di medico (...). La massima dell’imperatore Tiberio è vera in quanto l’uomo arrivato a metà del corso della vita dovrebbe avere acquistata tanta esperienza sopra se stesso da conoscere ciò che gli nuoce e ciò che gli giova e con buon regime dietetico governarsi in modo da tenere in bilico la salute” Pellegrino Artusi, 1891

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ritiene che gli “stili di vita non salutari” abbiano un peso stimabile sino al 50% tra le attuali cause di malattia nei Paesi Occidentali. Tanto prima gli stili di vita scorretti si instaurano tanto peggio sarà la qualità di vita della persone.

Mentre la ricerca e l'introduzione di nuovi farmaci seguono uno sviluppo planetario, l'attività di prevenzione spesso si muove in una dimensione locale e personale.

Che prevenire fosse meglio che curare è stato, per millenni, un dato incontrovertibile di senso comune, fondato sulla limitatezza delle cure disponibili e sull'evidenza empirica che, nei casi critici, la sopravvivenza si giocava ben più sulle risorse vitali del paziente che sulla speranza di un intervento esterno. Levi e Coll. proseguono che “negli ultimi centocinquanta anni una molteplicità di fattori ha contribuito a rendere questo assioma un po' meno evidente.

I progressi della medicina hanno portato a una drastica riduzione della mortalità associata a molte malattie. Nello stesso arco temporale, l'affermazione dei sistemi nazionali di welfare hanno fatto sì che per fasce sempre più ampie di popolazione l'evento *malattia* divenisse, anche economicamente, assai meno distruttivo e temibile di un tempo.

Lo spostamento dei costi di assistenza dal singolo alla collettività sembrano, aver generato, quasi un rovescio della medaglia, una tendenziale deresponsabilizzazione degli individui rispetto alla propria salute.

La convinzione che in caso di necessità il paracadute si aprirà automaticamente sembra togliere alla cultura della prevenzione gran parte del suo significato”.

Bonino e Brunetto affermano che “la presa di coscienza a 360 gradi della propria salute sia indispensabile per poter disporre di un adeguata saggezza o responsabile capacità di decidere con virtuoso equilibrio lo stile di vita personale”.

Le malattie correlate a ben definite sequenze geniche sono piuttosto rare. Nella maggior parte dei casi sono coinvolti più geni posizionati in cromosomi diversi, ma soprattutto entra in gioco una complessa interazione con le alterazioni epigenetiche, l’ambiente e lo stile di vita.

Dobbiamo, quindi, porre l’individuo, e soprattutto i nostri giovani, al “centro della prevenzione” prima ancora che “al centro della cura”.

E’ ormai ben noto come alcune patologie molto comuni come il diabete mellito tipo II, quelle cardio-vascolari e i tumori sarebbero significativamente ridotte prima dei 70 anni se si agisse sistematicamente con la prevenzione primaria fra i nostri giovani.

Il nostro obiettivo principale è quello, infatti, di stabilire “un patto per la salute” per i nostri ragazzi non solo per aumentare l’età media di sopravvivenza, ma soprattutto per incrementare l’ “età media libera da malattia” (attualmente scesa fra i 55 ed i 60 anni). Insomma, dobbiamo investire sulla qualità di vita dei futuri adulti.

Ciò, peraltro, comporterà indubitabili risparmi nel settore socio-sanitario.

In accordo con Martoni noi pensiamo che “la formazione primaria sia un’azione di formazione globale, che trova fondamento nel concetto di empowerment. L’empowerment è un processo teso a sviluppare l’intelligenza umana, tutte le qualità di individui, gruppi, comunità. E’ un percorso che parte dal riconoscimento delle proprie risorse, passa attraverso la consapevolezza di possederle e arriva all’ampliamento delle risorse stesse, sviluppando una conoscenza emotiva del proprio ambiente e dei contesti sociali di riferimento, in un rapporto di reciprocità fra individuo e collettività. Insomma, l’azione preventiva è orientata alla responsabilizzazione dell’individuo nei confronti della determinazione delle proprie esperienze individuali e sociali (potenziamento della capacità di controllo sulla propria vita)”.

In questi anni tutte le aziende sanitarie hanno ideato e promosso con la scuola iniziative relative alla prevenzione e alla promozione della salute.

Tuttavia molte di queste iniziative, seppur lodevoli, hanno evidenziato ed evidenziano numerose lacune:

- 1) sono attività “spot” che raggiungono solo una minima parte dei ragazzi creando, quindi, disuguaglianza informativa;
- 2) spesso vengono affrontati solo alcuni aspetti della prevenzione;

- 3) i ragazzi vengono raggiunti quasi sempre una sola volta dalle informazioni, peraltro parziali;
- 4) tutti i modelli innovativi (per es. "peer education") sono spesso effettuati a livello sperimentale e comunque raggiungono sempre una minima parte dei ragazzi;
- 5) non tutti i soggetti portatori di informazioni hanno un "curriculum scientifico" sufficiente. E' noto che non sono le opinioni personali, ma è l'evidenza scientifica che deve essere alla base dei programmi di prevenzione primaria e promozione della salute. Per tale ragione viene a mancare spesso un "linguaggio comune" fra i vari formatori. In tal modo i danni possono essere superiori ai benefici;
- 6) l'età dei ragazzi raggiunti non è sempre quella adeguata;
- 7) troppo spesso con la scusa che non ci sono risorse economiche, la prevenzione è stata trascurata o affidata a soggetti poco idonei. E' bene che tutti gli operatori sanitari migliori "diano un po' del loro" anche utilizzando l'offerta delle associazioni di autotutela e promozione alla salute.

Per affrontare al meglio il difficile rapporto prevenzione primaria/giovani è opportuno fondare le proprie competenze organizzative su quanto è offerto dalla letteratura scientifica di riferimento attuale.

Tutte le iniziative (anche quelle più semplici come le lezioni frontali) possono essere utili a condizione che i formatori siano preparati scientificamente, empatici e dotati di capacità comunicativa interattiva. E' noto come risultati significativi e verificabili attraverso parametri oggettivi siano stati in parte delineati.

Un numero significativo di esperti non è a favore all'incontro frontale acritico, ma indica un percorso con famiglie, docenti e successiva "peer education".

Anche la nostra Agenzia Sanitaria Regionale (ALISA) ha proposto (in accordo al piano nazionale della prevenzione) come punto di riferimento il coinvolgimento del docente. Quest'ultimo "da spettatore diventa protagonista/co-costruttore" (ALISA). Tale attività favorisce competenze che rientrano in tre aree: emotiva, cognitiva e sociale. La nostra progettazione pertanto segue anche queste indicazioni.

A nostro avviso tuttavia i risultati che devono essere raggiunti sono caratterizzati sostanzialmente da questi elementi:

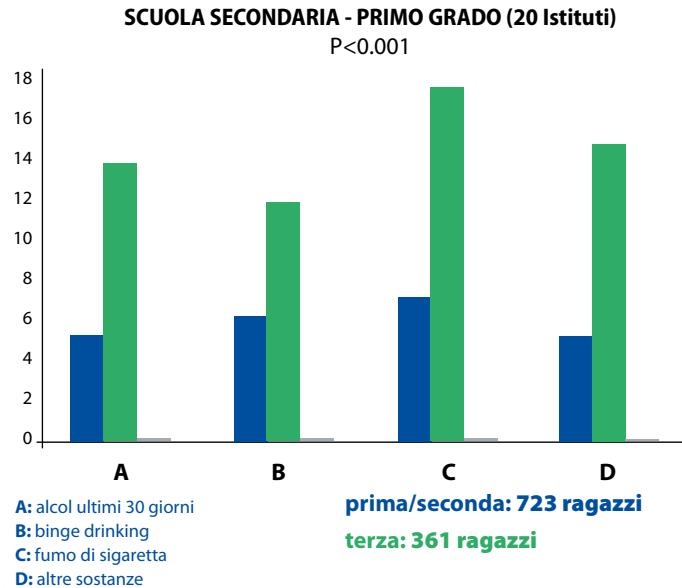
- 1) riduzione statisticamente significativa delle problematiche socio-sanitarie fra i giovani adulti, 2) un miglioramento della qualità di vita complessiva, 3) un maggior rendimento scolastico e successo accademico e comunque un maggior successo nella vita affettiva e lavorativa.

Tutto ciò è ancora più importante in un'epoca esageratamente competitiva e complicata dal punto di vista sociale, economico ed occupazionale.

Molti Autori propongono alcune soluzioni:

- 1) l'età migliore per l'interazione è quella 11-13 anni. E' stato ben dimostrato come sino a 14 anni l'educazione, le informazioni e gli esempi virtuosi offerti dall'ambiente in cui si vive dominano la predisposizione genetica individuale e gli istinti. Negli anni successivi è molto più complicato modificare pensieri o comportamenti già acquisiti. Tale considerazione è stata recentemente confermata dalla nostra esperienza. Durante i nostri incontri si è notata una significativa differenza di accoglienza nei confronti dei formatori da parte delle classi terze rispetto alle prime/seconde (scuola secondaria di primo grado); maggiore indifferenza e maggiore resistenza ad interagire. Inoltre, è emersa una differenza significativa in termini percentuali sia per quanto riguarda il consumo di alcol (nell'ultimo mese 4.7% vs 14%), fumo (7.3% vs 18.3%) e cannabis/altre sostanze (4.9% vs 15.2%) (Figura I).

Figura I – Dati emersi dalla scheda Educazione a Corretti Stili di Vita: differenza fra prima/seconda e terza classe della scuola secondaria di primo grado (G. Testino, P. Balbinot, *Alcologia* 2018; 34: 15-24)



P: t di Student/ KI Quadrato

G. Testino, P. Balbinot, *Alcologia* 2018; 34: 15-24

- 2) i ragazzi devono essere raggiunti ripetutamente dalle informazioni. Per Alcuni Autori sino a 15 volte. E' opportuno inserire, quindi, tale attività nella formazione curriculare;
- 3) devono essere coagulati tutti gli argomenti essenziali in un solo "format" che nell'attività personale abbiamo intitolato per la prima volta nel 2015 "Educazione a corretti stili di vita";
- 4) i singoli argomenti devono essere affidati a soggetti che nell'ambito della preparazione tecnico-socio-sanitaria abbiano dimostrato di avere un curriculum vitae scientifico significativo e/o attività di prevenzione organizzate con successo nel corso della propria attività indipendentemente dal ruolo. I soggetti coinvolti nella formazione devono appartenere a centri qualificati che certificano la bontà delle informazioni.

Alla luce di quanto detto, abbiamo aggiornato il manuale "Educazione a corretti stili di vita". Tale manuale è a favore soprattutto dei responsabili della salute delle *scuole secondarie di primo grado*.

Gli insegnanti potranno avere uno strumento aggiuntivo da utilizzare per formare ragazzi che insegneranno a ragazzi (*peer education*).

Sarà possibile raggiungere tutti i ragazzi di questa fascia di età ripetutamente.

Nell'ambito dell'autonomia scolastica i dirigenti scolastici con i referenti alla salute avranno l'opportunità di decidere a chi affidare questo compito, come inserirlo nel curriculum formativo dell'alunno e con quale modalità applicarlo.

L'attuale orientamento scientifico più accreditato suggerisce questa sequenza:

- 1) coinvolgimento ragazzi 11-13 anni (sostanzialmente scuole secondarie di primo grado);
- 2) lavoro di squadra insegnanti/operatori sanitari e/o socio-sanitari;
- 3) informativa generale agli studenti da parte dell'insegnante addetto alla salute;
- 4) formazione di gruppi di studenti predisposti all'attività divulgativa. A questi ragazzi potrebbe essere rilasciato un attestato di qualifica di "addetto alla formazione sugli stili di vita" con relativi crediti formativi;
- 5) successiva "peer education",
- 6) l'insegnante di riferimento diventa "un facilitatore";
- 7) l'attività va ripetuta più di una volta all'anno per tutti i tre anni;
- 8) sviluppare le abilità personali, sociali e di rifiuto per resistere alle pressioni;
- 9) inserimento dell'attività nel curriculum formativo con verifiche periodiche nel corso degli anni ed una finale organizzata come una sorta di cerimonia prima di accedere alla scuola media superiore;
- 10) coinvolgimento attivo dei genitori con incontri diretti o con l'utilizzo dell'informatica;
- 11) distribuzione di materiale informativo alle famiglie.

Naturalmente la scuola potrà approfondire annualmente alcuni argomenti con l'invito di leader di ogni settore.

Pensiamo che tale iniziativa possa essere utile nell'ambito di una "vision" di prevenzione che non guardi solo al presente, ma che definisca dei metodi di verifica a medio-lungo termine.

L'attività deve allontanarsi da ogni tentazione di proibizionismo, che come ben sappiamo non genera effetti costruttivi, ma deve essere sviluppata attraverso lo slogan "conoscere, capire e scegliere".

E' bene sottolineare come la maggior parte dei nostri giovani sia già ottimamente orientata e possa essere un possibile "vettore" di un processo educativo "inverso": non sempre, infatti, gli adulti sono la soluzione del problema. Spesso sono la causa del problema.

Quindi nessuna imposizione, ma solo informazioni semplici, dirette e comunicate da pari e discusse fra pari con la presenza dell'insegnante, come già detto, in qualità di facilitatore.

Una cosa però vorremmo imporre: "la capacità di pensare" con la propria testa e soprattutto aiutare i più fragili ad acquisire strumenti per raggiungere una vita libera e autentica. Cioè una vita indifferente ai messaggi della maggioranza non sempre corretti e alla pressione mediatica e pubblicitaria. Dobbiamo, quindi, adoperarci per insegnare ai nostri giovani la capacità di riconoscere le pressioni esterne (pubblicità, atteggiamento dei pari, modelli di ruolo) e di sviluppare quelle abilità cognitive che permettono di resistere a tali pressioni.

I nostri giovani, insomma, dovranno essere liberi di scegliere in modo indipendente cosa è bene o male per loro. Il vero nemico dei dispensatori di sostanze/comportamenti legali nocivi e dei dispensatori di sostanze/comportamenti illegali è il "no" dei nostri giovani.

Devono comprendere che saranno loro stessi il "cambiamento che vorrebbero vedere nel mondo".

Un grazie di cuore a tutti gli insegnanti che in questi anni hanno collaborato con il Centro Alcolologico Regionale Ligure con passione, dedizione e particolare competenza. A loro va tutto il nostro appoggio e la nostra stima.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Agostinelli G et al. Alcohol counter-advertising and the media. *Alcohol Res and Health* 2002; 1: 15-21
- 2) Barletta G. Applicazioni cliniche dei modelli di prevenzione nella realtà dei servizi: esperienze a confronto. In: Giacolini T, Leonardi C. *Adolescenza e dipendenze*. Giovanni Fioriti Editore, Roma: 2016; pagg. 131-44
- 3) Balbinot P, Fagoonee S, Pellicano R, Testino G. Lifestyle factors among adolescent. *Minerva Ped* 2018; 70: 642-3
- 4) Balbinot P, Testino G. Una ricerca intervento sui consumi di alcol in una popolazione di ragazzi della scuola media inferiore. In: Ardis S, Bicchi C, Carraro T. *Trent'anni di Carta di Ottawa*. Aonia Edizioni 2016; Volume I: pagg. 66-9
- 5) Balbinot P, Bottaro LC, Testino G. *Educazione a corretti stili di vita. La cultura della prevenzione attraverso un nuovo strumento di insegnamento da introdurre nelle scuole (I Edizione)*. Curato da ASL3 Liguria (Sistema Sanitario Regione Liguria); Motore Sanità, Roma: 2017
- 6) Balbinot P, Testino G. *Adolescenza e dipendenze: non solo chimica, ma anche spiritualità*. *Gazzetta Medica Italiana – Archivio per le Scienze Mediche* 2018; 177: 645-50
- 7) Barry AE et al. Prioritizing alcohol prevention: establishing alcohol as the gateway drug and linking age of first drink with illicit drug use. *Journal of School Health* 2016; 86: 31-8
- 8) Baleani M, Scapellato. *Prevenzione e trattamento delle dipendenze*. Editori Riuniti, Roma: 2014
- 9) Bonino F et al. *Governance e salute: un laboratorio tra ricerca e cura*. Politeia. *Rivista di etica e scelte pubbliche*. Anno XXII – N. 81, 2006
- 10) Bonino F, Brunetto MR. *Processi biologici universali, genetica e biografie individuali nelle pratiche di cura*. In: Bonino F, Murri L. *DNA della salute*. Edizioni Medico Scientifiche, Torino: 2008, pag. 3
- 11) Carlos S et al. The use of expensive technologies instead of simple, sound and effective lifestyle interventions: a perpetual delusion. *J Epidemiol Community Health* 2014; 68: 897-904
- 12) Damasio A. *Il sé viene dalla mente*. Adelphi Editore, Milano: 2012
- 13) Das JK et al. Interventions for adolescent substance abuse: an overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health* 2016; 59: S61-S75
- 14) Dick DM et al. Genetic influences on adolescent behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2016; 70: 198-205

- 15) Dell'Osso B. Senza limiti. Gioco, internet, shopping e altri disturbi del controllo. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2013
- 16) Dolen G. Setting the mood for love. *Nature Neuroscience* 2017; 20: 37980
- 17) Evans-Whipp TJ et al. Adolescent exposure to drink driving as a predictor of young adults' drink driving. *Accident Analysis and Prevention* 2013; 51: 185-91
- 18) Ferrando A. Primo soccorso pediatrico. Edizioni LSWR, Milano 2016
- 19) Ferrando A. Come crescere mio figlio. I dubbi dei genitori, le risposte del pediatra. Edizioni LSWR, Milano 2015
- 20) Finzi SV, Battistin AM. L'età incerta. I nuovi adolescenti. Mondadori, Milano: 2002
- 21) Francesco F, Cervone A. Neurobiology of love. *Psychiatr Danub* 2014; 26 (Suppl 1): 266-8
- 22) Franchi J. Solitudini connesse. Sprofondare nei social media. Agenzia X e Mim Edizioni, Fano (PU): 2019
- 23) Gallimberti L. Morire di piacere. BUR, Milano: 2013
- 24) Graziani M et al. Cardiovascular and hepatic toxicity of cocaine: potential beneficial effects of modulators of oxidative stress. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity* 2016; doi: 10.1155/2016/8408479
- 25) Green KM et al. Long-term consequences of adolescent cannabis use: examining intermediary processes. *Am J Drug and Alcohol Abuse* 2016; 43: 567-75
- 26) Giacolini T, Leonardi C. Adolescenza e dipendenze. Giovanni Fioriti Editore, Roma: 2016
- 27) Handren LM et al. Adolescent alcohol use: protective and predictive parent, peer, and self-related factors. *Prev Sci* 2016; 17: 862-71
- 28) Heikkinen N et al. Alcohol consumption during adolescence is associated with reduced grey matter volumes. *Addiction* 2016; doi: 10.1111/add.13697
- 29) International Agency for Cancer Research – World Health Organization – A review of human carcinogens. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2012; 100E: 377
- 30) Isabel C et al. Stroke prevention. *Presse Med.* 2016; 45: e457-e471
- 31) Levi M et al. e-Health e profili di prevenzione personalizzata. In: Bonino F, Murri L. DNA della salute. Edizioni Medico Scientifiche, Torino: 2008, pag.57
- 32) Luzzatto L, Pandolfi PP. Causality and chance in the development of cancer. *N Engl J Med* 2015; 373: 84-88
- 33) Martoni M. I programmi di prevenzione primaria e la loro efficacia. In: Nizzoli U, Pissacroia M. Trattato completo degli abusi e delle dipendenze. Piccin Editore, Padova: 2003, volume II.

- 34) Nizzoli U, Pissacroia M. Trattato completo degli abusi e delle dipendenze. Piccin Editore, Padova: 2003
- 35) Kohut SJ. Interactions between nicotine and drugs of abuse: a review of preclinical findings. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017; 43: 155-70
- 36) Margaron H. Le droghe spiegate a mia figlia. Feltrinelli, Milano 2012
- 37) Mathurin P, Deltenre P. Effect of binge drinking on the liver: an alarming public health issue? *Gut* 2009; 58: 613-17
- 38) Naimi TS et al. Amount of televised alcohol advertising exposure and the quantity of alcohol consumed by youth. *J Stud Alcohol Drugs* 2016; 77: 723-729
- 39) Newton NC. A systematic review of combined student and parent based programs to prevent alcohol and other drug use among adolescents. *Drug and Alcohol Review* 2017; 36: 337-51
- 40) Patussi V. Alcol e gravidanza. Il ruolo chiave degli operatori sanitari. Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze: 2011
- 41) Portelli C, Papantuono M. Le nuove dipendenze. Edizioni San Paolo, Milano: 2017
- 42) Piccone Stella S. Droghe e tossicodipendenza. Il Mulino, Bologna: 2002
- 43) Quercia V. Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga. Erickson, Trento: 2014
- 44) Rowland B et al. Association of risky alcohol consumption and accreditation in the "Good Sports" alcohol management programme. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66: 684-90
- 45) Rooney KL, Domar AD. The impact of lifestyle behaviours on fertility treatment outcome. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2014; 26: 181-85
- 46) Recalcati M, Rugo MA. Alimentare il desiderio. Il trattamento istituzionale dei disturbi dell'alimentazione. Raffaello Cortina Editore, Milano: 2019
- 47) Savulescu J, Earp BD. Neuroreductionism about sex and love. *Think (Lond)* 2014; 13: 7-12
- 48) Scafato E et al. L'alcol nell'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione precoce e l'intervento breve. Istituto Superiore di Sanità, Roma: 2010
- 49) Serpelloni G. Elementi di neuroscienze e dipendenze. Manuale per operatori dei dipartimenti delle dipendenze. Dipartimento Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma: 2010
- 50) Sussman S et al. Drug addiction, love, and the higher power. *Evaluation and Health Professions* 2011; 34: 362-70
- 51) Sweatt JD. Neural plasticity and behavior – sixty years of conceptual advances. *J Neurochem* 2016; 2: 179-99

- 52) Testino G, Balbinot P. Adolescenza e prevenzione nelle scuole: attività 2017-2018 del Centro Alcológico Ligure e nuove proposte. *Alcologia* 2018; 34: 15-24
- 53) Testino G, Balbinot P. Fumo, alcol, droghe (capitolo Adolescenza e Transizione). In: *Dal Pediatra al medico dell'adulto. Guida pratica intersocietaria. Società Italiana di Pediatria*, 2017; pagg. 173-182.
- 54) Testino G. Alcol: bugie e verità. Tutti i rischi del bere. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2013
- 55) Testino G et al. Alcohol, cardiovascular disease and cancer. *Alcohol Alcohol* 2013; 48: 627-8
- 56) Testino G, Leone S., Borro P. Alcohol and disease prevention. *Diabetes Metab* 2015; 41: 520
- 57) Testino G et al. Le patologie alcol correlate. *Caleidoscopio Italiano. Monografia* 233, 2016
- 58) Testino G. Alcohol use disorders, liver transplantation and ethics. *Bioethics* 2017; 31: 418-19
- 59) Testino G, Leone S, Balbinot P, Pellicano R. Anorexia nervosa and alcohol use disorders: a change is necessary. *Minerva Endocrinol* 2018; 43: 395-7
- 60) Tinghino B. Stili di vita e tabagismo. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma: 2012
- 61) World Health Organization. *Prevention of cardiovascular disease*, 2007
- 62) Zitvogel L, Pietrocola F, Kroemer G. Nutrition, inflammation and cancer. *Nature Immunol* 2017; 41: 52

VERSO UNA SCUOLA CHE PRODUCE SALUTE: MIUR-MINISTERO DELLA SALUTE. IL DOCUMENTO PER PROMUOVERE BENESSERE PSICO.

Roberto Rosselli, Patrizia Balbinot, Gianni Testino

Il 17 gennaio 2019 è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni il documento “Indirizzi di policy integrate per la Scuola che promuove salute”, la salute quindi si studierà anche a scuola in modo che possa accompagnare tutta la formazione dell’alunno, dall’asilo alle superiori.

Il protocollo d’intesa siglato dal Ministero della Salute e dal Ministero dell’istruzione dell’università e della ricerca, innova quello precedente di tre anni fa.

Nel documento è stato definito un Piano di interventi educativi destinati agli studenti, alle loro famiglie e al personale scolastico, con la finalità di far acquisire competenze individuali sui temi della salute e qualificare gli ambienti in cui i nostri alunni vivono.

L’“Approccio scolastico globale” rende evidente come il sistema Scolastico e il sistema Sanitario, abbiano fondamentali interessi comuni la cui combinazione può consentire alla scuola di diventare un luogo dove imparare, lavorare e vivere “meglio” e al tempo stesso “guadagnare salute”.

Come già esplicitato precedentemente da Panatto e Icardi, tra le aree di intervento segnaliamo: la promozione di sani stili di vita e contrasto ai principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili; il contrasto alla malnutrizione in tutte le sue forme e ai disturbi dell’alimentazione e della nutrizione; la prevenzione delle dipendenze da sostanze d’abuso illegali; la prevenzione delle malattie trasmissibili e dell’antibiotico-resistenza e la promozione delle vaccinazioni.

Il documento contribuirà a migliorare la collaborazione tra operatori della salute e della scuola e a favorire l’implementazione delle azioni attivate nel setting scolastico.



SANA ALIMENTAZIONE, MOVIMENTO E CORRETTO STILE DI VITA. DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE.

Francesca Zanesini

Una sana e corretta alimentazione rappresenta il primo intervento di tutela della salute.

A COSA SERVE L'ALIMENTAZIONE:

attraverso l'alimentazione l'organismo si procura l'energia necessaria al proprio metabolismo.

Il nostro corpo consuma energia continuamente, per mantenere la temperatura corporea, per respirare, per far battere il cuore, nel processo di digestione, per pensare, e anche quando dormiamo. L'insieme di queste attività si definisce **METABOLISMO BASALE**, che è quindi il dispendio energetico di un organismo a riposo.

Il **FABBISOGNO ENERGETICO** è dato dalla somma tra l'energia dovuta al metabolismo basale e l'energia dovuta al normale svolgimento dell'attività quotidiana, quindi sarà proporzionato alle attività e al movimento svolto durante la giornata.

Gli alimenti contengono: i **MACRONUTRIENTI**, e cioè:

PROTEINE (4 cal/grammo)

Contenute in carne, pesce, legumi secchi, latte, formaggio, uova;

CARBOIDRATI (4 cal/grammo)

Contenuti in pane, pasta, riso e altri cereali, patate;

GRASSI (9 cal/grammo)

Grassi di origine vegetale (olio extravergine di oliva) e animale (burro, margarina, panna, lardo)

Poi ci sono i **MICRONUTRIENTI**, e cioè

VITAMINE e **SALI MINERALI**

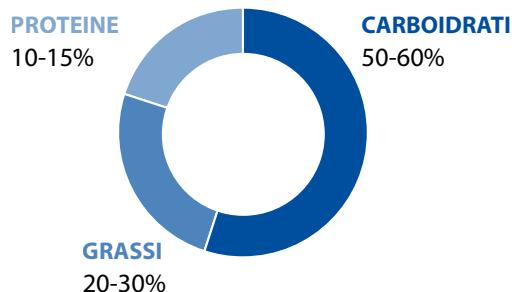
presenti in alimenti sia animali che vegetali

Una corretta ripartizione dei nutrienti nella giornata in un'alimentazione bilanciata è:

CARBOIDRATI 50-60%

GRASSI 20-30%

PROTEINE 10-15%



LE PROTEINE

Sono fra i componenti più importanti del nostro organismo. Sono fondamentali, oltre che per la struttura del nostro corpo, anche per la “manutenzione”, per esempio nella cicatrizzazione delle ferite, riparazione dei tessuti, oltre che per la crescita. Le proteine possono essere paragonate a catenelle costituite da unità chiamate aminoacidi. Questi ultimi sono necessari per fabbricare ormoni, enzimi, anticorpi e contribuiscono al trasporto delle sostanze in tutto il corpo. Alcuni di questi aminoacidi (detti “essenziali”) sono di particolare importanza perché l'organismo non è in grado di produrli da sé. Pertanto devono essere assunti con il cibo. Le fonti proteiche animali sono dette ad alto valore biologico perché contengono tutti gli aminoacidi essenziali.

Le proteine si trovano in pesce, legumi, carne, latte e derivati, uova.

Il pesce è ricco di proteine ad alto valore biologico e, a differenza della carne, contiene grassi buoni cioè OMEGA 3. È inoltre un'ottima fonte di Vitamina D e di Sali Minerali.

La raccomandazione è quella di consumare pesce almeno 2 – 3 volte la settimana.

È bene assumere la giusta quota di proteine, variando le fonti, ricordando che nei ragazzi in crescita il fabbisogno proteico è aumentato.

I CARBOIDRATI (zuccheri)

I carboidrati sono un'essenziale fonte di energia per il nostro corpo. Per apprendere, per lavorare, per muoversi, per compiere uno sforzo o più semplicemente per camminare, il nostro organismo ha bisogno di energia. I carboidrati ci forniscono il materiale energetico di pronto uso. Essi si possono paragonare al carburante che permette a un'automobile di muoversi. I carboidrati sono chiamati anche zuccheri o glucidi e sono alla base della piramide alimentare.

Per la salute è importante consumare regolarmente alimenti a base di carboidrati (cereali, pane, pasta, riso vanno consumati ogni giorno).

Sono divisi in semplici e complessi:

Gli **zuccheri semplici** danno energia immediatamente: i più comuni sono

Saccarosio (zucchero da cucina)

Fruttosio (zucchero della frutta)

Gli **zuccheri complessi** rilasciano energia più a lungo termine: il più comune è l'*Amido* (pane, pasta, riso, patate)

Gli zuccheri introdotti in eccesso vengono inizialmente immagazzinati nel fegato da dove possono essere facilmente riutilizzati in caso di necessità, ma esaurita la capacità di accumulo, vengono trasformati in grassi e vengono immagazzinati come tessuto adiposo.

GRASSI

Sono i nutrienti a maggior contenuto calorico; garantiscono un'importante riserva di energia, agiscono come isolanti termici e proteggono gli organi interni. Per stare bene è necessario introdurre con l'alimentazione una certa quantità di grassi, ma è altrettanto opportuno non eccedere, cosa che invece spesso si verifica nella nostra alimentazione. Le quantità di grassi che assicurano un buono stato di salute variano da persona a persona, a seconda del sesso, dell'età e dello stile di vita:

una quantità indicativa per l'adulto è quella che apporta dal 20-25% delle calorie complessive della dieta (per soggetti sedentari) fino a un massimo del 35% (per soggetti con intensa attività fisica).

Le **VITAMINE** sono sostanze prive di valore energetico ma indispensabili, anche se in piccole dosi, per lo svolgimento dei processi che rendono possibile la vita. Le malattie da carenza di vitamine sono passate alla storia per aver distrutto eserciti e decimato gli equipaggi delle navi come: scorbutto (vitC), pellagra (vit PP), beriberi (vitB1).

I **SALI MINERALI**, (Sodio, Potassio, Cloro, Calcio, Ferro) presenti sia nei cibi vegetali sia in quelli animali, non forniscono energia, ma partecipando a processi vitali, svolgono nell'organismo importanti funzioni. I Sali minerali vengono eliminati e rinnovati in continuazione e, quindi, devono essere introdotti regolarmente con la dieta.

Il nostro organismo è formato principalmente da **ACQUA**.

Nel neonato l'acqua rappresenta il 75% circa del peso e questa percentuale diminuisce fino all'età adulta, quando si stabilizza intorno al 55-60% del peso corporeo.

Il nostro corpo perde continuamente acqua attraverso le urine, le feci, la sudorazione e la respirazione, e queste perdite sono tanto più elevate quanto più l'individuo è di giovane età. La presenza dell'acqua è indispensabile per lo svolgimento di tutti i processi fisiologici e le reazioni biochimiche che avvengono nel nostro corpo, per cui bisogna bere frequentemente.

Impariamo a leggere l'**ETICHETTA ALIMENTARE** che con le sue informazioni ci può aiutare a scegliere i prodotti giusti, in quanto indica: energia (in calorie), carboidrati (specificando quanti zuccheri, cioè carboidrati semplici), grassi (specificando quanti saturi), sale, fibre. Gli ingredienti sono elencati poi in *ordine decrescente* per peso (il più abbondante per primo) con in fondo gli **ADDITIVI** (per esempio [HYPERLINK "http://www.albanesi.it/dietaitaliana/blu/ctmia/les24.htm"](http://www.albanesi.it/dietaitaliana/blu/ctmia/les24.htm) o "Gli additivi" additivi indicati dalla nomenclatura europea (la lettera *E* seguita da un numero) e gli aromi (eventualmente naturali). Devono comparire tutti gli allergeni noti (crostacei, noccioline, uova, cereali contenenti glutine ecc.). Controllando l'alimentazione e con uno stile di vita sano possiamo prevenire circa 1/3 dei tumori (dato sottostimato).

RACCOMANDAZIONI DEL FONDO MONDIALE PER LA RICERCA SUL CANCRO

Una sana alimentazione, associata a uno stile di vita attivo, è uno strumento valido per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie. Un regime dietetico adeguato ed equilibrato non solo garantisce un apporto di nutrienti ottimale, in grado di soddisfare i fabbisogni dell'organismo, ma permette anche di ricevere sostanze che svolgono un ruolo protettivo e/o preventivo nei confronti di determinate condizioni patologiche.

1. MANTIENITI IL NORMOPESO

La correlazione tra obesità e malattie croniche (come malattie cardiovascolari, diabete e cancro) è ormai accertata. Le maggiori cause di sovrappeso e obesità sono le scorrette abitudini alimentari e la sedentarietà. Mantenersi nell'intervallo del normopeso può essere uno dei migliori comportamenti in grado di prevenire il cancro e di avere una qualità di vita migliore in generale. È importante mantenersi normopeso per l'intera durata della vita: essere sovrappeso durante l'infanzia e l'adolescenza aumenta le probabilità di essere un futuro adulto obeso e poco sano.

La valutazione del peso è fatta in funzione dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) che prende in considerazione la statura e il peso dell'individuo (rapporto tra peso in kg e statura in metri elevata al quadrato). Si è normopeso quando l'IMC si trova nell'intervallo 18.5 – 24.9, sovrappeso quando si trova tra 25 e 29.9, mentre l'obesità è rappresentata da un IMC superiore a 30.

2. MANTIENITI FISICAMENTE ATTIVO OGNI GIORNO

Qualsiasi tipo di comportamento che dia la preferenza, nelle attività quotidiane, all'uso dei propri muscoli, può contribuire al dispendio energetico aiutando a prevenire l'aumento del peso o a favorire la perdita di peso: diminuisce di conseguenza il rischio di ammalarsi. La relazione tra attività fisica e riduzione dell'insorgenza di patologie è chiara ed esistono effetti biologici che sembrano giustificare questa correlazione:

- miglioramento del sistema digestivo e aumento della velocità del transito gastrointestinale
- diminuzione del grasso corporeo
- potenziamento del sistema immunitario
- miglioramento della sensibilità all'insulina

Accanto a una sana e corretta alimentazione non bisogna dimenticare l'importanza di un'attività fisica costante. L'attività fisica consigliata è quella "aerobica", che permette una migliore ossigenazione dell'organismo. Oltre alle partite di calcetto, di pallavolo e di pattinaggio che ben rappresentano questo tipo di attività, ci sono anche altre attività aerobiche più comuni che tutti possiamo svolgere in ogni momento della giornata nella vita quotidiana. In aggiunta all'attività fisica aerobica ci sono altre azioni che si possono fare giornalmente, per combattere la

sedentarietà come:

- Passeggiare con gli amici
- Andare a scuola a piedi
- Fare le scale invece di prendere l'ascensore o le scale mobili

Le attività aerobiche più semplici da considerare sono:

- Camminata a passo veloce
- Corsa o tapis roulant
- Bicicletta o cyclette
- Danza/ginnastica aerobica

È altrettanto importante evitare abitudini sedentarie come stare davanti alla tv per ore o davanti al computer: questo atteggiamento è associato a un maggiore consumo di alimenti altamente energetici e bevande zuccherate.

3. LIMITA IL CONSUMO DI ALIMENTI AD ALTA DENSITÀ ENERGETICA ED EVITA LE BEVANDE ZUCCHERATE

Una dieta troppo ricca di alimenti altamente energetici, in particolare prodotti industriali, è strettamente correlata a un aumento del rischio di sovrappeso e obesità; queste condizioni aumentano il rischio di cancro e di numerose altre patologie croniche. Anche le bevande dolci hanno un ruolo cruciale nell'aumento del peso, soprattutto se consumate con regolarità: questo effetto negativo non è dato soltanto dall'apporto calorico, bensì dalla loro incapacità di saziare portando a un consumo smodato. Non tutti gli alimenti ricchi di calorie sono deleteri per la salute, un classico esempio è rappresentato dalla frutta secca che, se consumata in quantità adeguata, è in grado di incidere positivamente sullo stato di salute poiché ricca di fibra, grassi salutari, micronutrienti e fitocomposti.

Per "alimenti ad alta densità energetica" si intendono i cibi che contengono un elevato apporto calorico in un piccolo volume: la maggioranza delle calorie fornita da questi alimenti è data da grassi e zuccheri, quindi il consumo contribuisce all'aumento del peso corporeo. Molti di questi alimenti non forniscono composti utili all'organismo come vitamine, sali minerali e polifenoli, risultano soltanto dannosi per la salute: a causa di questo scarso valore nutrizionale le loro calorie sono soprannominate "calorie vuote". Riconoscere questi alimenti è molto semplice, in generale sono prodotti che hanno subito diverse lavorazioni e raffinazioni, sono poveri di acqua e fibre e ricchi di grassi e/o zuccheri. Dolciumi, biscotti, merendine, snacks al cioccolato, patatine, salse da condimento sono esempi di alimenti altamente energetici. Tra le bevande zuccherate sono compresi i succhi di frutta, il tè freddo e le bevande gassate.

4. CONSUMA PIÙ ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE

In generale frutta e verdura, essendo ricche di acqua e fibra, hanno un apporto calorico basso e, soprattutto quando consumate con varietà, rappresentano un'importante fonte di vitamine, sali minerali e altre molecole benefiche chiamate fitocomposti. I legumi sono una buona fonte proteica e i cereali integrali contribuiscono all'apporto di fibra nella dieta. La frutta secca e i semi oleosi sono veri e propri concentrati di micronutrienti e grassi salutari, benefici per il sistema cardiovascolare, mentre le erbe aromatiche e le spezie sono utili per arricchire la dieta di sapori naturali e vitamine e sali minerali. Consumando principalmente alimenti di origine vegetale è possibile ridurre il rischio di cancro ma anche di sovrappeso e obesità, strettamente correlati con la salute. Il modo migliore per sfruttare il potere protettivo del mondo vegetale è consumare cereali e legumi in grande varietà.

Cereali e simil-cereali: grano, farro, orzo, quinoa, grano saraceno, amaranto, riso, mais. Preferire cereali in chicco e prodotti derivati da farine integrali.

Legumi: ceci, piselli, lenticchie, fave, soia, fagioli borlotti, cannellini, corona, azuki

È utile variare i colori di frutta e verdura perché ad ogni colore corrisponde una diversa sostanza benefica per l'organismo:

Il colore verde di frutta e verdura è dovuto principalmente alla presenza di un pigmento chiamato clorofilla: spinaci, piselli, peperoni verdi, cetrioli, sedano, zucchini, broccoli, kiwi, uva.

Frutta e verdura di **colore viola o blu** prende questa tonalità per via del proprio contenuto di pigmenti denominati **antociani**: more, mirtilli, melanzane, prugne

I vegetali di **colore giallo o arancio** sono solitamente **ricchi di carotenoidi**: arance, peperoni, carote, albicocche, pesche, limoni.

La frutta e gli ortaggi di colore rosso devono la propria tinta alla presenza di pigmenti come il **licopene** e gli **antociani**. pomodori, mele rosse, lamponi, fragole, cavolo rosso, barbabietola.

Il bianco di frutta e verdura è correlato alla presenza di allicina: cavolfiori, cipolle, porri, finocchi, patate, pesche bianche, pere, banane.

5. LIMITA IL CONSUMO DI CARNE ROSSA ED EVITA IL CONSUMO DI CARNI LAVORATE E CONSERVATI

Gli alimenti di origine animale consumati all'interno di una dieta sana e ricca di prodotti vegetali rappresentano un apporto di nutrienti e possono rientrare in una dieta salutare e preventiva. Per quanto riguarda le uova, il latte e i suoi derivati, le carni bianche e il pesce, non esistono a oggi evidenze che il loro consumo influisca sullo sviluppo delle patologie oncologiche. Per quanto riguarda la carne rossa, invece, i dati raccolti finora dicono che un consumo al di sotto dei 500g alla settimana non costituisce un pericolo per la salute. Gli insaccati e

le carni lavorate e processate sarebbero da eliminare dalla lista della spesa e da consumare solo occasionalmente. Non è chiaro quale sia il collegamento diretto tra il consumo di carni lavorate e conservate e il rischio di cancro perché i fattori di rischio potrebbero essere legati al metodo di conservazione (sale, affumicatura, conservanti, coloranti) oppure al contenuto di grassi saturi.

Si considerano rosse le carni di manzo, maiale e agnello e i loro derivati. La raccomandazione di non superare i 500g alla settimana comprende tutte queste tipologie di carne e i loro derivati. Salsicce, wurstel, prosciutti, salami, altri salumi e insaccati sono considerati prodotti trasformati e conservati, quindi da consumare occasionalmente. È da sfatare il mito che sia necessario consumare grandi quantitativi di carne per soddisfare il fabbisogno proteico e di ferro: esistono numerose altre fonti proteiche di origine animale e vegetale e numerose fonti di ferro di origine vegetale, dai legumi agli ortaggi a foglia verde, dalle brassicaceae alla frutta secca. Per migliorare l'assorbimento del ferro di origine vegetale è bene unire a questi alimenti una fonte di vitamina C come il succo e la scorza di limone e arancia, il peperoncino dolce o piccante.

6. EVITARE L'USO DI BEVANDE ALCOLICHE

L'etanolo secondo la quarta revisione delle indicazioni LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento dei Nutrienti) non è un nutriente, ma una sostanza di interesse nutrizionale in quanto causa aumento del peso corporeo (1 grammo corrisponde a 7 Kcal).

10 gr/die di etanolo possono sfavorire dopo i 35 anni l'infarto miocardico e il diabete mellito di tipo II (dati ancora in corso di valutazione), ma favoriscono sessanta patologie differenti e il tumore della cavità orale, farinfe, laringe, esofago e mammella femminile.

L'EFFETTO NEGATIVO DELL'ALCOL È ULTERIORMENTE AMPLIFICATO QUANDO COMBINATO CON IL FUMO DI SIGARETTA.

Le bevande alcoliche forniscono parecchie calorie, quindi il consumo di alcol può aumentare il rischio di sovrappeso e obesità. Per una buona prevenzione oncologica la raccomandazione sarebbe di evitare il consumo di bevande alcoliche e consumarne piccole quantità solo occasionalmente.

L'alcol è una sostanza tossica, che può determinare assuefazione e dipendenza e può causare direttamente o indirettamente danni severi a diversi organi.

L'alcol è contenuto nel vino, nella birra e nei superalcolici, ma attenzione: esistono in commercio alcune bevande che si presentano colorate come comuni succhi di frutta ma che contengono una quantità di alcol.

Ci sono categorie più vulnerabili all'alcol per la ridotta capacità di metabolizzazione:

- adolescenti (sotto i 20 anni)
- anziani

- donne, specialmente in gravidanza

L'alcol può provocare effetti immediati ed effetti a lungo termine. Gli effetti immediati vanno dalla perdita di coordinazione, riduzione della lucidità, rallentamento dei riflessi, comparsa di nausea e vomito fino alla perdita di coscienza e al coma etilico.

Gli effetti a lungo termine di un eccessivo consumo di alcol si riflettono su diversi organi tra cui cervello, fegato, stomaco e cuore. Ricorda che un gran numero di incidenti stradali è causato da auto, moto e motorini guidati da persone ubriache.

Rifiutare l'alcol è molto semplice basta dire: *NO GRAZIE!*

7. LIMITA IL CONSUMO DI ALIMENTI RICCHI DI SALE

Alcuni metodi di preparazione, lavorazione e conservazione dei cibi possono influire sul rischio di tumore. Le evidenze a oggi più convincenti riguardano le carni conservate con metodi di affumicatura, salatura e uso di conservanti. Il sale è importante per la salute dell'organismo ma i livelli di cui necessitiamo sono sensibilmente inferiori a quelli consumati in media dalla popolazione. I principali problemi di salute legati a un consumo eccessivo di sale includono l'aumento del rischio di cancro allo stomaco e di ipertensione. Riducendo il consumo di sale e di prodotti ricchi di sale è possibile prevenire il rischio di cancro allo stomaco.

Da dove viene il sale nella nostra dieta. Non ci accorgiamo della maggior parte del sale che consumiamo perché deriva dai prodotti trasformati (pane e altri prodotti da forno, salumi, formaggi, sottaceti, prodotti in scatola, patatine e snack salati) e dai pasti consumati fuori casa. Attenzione ai prodotti industriali che non identifichiamo come "salati" come biscotti, cereali da colazione e torte. Il sale che usiamo per la preparazione dei pasti oppure che aggiungiamo in tavola rappresenta circa 1/3 del sale che consumiamo

8. SODDISFA I FABBISOGNI NUTRIZIONALI ATTRAVERSO LA DIETA

Consumare integratori alimentari per prevenire le patologie croniche, tra cui i tumori, può avere effetti negativi per la salute. Aumentare la varietà alimentari della dieta è invece un ottimo metodo per mantenere l'organismo in salute e prevenire i tumori. Le vitamine, i sali minerali e gli altri composti vanno presi in considerazione come parte integrante degli alimenti che li contengono. Le evidenze scientifiche rafforzano questo concetto dichiarando che la migliore forma di nutrimento è rappresentata dagli alimenti e non dai supplementi. Nella ricerca in campo oncologico ci sono stati casi in cui specifiche integrazioni in persone ad alto rischio hanno avuto un ruolo positivo nella prevenzione di alcuni tipi di tumore: questi risultati non sono utili da applicare alla popolazione sana perché i livelli di integrazione possono essere diversi da caso a caso e un eccesso può causare effetti collaterali anche gravi. Per questo motivo non è prudente raccomandare il consumo di supplementi e integratori alimentari per la prevenzione oncologica. Gli integratori alimentari possono contenere vitamine, sali minerali, erbe o altri estratti vege-

tali e si trovano sotto forma di pastiglie, capsule, in polvere o in forma liquida. Tutti questi prodotti non possono essere considerati sostituti degli alimenti, prima di tutto perché l'assunzione di un nutriente in alte dosi può avere un effetto completamente diverso sull'organismo rispetto all'effetto che avrebbe se consumato con gli alimenti. Per i micronutrienti non vale la regola "di più è meglio". Esistono momenti della vita (es° in gravidanza) o particolari patologie in cui l'organismo necessita di un aiuto con supplementi ma è importante che, in qualsiasi caso, ci si rivolga a un medico.

PROBLEMATICHE COMUNI AI RAGAZZI IN ETÀ SCOLARE SONO:

-scarsa attenzione all'importanza della prima colazione che spesso è consumata in modo affrettato, facendo ricorso a cibi iper energetici che però non saziano nel lungo periodo (brioche, merendine, succhi di frutta), o viene consumata al bar (colazione fortemente sbilanciata verso i grassi), oppure saltata del tutto: questo condiziona l'intera giornata.

-scarsa attenzione all'importanza degli spuntini: si fa un consumo eccessivo di alimenti troppo calorici rispetto al reale fabbisogno (pizze, focacce farcite, pane, salumi, bibite gassate e dolci, snack dolci, patatine)

Preoccupante il consumo di bevande dolci e gassate durante la ricreazione e durante i pasti.

Tali bevande sono bibite, spesso colorate, molto zuccherate, sempre più presenti sulle nostre tavole o nei nostri spuntini. Sono "calorie liquide", in quanto molto ricche di zucchero.

Anche i succhi di frutta hanno molti zuccheri: confrontiamo un bicchiere di spremuta d'arancia e uno di succo di frutta al gusto arancia: nel primo troveremo solo lo zucchero contenuto naturalmente nella frutta, nel secondo troveremo acqua, conservanti, acidificanti, un poco di frutta in polpa e tanto zucchero. Una lunga lista di ingredienti poco salutari. Anche il tè freddo è ricco di zuccheri, conservanti e coloranti e va quindi evitato.

UNA CORRETTA DISTRIBUZIONE DELLE CALORIE DURANTE I PASTI:

Colazione 20%

Spuntino 5%

Pranzo 40%

Merenda 5%

Cena 30%

DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA)

Bisogna prestare grande attenzione a sintomi come il controllo ossessivo del proprio peso e della quantità di cibo ingerito o, al contrario, ad un irrefrenabile bisogno di mangiare che porta ad assumere frettolosamente grandi quantità di cibo: entrambi possono essere spie di un disturbo del comportamento alimentare che è una problematica molto seria.

I DCA sono caratterizzati dalla presenza di una grave alterazione del comportamento alimentare, volta al controllo del peso; i più diffusi sono l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa, malattie quasi esclusivamente femminili. Tra le malattie inserite nella sfera psichiatrica, anoressia e bulimia sono le sindromi che fanno registrare il più alto tasso di mortalità. Nel caso dell'anoressia nervosa, in particolare, il rischio di morte è 5-10 volte maggiore di quello di persone sane della stessa età e sesso.

L'ANORESSIA NERVOSA

È caratterizzata da magrezza eccessiva determinata da un comportamento alimentare ostinatamente finalizzato al dimagrimento o al mantenimento di un peso inferiore a quello previsto per età ed altezza. Si accompagna a una distorta percezione della propria immagine corporea e a un controllo ossessivo del proprio peso e delle calorie ingerite. Questo disturbo può insorgere anche in bambine e ragazze giovanissime, in età prepuberale. Sono, infatti, sempre più frequenti sono le forme precoci intorno agli 8-9 anni. Il picco si raggiunge a 14-15 anni, fase dello sviluppo in cui il corpo assume una posizione centrale nella assunzione della propria identità, e intorno ai 18 anni, età in cui i giovani devono far fronte a una maggiore pressione sociale rispetto le proprie autonomie personali.

LA BULIMIA NERVOSA

Il sintomo più caratteristico è l'abbuffata, ovvero l'ingestione in un breve periodo di tempo di grandi quantità di cibo, solitamente molto calorico, accompagnato dalla sensazione di una totale perdita di controllo su ciò che si mangia. Come nell'anoressia, l'insoddisfazione per il proprio corpo è un aspetto che influenza in modo sproporzionato il livello di autostima. La paura di ingrassare rispetto ai comportamenti di non controllo alimentare è molto alta e determina l'impiego di comportamenti di compenso (vomito autoindotto, uso di lassativi e diuretici, intensa attività fisica) per evitare che l'ingestione di troppe calorie causi un aumento del peso. **L'età media di esordio è tra i 15-18 anni.** L'inizio della malattia è solitamente riconducibile a una dieta dimagrante sulla quale ben presto si perde il controllo per attuare un regime di semi-digiuno.

Non riuscendo a controllare in modo rigido la propria alimentazione, il bulimico innesca il circolo vizioso dieta-abbuffata-vomito-dieta che si autosostiene nel tempo.

DIAGNOSI PRECOCE E APPROCCIO MULTISPECIALISTICO

I disturbi del comportamento alimentare sono, tra i disturbi psichiatrici, quelli che richiedono la maggiore collaborazione possibile tra figure professionali con differenti specializzazioni (psichiatri, psicologi, nutrizionisti, specialisti in medicina interna etc.). Infatti sia l'anoressia che la bulimia sono causa di complicanze mediche sostanzialmente gravi. Questo rischio impegna i professionisti dell'infanzia e dell'adolescenza a una diagnosi precoce e a un intervento terapeutico corretto, centrato non solo sul comportamento alimentare ma anche sul disagio emotivo, sul disturbo ossessivo del pensiero, sulla depressione, sulla sofferenza familiare. Il trattamento di questi aspetti deve essere programmato per diverso tempo e prevede interventi in combinazioni variabili: psicofarmacologici, psicoterapeutici individuali o di gruppo, di terapia familiare.

- 1) In caso di sospetto di un DCA gli insegnanti devono parlarne ai genitori per intraprendere la strategia più idonea;
- 2) Insegnare ai ragazzi che devono accettare se stessi così come sono. Tutti i giovani sono potenziali "capolavori". Aiutarli a potenziare la loro autostima e a non seguire falsi modelli imposti dalla pressione mediatica e pubblicitaria. Questi non sono modelli vincenti!

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE

Gianni Testino, Patrizia Balbinot, Tiziana Fanucchi, Luigi Carlo Bottaro e Valentino Patussi

L'alcol è oggi uno dei maggiori fattori di rischio evitabili. E' una delle prime tre aree prioritarie di salute pubblica a livello mondiale. E', inoltre, la **prima causa di morte al di sotto dei 24 anni**. Ciò accade soprattutto per fenomeni di incidentalità stradale, atti di violenza e suicidio. Inoltre, dal punto di vista fisico si iniziano a favorire 60 patologie differenti fra cui diversi tipi di tumore.

Quando parliamo di alcol e più in generale di bevande alcoliche, in realtà parliamo di una sostanza che le accomuna tutte e cioè l'etanolo. Piccola molecola capace di danneggiare tutto l'organismo che ritroviamo nel vino, nella birra e nei superalcolici.

E' una molecola a catena corta, la cui formula bruta è $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$. A temperatura ambiente si presenta come un liquido incolore dall'odore caratteristico. E' tendenzialmente volatile ed estremamente infiammabile e completamente solubile in solventi polari e apolari ed in acqua la cui molecola mostra una buona affinità per le strutture lipidiche; è in grado, infatti, di attraversare le membrane cellulari, la placenta e la barriera emato-encefalica, qualità che gli conferisce la capacità di espletare effetti dannosi a livello dell'embrione-feto e del sistema nervoso centrale. Come già segnalato nel capitolo dedicato all'alimentazione, l'etanolo secondo la quarta revisione delle indicazioni LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento dei Nutrienti) **non è un nutriente**, ma una sostanza di interesse nutrizionale in quanto causa aumento del peso corporeo (1 grammo corrisponde a 7 Kcal).

Per facilitare la comparazione dei dati in ambito scientifico e, quindi, per consentire un linguaggio comune, la quantità di alcol ingerito viene espressa in grammi di alcol puro.

Per **Unità Alcolica (UA)** ci si riferisce a 12 grammi di etanolo che convenzionalmente corrispondono a:

- 125 ml di vino al 12% (12 gradi alcolici)
- 330 ml di birra al 4.5% (4.5 gradi alcolici)
- 80 ml di aperitivo o cocktail al 18% (18 gradi alcolici)
- 40 ml di liquore al 36% (36 gradi alcolici)

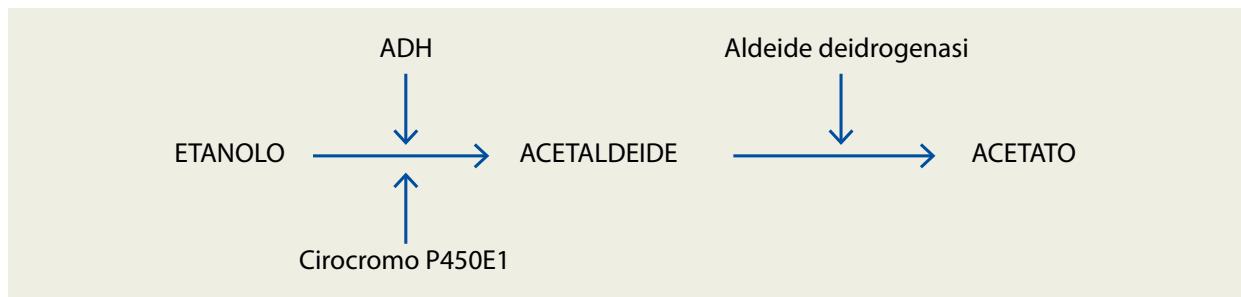
Quando si assume una UA, l'etanolo presente viene in parte metabolizzato dall'alcoldeidrogenasi (ADH) della flora batterica presente nella cavità buccale, in parte nello stomaco (ADG gastrica), la rimanente parte (circa l'80%) viene convogliata nel fegato dove sono presenti quattro sistemi di metabolizzazione: l'ADH, i citocromi P450, la catalasi e i sistemi non ossidativi.

I citocromi nel fegato sono localizzati nel MEOS (Sistema Microsomiale di Ossidazione dell'Etanolo) in corrispondenza del reticolo endoplasmatico liscio.

Una piccola quota (3-10%) sarà eliminata tramite i polmoni e i reni. Ciò permette di fare valutazioni dell'alcole-

ma attraverso l'utilizzo dell'etilometro o dell'etil-glucuronide (metabolita dell'etanolo) nelle urine. L'etanolo, quindi, viene trasformato in acetaldeide. Quest'ultima molecola viene trasformata dall'acetaldeide deidrogenasi in acetato (Tabella I). Etanolo e acetaldeide sono sostanze tossiche, cancerogene, teratogene (danni all'embrione-feto) e possono dare dipendenza (etanolo sostanza psico-attiva, droga).

Tabella I – Metabolizzazione dell'etanolo in sede epatica (ADH: alcol deidrogenasi)



La sequenza Etanolo à Acetaldeide à Acetato è condizionata dalle variazioni genetiche del soggetto che determinano alterazioni dell'attività (ipo o iperattività) degli enzimi sopracitati.

Ne consegue che non tutti i soggetti risponderanno allo stesso modo nei confronti di quantità di bevande alcoliche sovrapponibili e, quindi, potranno sviluppare una patologia piuttosto che un'altra con dosaggi diversificati. Per tale ragione l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha abolito il termine abuso, affermando che è opportuno parlare solo di consumo.

Non esiste, infatti, scientificamente un dosaggio soglia di sicurezza.

A ciò bisogna aggiungere l'associazione con altri fattori di rischio o presenza di patologie croniche, magari ancora sconosciute.

E' opportuno introdurre il concetto di gradazione del rischio (alto e basso rischio) (Tabella II).

Tabella II – Consumo di etanolo e definizione del rischio

- Consumo a basso rischio: corrisponde a dosaggi che talvolta “erroneamente” vengono consigliati come non rischiosi o compatibili con la salute;

- consumo rischioso: livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un danno nel caso di persistenza di tali abitudini;

- consumo dannoso: una modalità di consumo che arreca certamente un danno sia fisico che psichico,

- consumo eccessivo episodico (“binge drinking”): può essere particolarmente dannoso in presenza di determinate condizioni patologiche.
Il binge drinking è caratterizzato dal consumo di circa 4 UA in due ore;

- intossicazione: stato di deficit funzionale a carico delle attività psicologiche e psicomotorie, dalla durata più o meno breve. Tale quadro può insorgere anche a dosaggi bassi: ciò dipende dall’assetto genetico del soggetto, dalla modalità di consumo, dalla tolleranza acquisita, da altre patologie associate o dal concomitante uso di farmaci;

- alcoldipendenza (lieve, moderata, severa): insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l’uso di alcol riveste per l’individuo una priorità crescente rispetto ad abitudini privilegiate precedentemente.

A scopo educativo è bene non parlare più di alcolismo, ma di patologie e problemi alcol correlati. L’ultimo DSM-V (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) ha introdotto la definizione di “disturbi da uso di alcol” (DUA) (lieve, moderato, severo). Infatti, non solo l’alcol dipendente, ma anche il “bevitore sociale” o “moderato” può contrarre patologie psico-fisiche correlate all’alcol o andare incontro a incidenti alla guida o sul lavoro. Quest’ultima considerazione è a maggior ragione valida per la popolazione di età inferiore ai 25 anni.

L’inizio è sempre sociale e poi attraverso un continuum, percorrendo i vari gradi di rischio, può evolvere in DUA severo (in passato definito alcoldipendenza). Le motivazioni dei DUA sono certamente infinite e ogni paziente è una storia a sè.

Alla luce di quanto è stato detto è opportuno affermare che molte definizioni del bere sino ad oggi utilizzate non sono pertinenti in quanto favoriscono di fatto un rischio più o meno elevato. Tali definizioni da abolire sono le

seguenti: assunzione moderata, consumo sensibile, consumo responsabile, consumo sociale, consumo eccessivo, abuso o uso inappropriato di alcol. Sono definizioni ambigue che favoriscono il consumo di etanolo soprattutto nei giovani e nelle fasce di popolazione più deboli.

Oltre ai danni psico-fisici (elencati in seguito), vanno elencati anche quelli sociali: incidenti automobilistici con danno a terzi, incidenti sul lavoro, violenze famigliari e non, aggressioni, vita famigliare alterata, perdita del lavoro, perdita di amicizie, problemi con la giustizia.

Peraltro, questi problemi sociali, in soggetti non consumatori abituali, possono anche accadere ai livelli più bassi di consumo.

Recentemente è stato dimostrato come i ragazzi ricoverati in ospedale per incidenti da alcol abbiano un rischio relativo di decedere tre volte superiore entro i dieci anni successivi (Herbert et al., Lancet 2017; 390: 577-87).

Il rischio assoluto reale di decedere a causa di una patologia negativa alcol-correlata aumenta con la quantità di alcol consumato nella vita. Per molte patologie, tra cui il cancro, il rischio è elevato anche per bassi livelli di consumo. Etanolo e acetaldeide favoriscono il cancro attraverso diversi meccanismi. Uno di questi è la frammentazione del DNA (formazione "addotti") (Tabella III).

Tabella III – Consumo di bevande alcoliche e gradazione del rischio in un soggetto sano.

Quantità (gr/die)	Livello di Rischio
<i>Sino a 25 anni</i>	qualsiasi consumo altamente rischioso
<i>Oltre i 25 anni</i> 3-5 gr/die	rischio minimo
Donna < 10 gr/die Uomo < 20 gr/die	basso rischio (1 decesso ogni 1000)
Donna 11-40 gr/die Uomo 21-60 gr/die	consumo rischioso (1 decesso ogni 100)
Donna: >40 gr/die Uomo: >60 gr/die Binge Drinking	consumo dannoso

Il rapporto etanolo/rischio appena descritto è valido per la popolazione adulta. Al di sotto dei 25 anni qualsiasi quantità di etanolo consumata è sempre altamente rischiosa.

Al di sotto dei 20 anni si "ipotizza" che i sistemi del fegato deputati a metabolizzare (eliminare) l'etanolo non siano pienamente maturi. Inoltre, i tessuti dei giovani sono significativamente più suscettibili a subire danni. In particolare il cervello è particolarmente sensibile all'effetto tossico dell'etanolo sino a 25 anni. Nel sesso femminile a parità di quantità e di modalità di assunzione il rischio è doppio rispetto al sesso maschile.

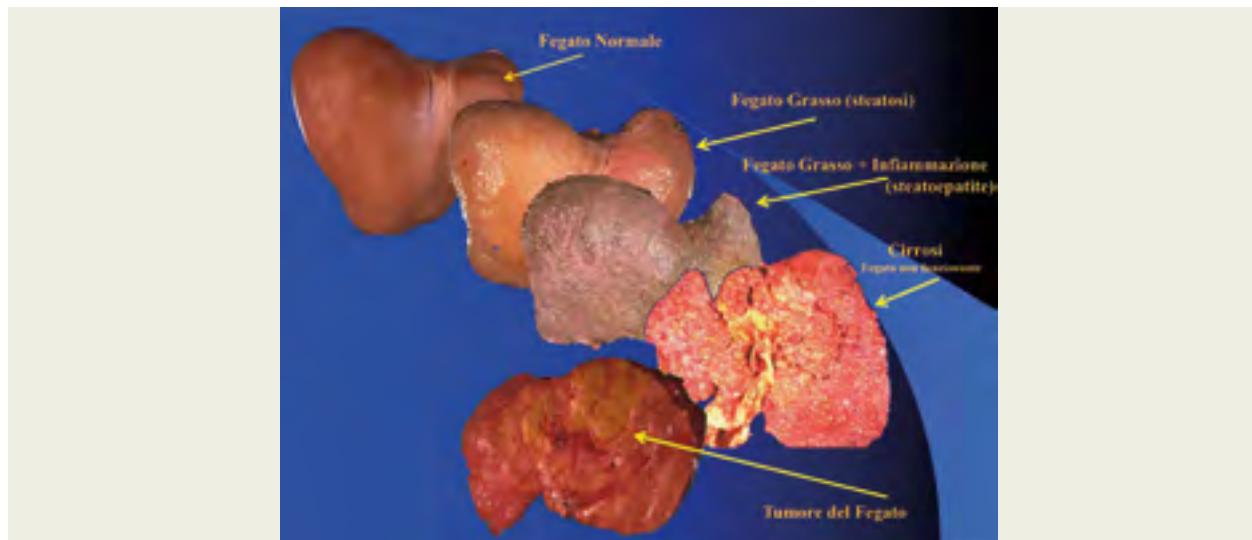
Il danno è dose dipendente e al di sotto dei 25 anni il danno è sempre presente anche se potenzialmente reversibile. Una delle modalità peggiori di assunzione è quella del "binge drinking" (BD) (bere elevate quantità di alcol in poco tempo).

Tutti gli organi sono danneggiati, ma in particolare negli adolescenti quelli maggiormente colpiti sono: il fegato, il cervello, la mammella femminile e i testicoli. Il cuore viene danneggiato soprattutto con il BD.

SE CONSUMO QUOTIDIANO O QUASI (NORMALIZZAZIONE DEL CONSUMO):

Fegato: diventa grasso (steatosi). Il 20-40% potrà diventare grasso e infiammato (steatoepatite). Un 20% potrà evolvere verso un organo non più funzionante (cirrosi) (Figura I).

Figura I – Consumo di alcol e danno al fegato.



Sistema vascolare: iniziano i processi di aterosclerosi.

Asse fegato-sistema vascolare-cervello: in caso di fegato grasso (steatosico/ steatoepatitico) si liberano sostanze pro-infiammatorie (citochine) che danneggiano le pareti delle arterie e superano la barriera emato-encefalica "infiammando il cervello".

Mammella femminile: l'etanolo crea alterazioni nello sviluppo delle ghiandole mammarie, altera la densità mammaria e favorisce tumori benigni. Con 1-2 UA alla settimana il rischio di sviluppare tumori benigni è quasi doppio, con 3-4 UA alla settimana triplica e con 5-6 è circa sei volte superiore (Berkey CS et al, Pediatrics 2010; Printz C, Cancer 2010).

Queste mammelle saranno predisposte nell'età adulta a sviluppare tumori maligni.

Grosso Intestino (colon): etanolo e fumo favoriscono l'insorgenza di polipi adenomatosi (precursori del cancro).

Fertilità Femminile: il consumo di alcol durante la prima adolescenza può sopprimere la secrezione di specifici ormoni sessuali femminili, ritardando la pubertà e ostacolando la maturazione dell'apparato riproduttivo. E' stato dimostrato come dopo la pubertà l'etanolo alteri il normale ciclo mestruale e riduca la fertilità.

Testicoli: l'etanolo può avere effetti negativi sulla capacità riproduttiva sia maschile che femminile. L'etanolo compromette le ghiandole endocrine e gli ormoni attivi nel sistema riproduttivo maschile e può ridurre la fertilità attraverso disfunzioni sessuali e diminuita produzione spermatica.

Nel maschio le alterazioni nella produzione di testosterone riducono la virilità.

Cute: invecchiamento precoce

Cervello: il cervello subisce importanti trasformazioni sino all'adolescenza e successivamente sino ai 25 anni. Benché il numero dei neuroni sia già definitivamente stabilito sin dalla prima infanzia, il sistema nervoso continua a presentare un fenomeno definito come plasticità neuronale (produzione o eliminazione di sinapsi e mielinogenesi: perfezionamento delle ramificazioni sinaptiche).

Per tale ragione nell'adolescenza aumentano i comportamenti a rischio ed è presente una maggiore vulnerabilità psico-patologica.

Candio (Candio et al., documento del Dipartimento Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri) afferma che la **propensione degli adolescenti verso decisioni e comportamenti a rischio sarebbe correlata a caratteristiche neurali uniche, che aumenterebbero la loro sensibilità verso stimoli gratificanti**. Sono più sensibili agli effetti piacevoli e gratificanti indotti da alcol e altre sostanze.

Il cervello degli adolescenti però è molto sensibile agli effetti neurodegenerativi dell'alcol, che riducono la capacità di controllo del comportamento con possibile evoluzione verso DUA (anche se il termine dipendenza è superato, continua ad essere di uso comune).

Nel capitolo di Viotti e Morsucci verrà definita la differenza fra "dipendenza" e "addiction".

Il processo di plasticità neuronale è influenzato dall'incremento ormonale (estrogeni, progesterone e testoste-

rone). In particolare le zone più coinvolte sono il Lobo Frontale (funzioni cognitive con controllo degli impulsi, movimento, memoria, risoluzione dei problemi, evoluzione del linguaggio, del giudizio, del comportamento sociale e sessuale) e il Sistema Limbico (self-control, emozioni, decisioni operative, consapevolezza dei comportamenti a rischio).

La Corteccia Frontale costituisce un terzo dell'intera superficie cerebrale. La regione più anteriore è chiamata Corteccia Prefrontale ed è la struttura dove hanno sede le funzioni più complesse come la pianificazione dei comportamenti sociali e i meccanismi di gratificazione e punizione.

Il Lobo Frontale ed in particolare la Corteccia Prefrontale opera un controllo sul Sistema Limbico: si assiste in pratica ad un controllo razionale sulle emozioni.

A sua volta la corteccia prefrontale è composta da diverse aree, tra cui la Corteccia Orbitofrontale. Tale componente è coinvolta nei processi decisionali, emozionali e motivazionali che permettono l'adattamento alle nuove situazioni.

La regione dell'apprendimento e della memoria è in parte identificata nell'ippocampo. In tale sede si formano i ricordi.

La Corteccia Prefrontale è particolarmente sensibile alle sostanze (alcol, nicotina, cannabis, cocaina, ecc).

Nella maturazione sono coinvolti in modo particolare anche il lobo occipitale, parietale, temporale e il cervelletto. E' evidente che nell'adolescenza il controllo della corteccia prefrontale (razionalità, responsabilità) sul sistema mesolimbico (istinti, emozioni) possiamo definirlo parziale sino alla completa maturazione (23-25 anni).

La maturazione cerebrale è influenzata da diversi fattori. Fra questi i più importanti sono: la predisposizione genetica, gli esempi, lo stato nutrizionale, il sonno e il consumo di sostanze come l'alcol.

E' bene precisare come i processi di neuroplasticità caratterizzati da incremento delle ramificazioni sinaptiche (miglioramento del passaggio di informazioni fra i vari distretti cerebrali) e da mielinizzazione (l'apposizione di mielina sulle fibre nervose induce una velocizzazione degli impulsi fra le aree cerebrali, ottimizza la trasmissione delle informazioni e aumenta la velocità del processo informazionale) induce una sempre maggiore efficienza neurocibernetica del cervello dell'adolescente.

Il consumo di etanolo o altre sostanze altera negativamente questi processi.

Il consumo routinario di etanolo ha, quindi, effetti tossici diretti con perdita di neuroni e alterazione delle traiettorie cerebrali. In condizioni di normalità le fibre della sostanza bianca, come abbiamo già detto, progressivamente si rivestono di mielina per essere più efficienti per la comunicazione fra le varie regioni cerebrali: in caso di consumo di alcol questo processo non si esplicita in modo adeguato.

Considerando che la componente cognitivo-funzionale raggiunge la maturità più tardivamente rispetto alle regioni sensoriali-motorie, anche modeste alterazioni della traiettoria maturativa possono favorire significative alterazioni di sviluppo con conseguenze di rilievo neuro comportamentali e sociali.

Viene modificato l'equilibrio fra "l'amministratore delegato del cervello corteccia frontale" con il sistema limbico (istinti, emozioni, ecc).

Modificazioni errate dello sviluppo cerebrale da alcol durante l'adolescenza possono determinare alterazioni cognitive nell'età adulta e di conseguenza riduzione della qualità di vita.

Complessivamente, quindi, la riduzione di volume di alcune regioni come la corteccia prefrontale, l'ippocampo, l'amigdala, la riduzione di spessore della sostanza grigia e le alterazioni in corrispondenza della sostanza bianca ci consegnano adolescenti meno performanti (soprattutto di sesso femminile): meno abili in attività manuali, meno capaci nell'apprendimento con una riduzione significativa della memoria, dell'attenzione, delle prestazioni scolastiche e una predisposizione a consumare bevande alcoliche in modo maggiore negli anni successivi.

Come affermato da Emanuele Scafato si verifica un "processo di cristallizzazione" ad una fase di immaturità e di aggressività tipica dell'adolescenza.

Anche la possibile evoluzione verso la dipendenza da alcol può trovare una spiegazione nella neuroplasticità. La liberazione di dopamina (sostanza che induce la cascata che porta alla gratificazione) soprattutto in corrispondenza del nucleo accumbens e nella corteccia prefrontale rinforza le proprietà dell'alcol o di altre sostanze.

Se il primo consumo di alcol avviene al di sotto dei 15 anni il rischio di evolvere in dipendenza è del 38%, il rischio scende al 10% all'età di 21 anni ed è sotto il 10% dopo i 25 anni.

SE CONSUMO ATTRAVERSO LA MODALITÀ DEL "BINGE DRINKING"

Una modalità di consumo particolarmente utilizzata dagli adolescenti è il "binge drinking" (BD). Tale modalità è caratterizzata da un elevato consumo di alcol in poco tempo (circa 2-5 UA in meno di due ore). Ciò accade soprattutto nel fine settimana.

Cervello: ogni episodio di BD è accompagnato da un'infiammazione del cervello che può durare sino a dieci mesi (dosaggio del Tumor Necrosis Factor, molecola pro-infiammatoria, nel liquor). Naturalmente ciò a livello sperimentale.

E' possibile negli adolescenti l'insorgenza di intossicazione acuta e coma etilico anche per dosaggi bassi (scarsa metabolizzazione, maggiore sensibilità del tessuto cerebrale).

Gli effetti acuti dipendono dal dosaggio, dalla tolleranza e dall'uso di altri farmaci.

Da una fase di ipereccitabilità si può passare ad una fase di alterazione della deambulazione, di difficoltà alla stazione eretta, letargia sino al coma etilico.

Certamente ipoglicemie e ipotermia sono gli aspetti più caratteristici. Spesso il quadro è aggravato da un trauma. Per quanto concerne l'insorgenza di coma si ricordano i seguenti problemi: effetto sedativo dell'etanolo sul

sistema nervoso centrale (SNC), depressione respiratoria, perdita del tono muscolare, ostruzione delle vie aeree, perdita della protezione delle vie aeree, aspirazione, soffocamento, danni da ipossia.

L'intossicazione acuta da etanolo è la causa più frequente di ipotermia "urbana". Si manifesta per vasodilatazione e per la perdita nelle forme più gravi della termoregolazione ipotalamica.

Le complicanze metaboliche sono rappresentate da ipopotassiemia, ipomagnesemia e acidosi lattica. Ciò induce alterazione della conduzione cardiaca. Alterazioni elettrocardiografiche (ECG): allungamento del QT, del PR, allargamento del QRS e possibili aritmie.

Sono da segnalare la "torsione di punta" e la "holiday heart syndrome" caratterizzata da tachiaritmie sopraventricolari. Tale sindrome si manifesta per un'azione diretta dell'etanolo sul miocardio indipendentemente dalle alterazioni elettrolitiche. Si assiste ad un rilascio di catecolamine.

Questi ragazzi vanno gestiti in area critica: isolamento accesso venoso, stick glicemico, monitor, supporto ABCDE: *Airway* (mantenere vie aeree pervie), *Breathing* (monitoraggio saturazione di ossigeno, emogas analisi, EndTidal, IOT, ossigeno), *Circulation* (accesso venoso, valutazione ematochimica, ECG, liquidi, pressione arteriosa, frequenza cardiaca), *Disability-DD* (segni neurologici, encefalopatia di Wernicke (grave degenerazione cerebrale), diagnosi differenziale con altre cause di coma), *Exposure* (TC, togliere vestiti bagnati, riscaldamento attivo e passivo), *Esame testa-piedi* alla ricerca di segni di trauma.

La prima azione che dobbiamo fare quando troviamo un giovane in uno stato di intossicazione acuta è coprirlo, metterlo in posizione di sicurezza (vedere capitolo di Alberto Ferrando) e chiamare 112/118.

Ripetuti episodi di BD con intossicazione comportano deficit dell'apprendimento verbale, riduzione della memoria e compromissione dei processi di elaborazione di nuove informazioni.

Si hanno, inoltre, livelli di ossigeno cerebrali ridotti. Studi effettuati con la risonanza magnetica funzionale hanno rilevato volumi ridotti di alcune zone cerebrali, in particolare corteccia prefrontale e ippocampo (una delle regioni della memoria).

E' possibile assistere in alcuni soggetti ad un aumento del volume di alcune strutture cerebrali. Tale aumento però non è positivo, ma la risultante di percorsi neurosinaptici sovra numerari e alterati. E' possibile osservare con alcune tecniche di risonanza magnetica nucleare alterazioni della vascolarizzazione e dei segnali che appaiono come veri e propri "buchi" nel cervello come bene rappresentato nelle diapositive del Prof. Emanuele Scafato (Figura II) Come già descritto in precedenza, anche i ripetuti episodi di BD, attraverso le alterazioni anatomiche sopra esposte, comportano significative conseguenze negative: riduzione attenzione, riduzione memoria (a breve e lungo termine), riduzione intelligenza "nel suo insieme", comparsa di comportamenti scorretti (maggiore aggressività), riduzione significativa del rendimento scolastico e problematiche famigliari e sociali.

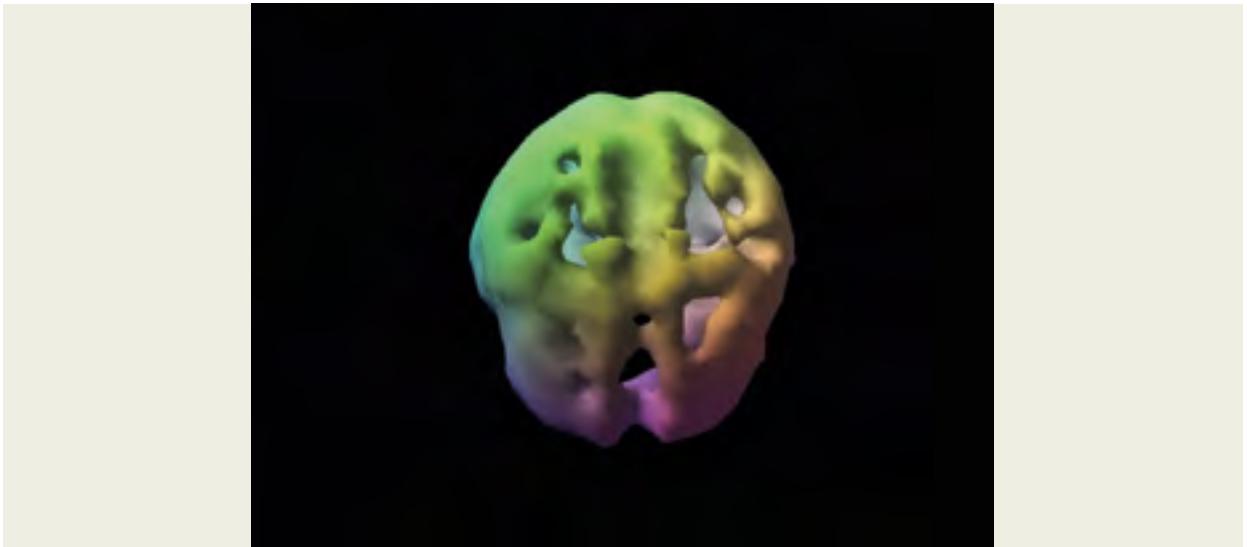
Fegato: il 40% delle sostanze che lo proteggono possono scomparire (per esempio antiossidante glutatione). Dopo il quarto episodio di BD iniziano i processi che conducono alla cirrosi epatica.

Mammella: importanti alterazioni della densità mammaria.

Testicoli: il 40% delle cellule seminali subisce alterazioni.

Cuore: possibile insorgenza di aritmie e microalterazioni alla struttura cardiaca. Ciò è alla base di morti improvvise giovanili, anche in soggetti che hanno superato tutte le visite sportive.

Figura II – Consumo dannoso di alcol. Alterazioni rilevabili con SPECT.
Gli “apparenti buchi” sono alterazioni della vascolarizzazione indotte dall'alcol.
(da Prof. Emanuele Scafato, ISS, Roma)



Altre alterazioni:

Sistema Immunitario

L'etanolo interferisce con la normale funzione di varie componenti del sistema immunitario, portando, quindi, all'immunodeficienza e provocando un aumento della suscettibilità ad alcune infezioni: in particolare polmonite, tubercolosi e HIV.

Ricordiamo che vi è una elevata associazione fra consumo dannoso, infezione da virus C ed in minor misura virus B.

Aspetti Nutrizionali

Si può assistere ad una importante e globale malnutrizione con insorgenza di sovrappeso nel consumo "sociale". In corso di alcol dipendenza, invece, l'appetito si riduce in quanto l'apporto calorico è completamente sostituito dall'etanolo.

La malnutrizione favorisce disturbi neurologici sia a carico del sistema nervoso centrale che periferico. E' particolarmente frequente la polineuropatia periferica con dolori alle gambe anche particolarmente intensi e grave difficoltà alla deambulazione sino alla totale impossibilità di camminare per grave deficit di vitamina B1 (tiamina).

La carenza di vitamine e di alcune sostanze lipotrope come colina, betaina e metionina può favorire i meccanismi di cancerogenesi. Queste molecole sono importanti, perché entrano in gioco nella cessione di "gruppi metili". Questi ultimi sono indispensabili per il mantenimento della salute del nostro materiale genetico. Il consumo di alcol può comportare una riduzione dell'apposizione di tali molecole determinando l'attivazione di "oncogeni" favorendo l'iniziazione dei meccanismi di cancerogenesi, in caso di eccessiva apposizione viene favorita la inattivazione di "anti-oncogeni" e cioè sequenze genetiche che producono proteine deputate al contenimento dei meccanismi di cancerogenesi. Questi meccanismi sono influenzati dalla concentrazione di alcune vitamine e dalla quantità di folati assunti con la dieta.

Alcol e gravidanza

E' bene che i nostri ragazzi sappiano che l'etanolo è un teratogeno, cioè è una sostanza che danneggia l'embrione e il feto.

I danni si possono sviluppare durante tutta la gravidanza e non esiste un dosaggio sicuro. Quindi, durante la gravidanza la dose consigliata è "zero".

L'etanolo ha la capacità di superare la barriera placentare.

Nel primo trimestre, ma soprattutto nelle primissime settimane consumare (embrione di circa 10 grammi) anche solo una UA (12 grammi) può essere particolarmente dannoso, soprattutto in considerazioni delle piccole dimensioni iniziali dell'embrione (Tabella IV). E' come mettere l'embrione sotto spirito !!! (ASL di Trieste).

Tabella IV – Sviluppo Embrione-Feto

1-4 settimane	0.12 mm
5-8 settimane	circa 2 cm – 10 grammi
9-12 settimane	circa 7 cm – 250 grammi
13-16 settimane	circa 16 cm – 300 grammi
17-20 settimane	circa 25 cm – 400 grammi

Anche nelle fasi successive l'etanolo mantiene la sua importante azione teratogena.

Lo spettro di disordini fetali alcol correlati (FASD) è un termine generico utilizzato per indicare l'insieme degli effetti che possono manifestarsi nel feto la cui madre abbia consumato alcol durante la gravidanza. Vi sono quadri completi caratterizzati da malformazioni cranio-facciali e ritardo mentale che è possibile diagnosticare alla nascita, ma la maggior parte dei casi si evidenziano in età più avanzata nel periodo scolastico. Le alterazioni mentali, comportamentali e i deficit di apprendimento sono generalmente a carattere permanente. Le manifestazioni che possono manifestarsi nei bambini spesso non vengono ricondotte ad una possibile diagnosi di FASD:

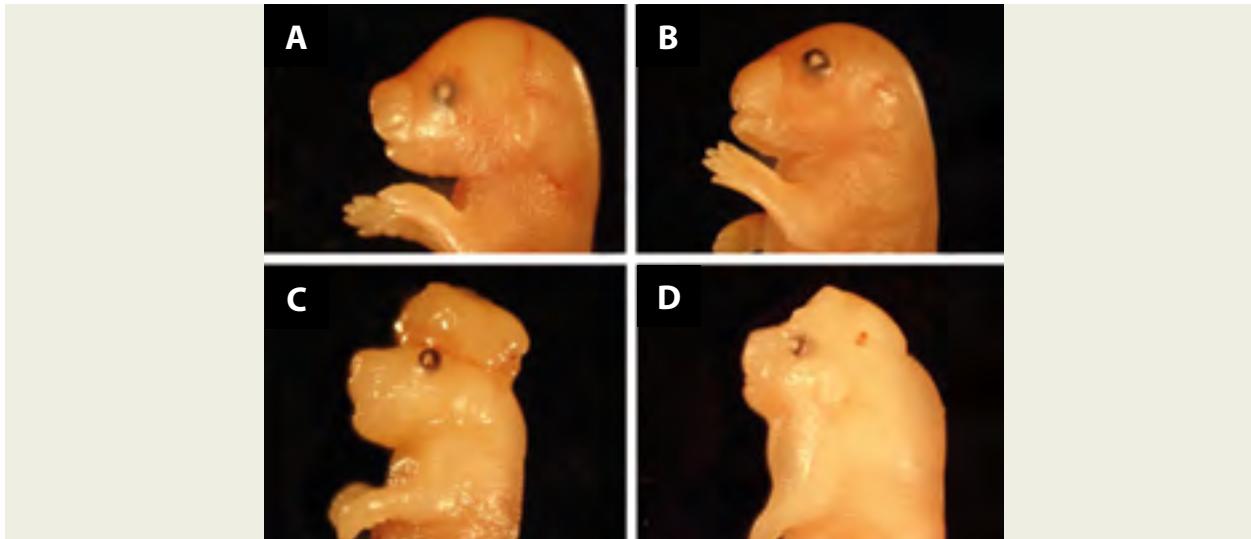
- ritardo nello sviluppo
- peso ridotto
- alterazioni dell'udito
- alterazioni visive
- deficit della memoria
- difficoltà nel linguaggio
- povertà di giudizio
- problemi comportamentali
- alterazioni del ritmo sonno-veglia
- iperattività
- problemi con il pensiero astratto
- difficoltà relazionale

Anche durante l'allattamento il consumo di alcol appare estremamente rischioso. Infatti, l'alcol consumato dalla madre entra nella circolazione sanguigna e successivamente nel latte materno. I livelli di alcol nel latte materno sono simili a quelli presenti nel sangue della madre nel momento dell'allattamento. Gli effetti sul bambino possono essere: sedazione, irritabilità e poca suzione. Naturalmente saranno possibili danni neurologici e alterazioni dell'accrescimento.

È stato dimostrato come il punteggio dell'indice di sviluppo psico-motorio è inferiore nei neonati esposti ad alcol durante l'allattamento rispetto a quelli non esposti a tale sostanza ed è stata anche evidenziata una correlazione positiva tra dose di etanolo assunta dalla madre e risposta (riduzione dell'indice psico-motorio) nel neonato.

Vedere Figura III: feti di topo di 15 giorni. Nella sezione A la madre non è stata messa a contatto con l'etanolo (cervello normale). Nelle sezioni B, C, D la madre è stata messa a contatto con l'etanolo: si osservano importanti alterazioni cerebrali (mancanza di porzioni cerebrali).

Figura III – Feti di topo la cui mamma è stata messa sperimentalmente a contatto con l'etanolo. Esperienza internazionale.



BEVANDE ALCOLICHE: SFATARE I LUOGHI COMUNI

1) **L'alcol è un farmaco?** No. Chiunque lo utilizzi come tale sbaglia.

Nei tempi antichi era utilizzato soprattutto come disinfettante o per alleviare il dolore. Attualmente abbiamo a disposizione molecole efficaci e sicure.

Per essere un farmaco qualunque sostanza deve essere introdotta per la presenza di una malattia e, quindi, produrre o guarigione o un miglioramento dello stato di salute.

Non è certo il caso dell'alcol che manca, peraltro, delle tre caratteristiche fondamentali di un farmaco: l'efficacia dimostrata, la specificità nei confronti di una determinata malattia e la sicurezza durante l'uso. Non deve essere consigliato per prevenire la cardiopatia ischemica in quanto con gli stessi dosaggi si favorisce l'insorgenza di cancro.

2) **L'alcol fa buon sangue?** No.

A causa della vasodilatazione dei vasi della cute, il soggetto anemico e pallido sembra migliorare d'aspetto in quanto il volto per qualche istante appare roseo.

In realtà il consumo cronico di alcol comportando una riduzione di vitamina B12 e acidi folici favorisce un tipo di anemia caratterizzata dalla presenza di globuli rossi più voluminosi (anemia megaloblastica).

3) **L'alcol protegge dal freddo?** No.

L'alcol provoca dilatazione dei vasi periferici, cutanei. Per effetto di questa vasodilatazione la pelle si arrossa, si riscalda con la comparsa di sudore.

Si ha una conseguente sensazione di calore, ma solo una sensazione.

In realtà, si ottiene il risultato opposto e cioè un progressivo raffreddamento dell'organismo per dispersione di calore dovuta alla vasodilatazione periferica.

Non a caso spesso molti homeless decedono assiderati dopo avere bevuto alcolici. E ciò proprio a causa della importante dispersione di calore (ipotermia).

4) **L'alcol aiuta in caso di malessere?** No.

In presenza di un malessere in passato, ma anche oggi, era abitudine offrire un superalcolico con l'intento di dare nuova energia. Non dimenticare che in queste situazioni spesso abbiamo una riduzione dei valori pressori fino alla perdita di coscienza.

Somministrare alcolici a soggetti con "angina pectoris" (dolore toracico cardiaco) potrebbe provocare un ulteriore calo pressorio e, quindi, verrebbe a peggiorarsi il quadro clinico.

5) L'alcol è un cardiotonico? No.

Il cosiddetto "cordiale" non migliora assolutamente la performance del nostro cuore.

In realtà anche bassi dosaggi di alcol favoriscono l'ipertensione arteriosa e la comparsa di aritmie. Soprattutto la fibrillazione atriale.

6) L'alcol dilata le arterie coronariche o cerebrali? No.

Non vi è alcun riscontro significativo. Soprattutto l'alcol può interferire con il metabolismo di farmaci prescritti a seguito di problematiche cardiovascolari come per esempio l'infarto del miocardio.

7) L'alcol previene le malattie cardiovascolari e l'infarto?

Purtroppo i produttori ci vogliono insegnare a bere bene e moderatamente.

Sono perfettamente a conoscenza che ci vendono un prodotto tossico e, quindi, cercano di sfruttare l'evidenza scientifica favorevole. In realtà i dosaggi che darebbero una prevenzione nei confronti dell'infarto sono bassi (circa 10 grammi al giorno) e comunque solo dai 35 anni in poi. Con questi dosaggi però si favoriscono diversi tipi di tumore e numerose patologie fra cui l'ipertensione arteriosa e le aritmie.

È evidente, quindi, che nessuno può permettersi in buona fede di consigliare bevande alcoliche con uno scopo protettivo.

8) L'alcol incrementa la forza muscolare? No.

Era opinione diffusa che durante il lavoro l'alcol potesse dare un miglioramento della prestazione.

In effetti si può avere una fittizia riduzione della sensazione di fatica.

In realtà le capacità cerebrali e motorie sono da subito ridotte. L'etanolo, inoltre, ha una azione tossica e dannosa diretta sulle fibre muscolari.

9) L'alcol stimola il sistema nervoso centrale? No.

L'alcol provoca una progressiva riduzione di tutte le capacità, funzioni del sistema nervoso centrale.

Inizialmente, però, l'atteggiamento è contraddittorio. All'inizio si diventa più loquaci, più sicuri di sé, più simpatici, maggiormente disinibiti. In realtà è già iniziato l'effetto depressivo che determina un blocco dei nostri freni inibitori.

Il comportamento cambia con atteggiamenti o reazioni che non appartengono alla persona.

10) L'alcol disseta? No.

Le bevande alcoliche producono un effetto diuretico. In tal modo l'organismo perde una quantità di acqua ancora maggiore.

Il soggetto avrà un effetto piacevole immediato (per esempio quando beve una birra), ma subito dopo la sensazione di sete ricompare più forte di prima.

11) L'alcol migliora la funzione sessuale? No.

L'alcol non è un afrodisiaco. Inizialmente abbiamo una riduzione della inibizione così da rendere la persona più euforica e più convinta di una migliore prestazione sessuale. In realtà sempre per l'effetto depressivo sul sistema nervoso centrale abbiamo un calo dell'ormone luteotropo (LH) che comporta una riduzione degli ormoni sia maschili che femminili. Già dopo una singola dose di bevanda alcolica abbiamo una riduzione del testosterone e una peggiore erezione del pene. Ricordiamo come sempre Shakespeare che in Macbeth (atto II, scena III) affermava: "Macduff: E quali sarebbero in particolare le tre cose che il bere provoca? Portiere: Perdiana, signore! Naso rosso, sonno e urina. La libidine, signore, la provoca e la sprovoca; sveglia il desiderio, ma fiacca l'esecuzione..."

12) L'alcol agisce contro la febbre e contro il raffreddore? No.

Nell'antichità l'alcol e in particolare il vino sono stati utilizzati per questi scopi. Spesso anche al giorno d'oggi è opinione comune utilizzare bevande alcoliche convinti di poter guarire dal raffreddore o dall'influenza (per esempio latte con grappa).

Nel 1036 Hamburger consigliava, ovviamente con un tono umoristico, il seguente provvedimento: "Appendere il cappello ad una colonna del letto, bere buon whisky finché non si vedono due cappelli, e a questo punto infilarsi nel letto e restarci".

La sindrome influenzale e il raffreddore sono provocati da virus. Non esistono provvedimenti efficaci, tantomeno l'alcol. Anzi l'alcol riduce l'attività immunitaria.

13) L'alcol aumenta la produzione di latte materno? No.

In certe regioni Italiane è ancora luogo comune affermare che le bevande alcoliche possano aumentare la montata latte. In realtà vi è una riduzione dell'ormone "ossitocina" che serve proprio a fare produrre latte dalle mammelle. Inoltre, l'alcol si ritrova nel latte materno in concentrazioni uguali a quelle ematiche. Il bambino, pertanto, viene intossicato.

14) L'alcol promuove la digestione? No.

Nella fase iniziale stimola la salivazione e la secrezione gastrica. Esiste contemporaneamente un'azione lesiva diretta sulla parete esofagea, gastrica e intestinale. Si riduce la produzione di pepsinogeno e, quindi, di pepsina utile per i primi meccanismi di digestione nello stomaco. Inoltre, l'effetto depressivo che si viene a creare sulle fibre nervose comporta un rallentamento dello svuotamento dello stomaco con conseguente rallentamento della digestione.

La sensazione di beneficio è legata alla presenza di anidride carbonica in alcune delle bevande alcoliche gassate. L'alcol favorisce anche gastropatia e conseguentemente possibile gastrite e ulcera gastro-duodenale.

15) Perché l'alcol non è un alimento ?

Ogni principio nutritivo, per essere definito alimento, deve svolgere almeno una di queste funzioni:

- una funzione plastica attraverso l'apporto di proteine per costruire o riparare tessuti e cellule del corpo;
- una funzione regolatrice delle funzioni biologiche come il ruolo che rivestono le vitamine, l'acqua e i sali;
- una funzione energetica attraverso gli zuccheri, i grassi e le proteine.

Le bevande alcoliche contengono alcol etilico e acqua, le distillate quasi solo alcol etilico. L'alcol etilico non svolge nessuna delle funzioni descritte.

L'alcol è un pessimo carburante per il nostro corpo, perché brucia velocemente trasformandosi in calore, in gran parte disperso attraverso la vasodilatazione periferica.

Energy Drink

Bevande costituite da maggiori concentrazioni di caffeina. Già utilizzate all'età di 11-12 anni in quanto apparentemente riducono la fatica e dovrebbero aumentare le capacità psico-fisiche.

In realtà sono altamente sconsigliabili in quanto molto dannose.

Una quantità equivalente o superiore a 250 mg di caffeina (corrispondente di 2-3 tazzine di caffè espresso) può creare irrequietezza, nervosismo, insonnia, importanti problemi cardiovascolari (tachicardia, aritmie), problemi neurologici.

Quantità superiori a 250 mg possono portare anche ad arresto cardiaco.

Queste bevande spesso vengono consumate in concomitanza di alcolici. Favoriscono un maggior consumo di alcol e l'associazione è causa di incidenti stradali. Infatti, l'emivita della caffeina e dell'etanolo sono differenti. Quando l'attività tonica della caffeina scompare, domina quella depressiva dell'etanolo con riduzione della capacità psico-fisiche.

Alcol, sostanze e guida

Al di sotto dei 21 anni e comunque nei neopatentati il livello di etanolo nel sangue deve essere 0. Naturalmente non devono essere presenti tracce di nessuna droga. Le sanzioni sono molto severe. Si possono osservare importanti alterazioni anche con livelli di alcolemia molto bassi (0.1-0.2 g/l). Nei ragazzi a causa della possibile immaturità epatica, anche per consumi molto ridotti è possibile riscontrare positività all'etilometro o con metodi di dosaggio più raffinati come l'alcolemia (Figura II).

Figura II – Alcolemia e capacità alla guida. Al di sotto dello 0.5 g/l emergono comunque importanti alterazioni comportamentali incompatibili con la guida

ALCOLEMIA E CAPACITÀ DI GUIDA	
TASSO ALCOLEMICO	CONSEGUENZE SUL COMPORTAMENTO AL VOLANTE
0,1 - 0,2 g/l	il 20% dei soggetti non sono sicuri e manifestano iniziale allungamento dei tempi di reazione a stimolo visivo. Si sopravvalutano le proprie capacità. Incapacità di suddividere l'attenzione tra due o più fonti di informazioni e nell'interazione con la stanchezza.
0,3 g/l	Inizia il deficit del senso di profondità. Le manovre ed i movimenti vengono eseguiti più bruscamente.
0,4 g/l	Compare ottundimento del riflesso corneale; peggiora pericolosamente il rendimento di guida a velocità non modesta. Si riduce la capacità di concentrazione. Percezione sensoriale ridotta. Elaborazione mentale più difficoltosa.
0,5 g/l	Il 25-30% dei soggetti è incapace di guidare correttamente. Sono compromessi il campo visivo laterale, i tempi di reazione, la resistenza all'abbagliamento, il coordinamento psicomotorio.
0,65 g/l	Cominciano disturbi dell'equilibrio. Riduzione del tempo di reazione e della coordinazione dei movimenti.
0,8 g/l	Viene compromessa anche la capacità di valutazione delle distanze, l'attenzione cala in modo notevole, diminuisce la sensibilità alla luce rossa.
0,9 g/l	Diminuisce la capacità di adattamento all'oscurità. Tempi di reazione molto lunghi: per fermare un veicolo a 100 km/h occorrono 99 metri invece di 85.
1 g/l	Ulteriore peggioramento del rendimento di guida e dei tempi di reazione. Lo stato è identificabile facilmente anche da un profano.
1 - 1,2 g/l	I sintomi precedenti si aggravano e compare l'euforia, la visione laterale è fortemente compromessa, come pure la percezione delle distanze e della velocità di movimento degli oggetti.
1,7 g/l	Ubbriachezza evidente, incapacità di valutare le distanze, gravi disturbi dell'equilibrio, eccitazione e comportamento rumoroso.

STORIE DI FUMO

COSA SAPERE DI PIÙ SUL FUMO

Cristina Barbara, Tiziana Zappulla

INTRODUZIONE

Il fumo è la più importante causa modificabile di malattia e morte prematura nel mondo [1] ed è responsabile di circa 6 milioni di decessi l'anno [2]. Più della metà dei tabagisti muore a causa di patologie fumo-correlate [3]. Nonostante la chiara relazione tra queste patologie e il fumo, solo il 4% dei tabagisti smette di fumare, e il 70% dei tabagisti vorrebbe smettere senza però riuscirci.

In Italia i fumatori sono circa 12 milioni e rappresentano circa il 23.3% della popolazione. Fumano il 20% delle donne e il 27% degli uomini. L'età dell'approccio al fumo appare significativamente bassa: oltre il 47% dei minorenni è venuto a contatto con prodotti del tabacco e costituisce un vero e proprio serbatoio di riserva per la popolazione dei tabagisti. Tra i giovani di età compresa tra i 14 e 17 anni l'11% sono fumatori abituali, i fumatori occasionali sono il 13.9% mentre i ragazzi che hanno comunque provato a fumare sono il 20.2%. Sempre nella fascia di età tra i 14 ed i 17 anni il 2% dei ragazzi sono ex tabagisti. Quando si inizia a fumare? Il 51.8% ha iniziato a fumare a 14 anni durante la frequentazione delle scuole superiori, il 43.7% ha iniziato a 11-13 anni durante le scuole medie inferiori mentre il 4.5% ha iniziato a 9-10 anni durante le scuole elementari. Rispetto alla tipologia del prodotto consumato osserviamo che il 65% utilizza sigarette confezionate, il 27% sigarette fatte a mano e il 4% e-cig.

Il fumo di tabacco è la maggiore causa evitabile di cancro nel mondo [4].

Gli studi indicano che i tabagisti, incrementano di due o tre volte il rischio di sviluppare neoplasia e che circa il 90% dei tumori del polmone è attribuibile al fumo [5,6]. Oltre a quello polmonare, il fumo di tabacco è responsabile di numerosi altri tipi di tumore quali quelli dell'orofaringe, laringe, esofago, trachea, bronchi, stomaco, fegato, pancreas, rene, uretere, vescica, colon-retto e leucemia mieloide acuta [5]. I pazienti che continuano a fumare nonostante progressiva malattia neoplastica, hanno un rischio aumentato di sviluppare un secondo tumore primitivo, di recidive e di mortalità per tutte le cause [7].

Il fumo di tabacco è il principale fattore di rischio modificabile per malattia cardiovascolare e prima causa di morte nel mondo [8]. Il consumo di tabacco, come è noto, è un fattore di rischio per incidenza e mortalità cardiovascolare [9-10]. Il fumo aumenta da due a tre volte il rischio di morte associato a queste patologie [11]. Dal 10 al 30% dei decessi per malattia cardiovascolare in tutto il mondo, sono direttamente attribuibili al fumo [12-13]. Il costo pagato

al tabagismo è più alto nei maschi di età compresa tra i 30 e i 44 anni, fascia d'età nella quale le morti per patologia cardiovascolare attribuibili al consumo di tabacco rappresentano il 48% [12]. Nei fumatori, il rischio di malattia cardiovascolare sale proporzionalmente al numero di sigarette fumate al giorno, ed è significativamente più elevato anche nel caso di coloro che fumano da 1 a 5 sigarette al giorno [13]. Il fumo di sigaretta è stato specificamente identificato come fattore di rischio per malattia coronarica (tra cui l'infarto del miocardio e la morte improvvisa), malattia cerebrovascolare, arteriopatia periferica e aneurisma dell'aorta addominale [14-15].

Anche il rischio di insufficienza cardiaca nei fumatori è doppio rispetto a quello dei non fumatori e i fumatori con insufficienza cardiaca hanno una prognosi peggiore dei non fumatori con insufficienza cardiaca [16]. L'azione aterogena del fumo di sigaretta si realizza attraverso meccanismi multipli. Fumare infatti promuove l'induzione di malattia cardiovascolare provocando un danno endoteliale diretto, favorendo la formazione dell'ateroma e interferendo sfavorevolmente su aggregazione piastrinica e coagulazione. Gli effetti del fumo di sigaretta sulla patologia cardiovascolare sono mediati da tre principali costituenti: nicotina, monossido di carbonio (CO) e gas ossidanti [17]. La nicotina si lega ai recettori colinergici nicotinici nel cervello e agisce come agente simpaticomimetico [18], stimola il rilascio di catecolamine producendo un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e della contrattilità miocardica e aumenta il lavoro del miocardio e la richiesta di ossigeno [19].

Il fumo è la causa principale di bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) [20]. E' associato, oltre che a quadri respiratori specifici come BPCO, al tumore polmonare, patologia interstiziale ed infettiva, a generale presenza di sintomi respiratori cronici, a rapido peggioramento della funzione respiratoria, sia nei bambini sia negli adulti. La BPCO è definita come limitazione persistente del flusso aereo ed è principalmente determinata da fenomeni irritativi ed infiammatori cronici. Il rischio di sviluppare BPCO risulta da un'interazione tra fattori genetici ed esposizione a molti e differenti fattori ambientali [21].

Il fumo di tabacco è il fattore di rischio principale di BPCO e la cessazione completa è l'unico intervento che abbia dimostrato di essere in grado di rallentare la progressione della malattia [22].

Il fumo accorcia la vita: si stima che i fumatori muoiano 10 anni prima dei non fumatori, tuttavia se smettono di fumare prima dei 40 anni, il rischio di morte si riduce del 90%, ed in ogni caso qualunque sia l'età a cui si smette si ottiene una riduzione della mortalità statisticamente significativa [10-11].

Smettere di fumare dopo aver avuto il primo evento cardiovascolare è quindi di fondamentale importanza perché, ad esempio dopo una sindrome coronarica acuta, la completa cessazione del fumo è associata ad una riduzione del 30-40% del rischio relativo di morte [23-24]. Purtroppo meno di un terzo dei fumatori dopo un infarto smette completamente di fumare. La morbilità e la mortalità nei soggetti che non smettono sono notevolmente aumen-

tate [24-25]. In particolare ricominciare a fumare entro 10 giorni dalla dimissione è correlato con un aumento di cinque volte del rischio di morte rispetto a chi smette definitivamente [26].

Lo sapevate che?

Esistono più di 60 specie di piante per la produzione del tabacco della specie *Nicotiana*. Quelle più commercializzate sono la *Nicotiana tabacum* proveniente dal Sud America e la *Nicotiana rustica* proveniente dal Nord America e trasportata in tutto il mondo.

Il primo contatto dell'Europa con il tabacco, avviene nel 1492 quando Colombo incontra i nativi americani che fumano foglie di un'erba utilizzata per trattare varie malattie. Venivano fumate in specie di pipe chiamate "tabaco" e la pianta veniva chiamata "petum, betum, cogioba, yietl" nomi che successivamente entreranno nella farmacopea.

Ciò che colpisce è che tale sostanza fumata alleviava i dolori, la stanchezza e curava la cefalea persistente.

Per tale motivo nel 1560, l'ambasciatore francese a Lisbona, Jean Nicot, invia a Caterina De Medici, regina di Francia, la 'miracolosa' "herba reginae" per alleviare il sintomo cefalalgico. Grazie all'effetto curativo, la regina enfatizza l'utilità del tabacco e decide di chiamare l'erba con il nome dell'ambasciatore: *Nicotiana*.

Il successo acquisito nelle varie corti europee, la commercializzazione attraverso le varie nazioni, l'utilizzo da parte degli eserciti, ha permesso la diffusione a tappeto come sostanza panacea di tutti i mali.

La prima produzione industriale avviene nel 1880, quando Bonsak produce 60 sigarette al minuto. Nascono e si sviluppano presto varie Compagnie produttrici di tabacco, stimolate dalla grande richiesta derivante non solo dall'effetto benefico sulla salute, ma anche dal fatto che i soggetti che avevano iniziato ad assumere tabacco, sviluppavano dipendenza.

Agli inizi del '900, escono anche i primi studi che dimostrano effetti completamente contrari a quelli precedentemente dimostrati, e cioè che l'assunzione di tabacco indebolisce l'organismo esponendolo alle varie malattie.

Solo nella seconda metà del novecento escono studi che correlano il fumo di sigaretta a patologie respiratorie e cardiovascolari e solo allora si accende l'interesse verso la sostanza responsabile della dipendenza. La nicotina.

Fumare è un piacere?

Il 70% dei fumatori sostiene di voler smettere di fumare, e ogni anno il 40% fa un tentativo di cessazione con almeno un giorno di astensione [27]. Alcuni fumatori, caratterizzati da un severo grado di dipendenza, fanno seri tentativi di cessazione ma non riescono a smettere che per poche ore [28]. Inoltre, l'80% dei fumatori che tentano un percorso di disassuefazione autogestito, riprendono a fumare entro un mese, e ogni anno, solo il 4% dei fuma-

tori che tenta autonomamente, riesce a smettere completamente [29]. La nicotina è un alcaloide che agisce come agonista a livello dei recettori colinergici centrali e periferici. Quando si fuma una sigaretta, la nicotina inalata col fumo è veicolata nei polmoni attraverso le piccole particelle che si formano durante la combustione del tabacco. Una volta arrivata nelle vie respiratorie e negli alveoli, la nicotina passa rapidamente nel sangue arterioso che la distribuisce in tutto il corpo. La velocità con cui la nicotina, dopo una singola inalazione di fumo, raggiunge i recettori a livello del sistema nervoso centrale è molto elevata, nell'ordine dei 10-20 secondi e ciò determina concentrazioni molto elevate nei tessuti cerebrali [30]. Gli effetti farmacologici della nicotina si manifestano attraverso una complessa relazione dose-risposta sui sistemi nervoso, cardiovascolare, metabolico, endocrino e neuromuscolare. Gli effetti psicotropi della sostanza consistono nell'aumento della vigilanza, nel miglioramento delle capacità di concentrazione, dei tempi di reazione e della capacità di risolvere problemi, nella riduzione dei sintomi depressivi e dell'irritabilità [31]. Con l'esposizione ripetuta alla nicotina inalata col fumo si sviluppa un neuro-adattamento. La nicotina, dopo essersi legata ai recettori e averli attivati, li desensibilizza (tolleranza acuta) e, nel tempo, questo meccanismo determina un aumento del numero dei recettori nicotinici cerebrali (tolleranza cronica) [32]. Il tabacco produce dipendenza agendo, come la quasi totalità delle sostanze stupefacenti, a livello del sistema limbico, una parte del sistema nervoso centrale che comprende l'Area Tegmentale Ventrale e il Nucleo Accumbens, che sono le principali strutture responsabili di questo meccanismo [32-33]. L'uso prolungato della nicotina contenuta nel fumo di tabacco produce rapidamente importanti modificazioni nel sistema nervoso centrale e periferico che poi nel tempo diventano irreversibili. Queste riguardano l'attività metabolica, l'attività recettoriale, l'espressione genica e la risposta agli stimoli ambientali. Tutto concorre a determinare un cambiamento permanente dei meccanismi neurobiologici dei circuiti dopaminergici mesolimbici ma anche a livello di altri sistemi neurotrasmettitoriali come quelli glutamminaergici e gabaergici [32-33].

Si tratta dunque di una malattia del sistema nervoso centrale caratterizzata da uno spettro sindromico definito in base alla presenza di una serie di criteri, tra cui l'assunzione persistente della sostanza, lo sviluppo di tolleranza (cioè un aumento della dose necessaria per raggiungere l'effetto desiderato) e una sindrome di astinenza conseguente alla mancata assunzione [34]. L'aspetto che caratterizza l'essenza della dipendenza è quello del "craving", ossia il desiderio compulsivo che arriva fino alla perdita di controllo nella ricerca e nell'uso della sostanza che l'ha prodotta, nonostante la consapevolezza delle conseguenze sociali e sulla salute legate all'utilizzo della sostanza. Il tabagismo è dunque una dipendenza patologica cronica e recidivante causata dalla nicotina contenuta nel tabacco e che spesso richiede ripetuti interventi e tentativi di cessazione per avere successo. La ricaduta, infatti, è frequente e riflette la natura cronica di questa condizione, non rappresenta il fallimento del fumatore, del trattamento seguito o del sanitario che lo svolge, e pertanto non deve scoraggiare dal ripetere nuovi tentativi. Il fumatore abituale prova voglia imperiosa di fumare e successivamente sintomi d'astinenza (quali irrequietezza,

irritabilità, difficoltà di concentrazione, ansia, etc.) quando i recettori nicotinici desensibilizzati divengono nuovamente reattivi a causa della progressiva riduzione dei livelli di nicotina nel cervello, che avviene con l'astensione prolungata dal fumo. Infatti, l'emivita della nicotina (che è metabolizzata dal fegato per l'80-90% prima che venga escreta per via renale) è breve, circa 2 ore, e pertanto il fumatore necessita di fumare frequentemente per mantenere adeguati livelli ematici [30-33]. Inoltre, l'associazione ripetuta nel tempo tra, da un lato, situazioni ambientali, stati d'animo, etc. e, dall'altro, gli effetti attesi dal fumare una sigaretta (gratificazione, piacere, sollievo dai sintomi di astinenza), determina lo sviluppo di un condizionamento. Pertanto, il fumatore fuma, oltre che per mantenere livelli ematici di nicotina che prevengono l'insorgenza di sintomi di astinenza, anche per ricercare gli effetti psicoattivi del fumo in occasione di comportamenti acquisiti [32].

QUALE TRATTAMENTO PER LA CESSAZIONE COMPLETA?

Per i soggetti che sono maggiormente esposti a rischio di patologie fumo correlate, sia perché hanno un profilo di rischio alto sia perché hanno già avuto un evento o un ricovero per patologia fumo correlata, diventa imperativo smettere completamente di fumare .

In letteratura emerge evidente la stretta relazione dose-risposta tra intensità del contatto, durata del trattamento (lunghezza sessioni, durata complessiva) ed i tassi di cessazione [35]. La letteratura dimostra che la combinazione di counselling e terapia farmacologica, nei programmi di disassuefazione da fumo, è più efficace sia rispetto ai farmaci da soli sia al solo counselling. Pertanto, ogni volta che sia possibile, è opportuno offrire ai pazienti entrambi gli strumenti. Occorre anche tenere conto dell'interessante relazione tra il numero delle sedute di counselling, quando combinato con i farmaci, e l'aumento delle probabilità di successo. I sanitari quindi dovrebbero fornire ai tabagisti che intraprendono un percorso di disassuefazione, più sessioni di counselling possibile associate al trattamento farmacologico [35]. Il trattamento del tabagismo mira a gestire sia la dipendenza fisica da nicotina sia gli aspetti comportamentali legati all'abitudine al fumo, mediante un approccio, preferibilmente integrato, sia di tipo farmacologico sia cognitivo-comportamentale[35]

BIBLIOGRAFIA

1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. Comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2010;380: 2224–60.
2. World Health Organisation. World Health Organization. Tobacco facts. 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>. Accessed 07 Mar 2015.
3. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic 2008. http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Accessed March 31, 2010.
4. World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva: World Health Organization; 2013.
5. U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: a report of the Surgeon General. – Atlanta, GA. : U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.
6. Parkin DM-Tobacco attributable cancer burden in the UK in 2010. *Brit J Cancer*. 2011;105:56-13.
7. Schnoll RA1, Rothman RL, Newman H, Lerman C, Miller SM, Movsas B, Sherman E, Ridge JA, Unger M, Langer C, Goldberg M, Scott W, Cheng J.
8. Rigotti NA, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor. *Eur Heart J*. 2013;34:3259–3267. doi: 10.1093/eurheartj/eh352
9. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, McAfee T, Peto R. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013;368:341–350
10. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, Hartge P, Gapstur SM. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med* 2013;368:351
11. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, McAfee T, Peto R. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med* 2013;368:341–350
12. WHO Global Report: Mortality Attributable to Tobacco. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf (5 September 2013). World Health Organisation, 2012
13. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, Diaz R, Rashed W, Freeman R, Jiang L, Zhang X, Yusuf S, Investigators IS. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006;368:647–658

14. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
15. Lindblad B, Borner G, Gottsater A. Factors associated with development of large abdominal aortic aneurysm in middle-aged men. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2005;30: 346 –352
16. Shah AM, Pfeiffer MA, Hartley LH, Moye LA, Gersh BJ, Rutherford JD, Lamas GA, Rouleau JL, Braunwald E, Solomon SD. Risk of all-cause mortality, recurrent myocardial infarction, and heart failure hospitalization associated with smoking status following myocardial infarction with left ventricular dysfunction. *Am J Cardiol* 2010; 106:911–916
17. Puranik R, Celermajer DS. Smoking and endothelial function. *Prog Cardiovasc Dis* 2003;45:443 –458
18. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med* 2010;362:2295 – 2303
19. Aronow WS, Dendinger J, Rokaw SN. Heart rate and carbon monoxide level after smoking high-, low-, and non-nicotine cigarettes. A study in male patients with angina pectoris. *Ann Intern Med* 1971;74:697 –7034
20. M. Underner a, *, J. Perriot b, G. Peiffer Smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease Doi : 10.1016/j.rmr.2014.07.001
21. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *The Lancet* 2007;370 (9589):765–73
22. Respiratory Conditions Update: Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Karel DJ1Burke A, Fitzgerald GA. Oxidative stress and smoking-induced vascular injury. *Prog Cardiovasc Dis* 2003;46:79.
23. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction. meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* 2000; 160: 939-44 2.
24. Critchley JA, Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease: a systematic review. *JAMA*. 2003; 290: 86-97
25. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control
26. Effect of smoking relapse on outcome after acute coronary syndromes. Colivicchi F1, Mocini D, Tubaro M, Aiello A, Clavario P, Santini M. 2011 Sep 15;108(6):804-8. doi: 10.1016/j.amjcard.2011.04.033. Epub 2011 Jul 7.

27. J Japuntich,1,3,4 Susan Regan,1,2,4 Joseph Viana,1 Justyna Tymoszczuk,1 Michele Reyen,1 Douglas E Levy,1,3,4 Daniel E Singer,1,4 Elyse R Park,1,3,4 Yuchiao Chang,2,4 and Nancy A Rigotticorresponding author1,2,3,4,5 Comparative effectiveness of post-discharge interventions for hospitalized smokers: study protocol for a randomized controlled trial *Sandra Trials*. 2012; 13: 124 .Published online 2012 Aug 1. doi: 10.1186/1745-6215-13-124
28. Shiffman S, Scharf DM, Shadel WG, Gwaltney CJ, Dang Q, Paton SM, Clark DB *J Consult Clin Psychol*. 2006 Apr; 74(2):276-85 Analyzing milestones in smoking cessation: illustration in a nicotine patch trial in adult smokers.
29. Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation - United States, 2008. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC) MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009 Nov 13; 58(44):1227
30. Hukkanen J, Jacob P, III, Benowitz NL. Metabolism and Disposition Kinetics of Nicotine. *Pharmacol Rev* 2005;57(1):79-115.
31. Cosci F, Pistelli F, Lazzarini N, Carrozzi L. Nicotine dependence and psychological distress: outcomes and clinical implications in smoking cessation. *Psychol Res Behav Manag* 2011;4:119-128
32. Benowitz NL. Nicotine Addiction. *N Engl J Med* 2010;362(24):2295-2303.
33. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2009; 49:57-71.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association; 2000
35. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.

SALUTE E BENESSERE PSICO FISICO: I DANNI CORRELATI ALL'ABITUDINE AL FUMO

Antonella Alloisio

Dal Ministero della Salute:

“ L’assunzione costante e prolungata di tabacco è in grado di incidere sulla durata della vita media, oltre che sulla qualità della stessa: 20 sigarette al giorno riducono di circa 4,6 anni la vita media di un giovane che inizia a fumare a 25 anni. Ovvero per ogni settimana di fumo si perde un giorno di vita. Si stima che di 1000 maschi adulti che fumano uno morirà di morte violenta, sei moriranno per incidente stradale, 250 saranno uccisi dal tabacco per patologie ad esso correlate.”

Si tratta di dati impressionanti, ma purtroppo reali. Sono state individuate almeno 27 patologie gravi ed invalidanti fumo correlate e la gravità dei danni fisici dovuta all’esposizione (anche passiva) al fumo di tabacco è direttamente proporzionale all’entità complessiva del suo abuso .

Sono dunque più a rischio di sviluppare malattie gravi i forti fumatori ed i soggetti che iniziano a fumare in giovane età.

Cos’è il fumo di sigaretta e perché fa male?

Quando parliamo di fumo facciamo riferimento al processo di combustione che interessa il tabacco e la carta che lo contiene.

In una sigaretta sono presenti almeno 4.000 sostanze chimiche, anche se notoriamente si parla solo di nicotina, catrame e monossido di carbonio. Tra queste, ben 400 sono state riconosciute come pericolose per la salute e 40 come esplicitamente cancerogene.

Gli idrocarburi e il monossido di carbonio , sprigionati dalla combustione , attraverso la produzione di radicali liberi , alterano direttamente il DNA , favorendo la proliferazione di cellule tumorali e riducendo l’ossigenazione dei tessuti.

Altre sostanze, come la formaldeide o l’ammoniaca, sono causa di irritazione grave delle vie respiratorie; l’arsenico danneggia sangue e cuore; il cadmio ed il cromo sono anch’essi direttamente cancerogeni.

E poi c’è la nicotina... l’alcaloide psicoattivo del tabacco che procura dipendenza: ad ogni “tiro” in 7 secondi , la nicotina raggiunge il cervello e , attivando aree specifiche, produce esperienze di gratificazione , che sono alla base dell’abuso.

Da qui nascono la difficoltà di smettere e le crisi da astinenza, paragonabili a quelle correlata alle droghe “classiche” e all’alcool.

Tutti conoscono le correlazioni tra fumo e cancro al polmone:

- il 90 % dei pazienti affetti da cancro polmonare sono o sono stati fumatori
- il 50% dei pazienti con cancro polmonare muore entro i primi 5 anni dalla diagnosi , nonostante la diagnosi precoce e le terapie a disposizione (chirurgia, chemio-radioterapia, nuovi farmaci antiangiogenetici e immunomodulatori)
- in Italia ogni anno muoiono 35.000 persone per cancro al polmone

Il fumo è inoltre causa di tumori in quasi tutti i distretti del corpo:

- cute e annessi
- cavità buccale, laringe e trachea
- esofago, stomaco e pancreas
- intestino
- utero e ovaie
- prostata, rene e vescica

Il fumo è causa anche di malattie respiratorie ad andamento ricorrente, progressivo ed invalidante , come bronchiti, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva, enfisema polmonare: tutte patologie che possono inficiare le normali attività quotidiane, anche solo camminare o respirare in maniera autonoma, senza l'ausilio dell'ossigeno.

Esiste inoltre un'inafausta correlazione tra fumo e malattie cardiovascolari.

Il fumo favorisce l'ostruzione ateromasica delle grosse arterie , con conseguenti ipertensione , infarto, ictus cerebrali o ischemia degli arti; queste patologie che possono portare ad exitus o danni permanenti gravi ed invalidanti.

Inoltre spesso non si parla delle associazioni, altrettanto gravi , tra fumo e sterilità , impotenza maschile, aborto , disturbi dentari e acustici, cellulite o invecchiamento precoce.

Esistono quindi innumerevoli ragioni per smettere di fumare o meglio per non iniziare per nulla.

Il nostro target educativo sono, a maggior ragione, i giovani, troppo spesso "bombardati" da messaggi "social" controproducenti per la loro salute o da cattivi esempi familiari (i figli di fumatori diventano spesso fumatori!).

FUMARE NON E' FIGO ... né sexi, né da duri....e smettere non è facile... ma possibile!!!

Esistono in ogni realtà locale centri antifumo di sostegno.

Perché non fumare significa vivere sani, belli, più a lungo ed in forma....

NUOVE DROGHE E NUOVI CONTESTI

Alessandro Viotti e Maria Elena Morsucci

Introduzione

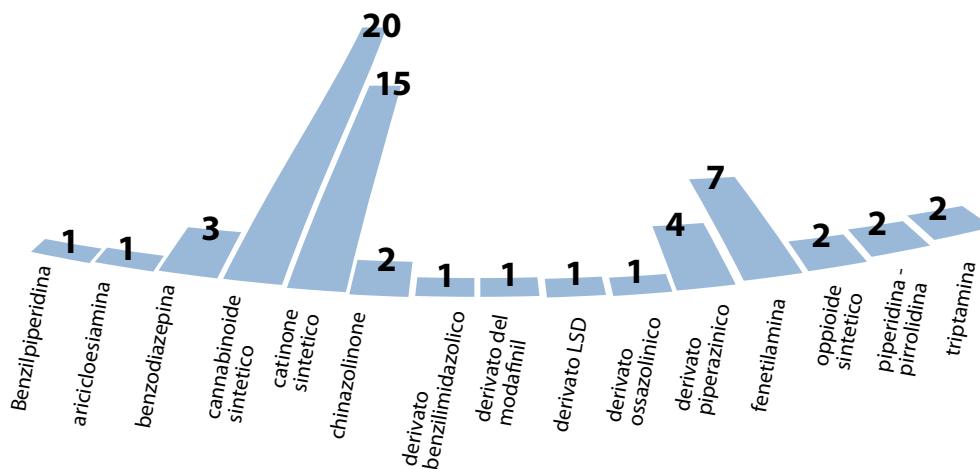
Le nuove droghe e i nuovi contesti di consumo costituiscono un panorama estremamente polimorfo e vasto, sfuggente e difficilmente controllabile, soggetto a repentini cambiamenti dovuti alle mode, ma soprattutto al mercato clandestino di determinate sostanze che le cambia e le evolve a seconda delle richieste dell'utenza e per sfuggire all'individuazione delle autorità antidroga. Anche le dipendenze cambiano, evolvono e si fondono con comportamenti quotidiani leciti, il che comporta una scarsa percezione di pericolosità.

I dati e le informazioni riportate si basano su diverse fonti statistiche: sequestri di droga, impianti di produzione di stupefacenti smantellati, sequestri di precursori chimici, reati legati all'offerta di droga, prezzi della droga al dettaglio e infine analisi medico-legali dei sequestri di stupefacenti. Nel documento online *European Drug Report: data and statistics (Relazione europea sulla droga: dati e statistiche)* è possibile trovare dati approfonditi e ampie note metodologiche.

I dati sulle nuove sostanze psicoattive si basano anche sulle notifiche inviate al sistema di Allerta Rapido dell'UE, il quale a sua volta fa riferimento ai dati forniti dalle reti nazionali dell'EMCDDA e dell'Europol. Un'ampia e dettagliata descrizione si può reperire sul sito dell'EMCDDA, alla pagina *Action on new drugs*.

Le nuove sostanze a disposizione.

Nelle comunicazioni inviate ai Centri del Sistema e provenienti dall'Osservatorio di Lisbona (EMCDDA) che raccoglie tutte le nuove sostanze psicoattive segnalate dai diversi paesi europei (per un totale di 63 – Grafico A), si evidenziano i cannabinoidi sintetici al 31.7%, seguiti dai catinoni sintetici al 23.8%. Poi, in proporzione minore, le fenetilamine al 11.1%, i derivati piperazinici al 6.3%, le benzodiazepine al 4.7% e a seguire tutte le altre. (grafico A)



Addiction e Dependance

La lingua inglese opera una distinzione tra due termini Addiction e Dependance che in italiano vengono tradotti, spesso impropriamente, con la stessa parola, dipendenza, pur avendo significati diversi.

Con Dependance si vuole indicare la dipendenza fisica e chimica, con Addiction si intende definire una condizione nella quale la dipendenza psicologica spinge alla ricerca dell'oggetto e senza il quale l'esistenza può apparire priva di significato.

Le "new addictions", comprendono quindi tutte quelle forme di dipendenza in cui non è implicato l'intervento di alcuna sostanza chimica; esse si manifestano in aree diverse: Cyber Pornografia - Cyber sex - Email - Gioco d'azzardo - Internet - Lavoro - Pornografia - Relazioni affettive - Sesso - Shopping - Sport - Telefonino - Televisione - Trading on-line - Videogames.

L'oggetto della dipendenza può essere quindi anche un comportamento o un'attività lecita e socialmente accettata. Per la maggioranza delle persone queste attività rappresentano parte integrante del normale svolgimento della vita quotidiana, ma per alcuni individui possono assumere caratteristiche patologiche fino a provocare gravissime conseguenze.

Si pensi, per esempio, ad Internet che non è solamente un utile strumento di comunicazione, ma che può essere definito in un'infinità di modi a seconda del particolare significato che riveste per ciascun individuo: può

semplicemente essere uno strumento di lavoro, di svago, di socializzazione, ma può anche assumere il valore di un mondo parallelo o alternativo a quello reale (social, giochi di ruolo), nel quale il soggetto può sperimentare diverse e nuove forme di comunicazione o relazione che spesso nascondono le difficoltà personali (soprattutto in età adolescenziale), amplificandole poi con il ritorno al mondo reale.

Si sta assistendo ora ad un nuovo fenomeno: eventi, giochi, offerte, svaghi, sogni, tutti mediati, favoriti, incentivati e proposti da internet e con commistione di legalità e illegalità. Un nuovo mondo, insomma, dove realtà, irrealtà, trasgressione, avventura e falsi miti si confondono e configurano la fusione dei significati di addiction e dependance ormai separate solo dalla loro definizione.

All'addiction della rete si associano dipendenze da sostanze legali (alcol) e illegali acquistate facilmente in internet, che vengono usate per "aiutarsi" nelle attività del web. Si è così sviluppato un policonsumatore che alterna e usa le risorse di Internet associandole a con fumo, alcol e altre sostanze proprio qui reperite e che trova in questo abuso un modo per attenuare l'ansia o amplificare sensazioni legate al piacere.

Nei giovanissimi possiamo assistere a profonde trasformazioni della personalità indotte e favorite da alcune caratteristiche fondamentali di internet, quali l'anonimato e l'assenza di vincoli spazio-temporali, che offrono la possibilità di vivere esperienze particolari simili al sogno, fino al punto di perdere il controllo di sé e della situazione. In sostanza possiamo vedere forme di depersonalizzazione (perdita del senso di sé) e perdita del senso dell'identità personale.

Si pensi a tal proposito a tutti quei giochi di ruolo in internet (World of Warcraft uno per tutti) dove il giocatore ha un proprio avatar (di solito un guerriero) che, se chi lo manovra è abile, può diventare un "eroe" conosciuto da centinaia di migliaia di altri frequentatori del mondo epico virtuale. Nei giovani diviene facile il confondere il proprio sé con l'avatar glorioso e famoso quando nella realtà si è, invece, timidi, insicuri, magari introversi e poco inclini alla socializzazione. Essere un semidio nella realtà virtuale comporta problemi nel ritornare nel mondo reale specialmente dopo aver trascorso ore di gioco e notti insonni. Le esperienze virtuali ripetute possono comportare un eccesso emozionale che, senza un adeguato spazio di raffreddamento razionale, genera, nel giovanissimo, un sovraccarico di "eccitazione" che, anche senza arrivare alle forme di perdita del senso dell'identità personale può portare a disturbi del comportamento riferibili ad una scarsa regolazione e controllo emozionale. Tale disregolazione spesso si manifesta con mancato rispetto delle regole, impulsività, oppositività, aggressività verbale, aggressività fisica auto ed eterodiretta, abbandoni scolastici.

Parlando delle sostanze sappiamo ormai che è un fenomeno dinamico, che evolve in continuazione ed è caratterizzato dall'emergere di nuove minacce che si aggiungono ai vecchi problemi. Le sostanze che incontriamo oggi sono per molti aspetti diverse da quelle che conosceamo in passato. Oggi osserviamo per gli stupefacenti noti, tra cui spicca la cannabis, nuove tecniche di coltivazione e fabbricazione che influiscono sia

sulla potenza delle resine che su quella dei prodotti in foglie, nonché nella produzione di droghe sintetiche, con un gran numero di nuove sostanze emergenti. Preoccupa, indiscutibilmente, il fatto che recentemente abbiamo assistito alla comparsa di nuovi oppiacei sintetici e allucinogeni così farmacologicamente attivi e facilmente acquistabili in Internet che possono essere utilizzati anche in piccolissime quantità per produrre dosi multiple. E' opportuno che i ragazzi sappiano che manipolare, produrre e commerciare tali sostanze può configurare reati penalmente rilevanti.

Internet svolge un ruolo di crescente rilievo nella configurazione della modalità di vendita delle sostanze. Il fatto che produttori, fornitori, dettaglianti, servizi di website-hosting e di pagamento possano essere ubicati in paesi diversi rende particolarmente difficoltoso il controllo del mercato e del flusso di denaro. L'uso crescente di reti anonime (le cosiddette darknet - deep web) per la vendita di droghe a rivenditori e consumatori è un problema in più. La tecnologia per accedere a questi siti è sempre più integrata nel software di consumo, aprendo questi mercati a più persone soprattutto i giovanissimi che, comodamente da casa e magari con la carta di credito di ignari genitori, possono acquistare molto facilmente sostanze, senza il pericolo o l'ansia di fronteggiarsi con spacciatori di strada. Inoltre, la vendita aperta h24 di "droghe legali" su Internet sembra avere aumentato le possibilità commerciali per distributori e consumatori. Nel 2013 il monitoraggio dell'EMCDDA ha individuato 651 siti web che vendono "droghe legali" agli europei. Ad oggi si pensa siano molto di più spesso celati in siti di forniture agricole o di giardinaggio (fertilizzanti).

Nell'ultimo decennio c'è stato un cambiamento rapido e inatteso nel campo delle sostanze stupefacenti: non sono solo cambiati le droghe ricreative sul mercato, ma anche le modalità di assunzione e i luoghi dove possono essere acquistate e consumate (*Gordon et al. 2006; Schifano et al. 2006; Corazza et al. 2009*). Non ci sono quindi solo nuove sostanze, ma ci sono anche nuovi scenari: contesti d'uso non solo solitari, ma anche ricreativi, nuove modalità del consumo (via inalatoria, via rettale, assorbimento trans mucoso), preoccupante abbassamento dell'età dei consumatori, trasversalità dei consumi che rende impossibile tracciarne un identikit del consumatore, trasversalità maschile e femminile per cui non esiste differenza di genere, commistione dei tempi e degli spazi del consumo (si usa il giorno e si usa la notte, si usa a scuola e si usa in discoteca, si usa dentro i locali pubblici e anche fuori). Facile è la reperibilità delle sostanze data la vasta produzione e distribuzione: non dobbiamo dimenticare che spesso le nuove sostanze chimiche mancano di precisa identificazione e tabellazione. Quest'ultimo punto prelude all'impossibilità di dichiarare ufficialmente illegale una sostanza: ricordo infatti che per la legge italiana una sostanza diventa illegale quando questa, dopo essere stata identificata, viene pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale ed inserita nelle apposite tabelle degli stupefacenti.

Sono in aumento i farmaci individuati come sostanze d'abuso

Un numero crescente di nuove sostanze d'abuso individuate sul mercato ha infatti un uso legittimo come medicinale. Sono vendute come farmaci, ma non assunte secondo le indicazioni ufficiali, oppure, in altri casi, sono vendute clandestinamente come sostanze illecite, "sostanze chimiche destinate alla ricerca" e persino come "integratori alimentari". Esempi recenti, a quanto pare tutti assunti per via parenterale da consumatori di oppiacei, comprendono: il pregabalin (Lyrica) usato nel trattamento di dolore neuropatico, epilessia e ansia generalizzata, il tropicamide, (Visumidriatic) usato nelle visite oculistiche per dilatare la pupilla e il carfentanil, (non in vendita in Italia ma acquistabile tramite web) un oppiaceo più potente del nostro Fentanyl, usato per tranquillizzare i grandi animali.



Altri prodotti medicinali recentemente segnalati al Sistema di Allerta Rapido comprendono: il fenazepam, una benzodiazepina venduta come "benzodiazepina legale" o come "sostanza chimica destinata alla ricerca" (Il fenazepam è stata sviluppata negli anni '70 per il trattamento dell'epilessia, della sindrome di astinenza alcolica, dell'insonnia e dell'ansia che attualmente è prescritta solo in Russia e in alcuni Stati dell'ex Unione Sovietica. *EMCDDA, EDND database, Phenazepam. 2013*) e il phenibut, un ansiolitico impiegato per trattare la dipendenza da alcol e tabacco in Russia, venduto online come "integratore alimentare".

Sostanze nuove non conosciute

Dal 2009 a marzo 2015, sono state registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce 456 molecole di cui: 138 cannabinoidi sintetici, 77 catinoni sintetici, 90 fenetilamine, 19 triptamine, 35 farmaci vari, 12 molecole a struttura azepanica, 17 oppioidi sintetici (di cui 7 analoghi del fentanil), 5 piperazine, 5 analoghi della ketamina, 3 analoghi della fenciclidina (PCP), 55 altre molecole di varia tipologia (sintetiche, sostanze naturali, ecc.).

La situazione odierna appare preoccupante in virtù di centinaia di siti Web dedicati alla diffusione di nuovi composti, molti dei quali danno anche indicazioni dettagliate su come sintetizzarli, coltivarli e consumarli. I grossi problemi che incontriamo sono la mancanza di conoscenza di questi composti nel campo scientifico, sostanze che possono rimanere non regolamentate per molto tempo e spesso vendute come "qualcos'altro". Targets sono ovviamente i giovani i quali possono contattare direttamente e agevolmente i venditori e ricevere news via SMS, e-mail, Facebook e altri social.

Un fenomeno molto di moda, al momento, sono le cosiddette "spice drugs". Con questo termine ci si riferisce ad un marchio di miscele di erbe commercializzate come incensi o deodoranti per ambienti, ma destinate ad essere



Producono effetti simili al tetraidrocannabinolo THC, ma sono considerati fino a 30 volte più potenti. Il successo di queste sostanze è dovuto ad effetti che sono simili alla cannabis. Hanno un odore e un sapore piacevoli (vaniglia, miele), hanno un costo relativamente contenuto di circa € 20 per 3 g, la durata degli effetti è piuttosto corta 2 - 3 ore e questo permette di mantenere uno stile di vita efficiente e attivo; un vantaggio "legale" è rappresentato dal fatto che non sono rilevabili dai classici test antidroga effettuati su sangue e urine.

Gli effetti psicoattivi di queste sostanze possono essere divisi in desiderati e indesiderati: tra gli effetti desiderati sono l'euforia, l'aumento della socievolezza, l'effetto ansiolitico e antidepressivo, il rilassamento e il miglioramento della capacità di sognare. Gli effetti indesiderati invece comprendono paranoia, attacchi di panico, mal di testa, vomito. **Il grosso problema è che da un punto di vista medico non siamo ancora in grado di conoscere e prevedere i loro effetti a lungo termine.**

Due esempi:

N JOY: un deodorante e profumatore di ambienti.

Diffuso soprattutto in Italia. Venduto negli smart shops o internet come "deodorante/profumo ambientale". Contiene i cannabinoidi sintetici JWH-018 e JWH-073.

Nei "negozi" del Web è pubblicizzato come "una miscela aromatica con estratti di prodotti vegetali, la più potente in commercio", e "non ne è consentito l'uso umano". Costi € 25 circa per 2 g.

Tra gli effetti collaterali: alterazioni dello stato di coscienza, attacchi di panico, aumento della frequenza cardiaca ed effetti neurologici quali parestesie, tremori.

MEFEDRONE



Stimolante chimico, empatogeno, paragonabile a speed, ecstasy, amfetamine, MDMA, cocaina. Pubblicizzato e venduto come sale da bagno, fertilizzante per le piante, ma “non per uso umano”.

Questo, come altre sostanze illegali di sintesi vendute in rete, può essere sniffato, consumato per via orale, mediante il cosiddetto “bombing”, cioè confezionandolo con cartine di sigaretta e come tale ingoiato, oppure introducendolo per via rettale, per via

endovenosa oppure sfregandolo sulle gengive.

Gli effetti psicoattivi desiderati sono euforia, empatia, effetti afrodisiaci, miglioramento dell’umore, decremento di ostilità e di sicurezza, maggiore consapevolezza e chiarezza mentale, allucinazioni.

Tra gli effetti indesiderati elenchiamo: perdita dell’appetito, sudorazione e vampate di calore, tensione dei muscoli mandibolari, torcicollo e bruxismo, tachicardia, ipertensione arteriosa, dispnea, disidratazione, sintomi influenzali, nausea, vomito, dolori addominali, dermatiti, alterazioni del tatto, artralgie, midriasi, vertigini.

Molte altre sostanze sono commercializzate in rete. L’elenco sarebbe lunghissimo come altrettanto lungo e noioso sarebbe l’elenco degli effetti collaterali. Devo rammentare a tal proposito che sono proprio questi effetti collaterali che portano i ragazzi che hanno assunto queste sostanze in pronto soccorso. Abbiamo già detto che non abbiamo test per rilevare quali sostanze i consumatori abbiano usato. Ci rimane solamente da rincorrere il grande numero di sintomi che essi presentano. Non disponiamo di antidoti specifici e siamo quindi costretti ad usare farmaci sintomatici che variano ovviamente da caso a caso.

Gli ultimi dati della letteratura che confrontano gli accessi ai servizi dell’urgenza da parte di consumatori di sostanze riportano la sempre maggior frequenza di situazioni di intossicazione acuta in soggetti molto giovani, al di sotto dei 25 anni. Le principali manifestazioni cliniche descritte sono state di tipo eccitatorio, agitazione e/o eccitazione, allucinazione e/o delirio, tachicardie anche molto gravi associate in alcuni casi ad arresto cardiaco, coma, ipertermia.

SOSTANZE E “BUFALE”

Ovviamente in rete troviamo di tutto. Verità e menzogne qui si mescolano: la fantasia dei giovani, il passa parola, le bufale o fakes immessi quotidianamente sulla rete generano notizie, pseudoindicazioni di farmaci o prodotti noti e fanno sì che nascano nuove finte sostanze e nuovi modi di consumo trasgressivi privi di effetti psicoattivi, ma potenzialmente molto dannosi per l'uso che determinate sostanze possono comportare al di fuori dei dichiarati usi legali.

A volte niente di nuovo, vien da dire, pensando alla favola della buccia di banana essiccata e fumata degli anni '70 e rivista recentemente per il consumo “voluttuario” della **bananadina**. La leggenda metropolitana narra che si debba mescolare 1/3 di bucce di banana con 2/3 di soda (bicarbonato). Cuocere il tutto mescolando per bene sino a condensazione per ottenere un dado o sassolino da fumarsi puro o mescolato al tabacco, attraverso joint, bong oppure semplicemente accendendolo e lasciare che l'aroma si diffonda.

Dagli Stati Uniti, ad esempio, è da non molto arrivato un grande allarme per un nuovo trend che si sta diffondendo tra i ragazzi. L'utilizzo del gel igienizzante per le mani, per potenziare l'effetto dell'alcool.



Secondo quanto hanno riportato i giornali, i ragazzi aggiungono il gel igienizzante alle bevande alcoliche oppure lo bevono puro, dopo averlo distillato. Un procedimento che si può fare in modo semplice, attraverso le istruzioni dettagliate che vengono fornite su alcuni siti web.

Va da sé che la tossicologia e l'epidemiologia ci daranno fra qualche anno notizie probabilmente sconcertanti.

CONCLUSIONI

Le nuove droghe costano pochissimo, possiamo reperirle facilmente anche senza esporsi ai pericoli della strada, si nascondono facilmente anche in prodotti all'apparenza innocui, vengono associate tra loro in mix e in aggiunta ad alcool e altre sostanze chimiche per aumentarne l'effetto, ma possono creare nuove dipendenze che ci possono costare moltissimo specialmente nelle fasce dei giovanissimi che imparano ad usarle, a prepararle e consumarle secondo i consigli della “rete” attraverso un passa parola assolutamente incontrollabile.

E' verosimile che le nuove droghe porteranno in un prossimo futuro i medici delle dipendenze ad affrontare nuovi problemi terapeutici riguardo quei giovani policonsumatori dipendenti da sostanze legali e illegali affiancate dalle “new addictions” offerte dalla rete, ragazzi che, forse, saranno definiti volgarmente **intertossici**.

FONTI BIBLIOGRAFICHE



La relazione annuale sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia è il documento ufficiale governativo redatto, ai sensi dell'art. 131 del D.P.R. n. 309/90, dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Tale Relazione, contenente i dati dell'anno 2015, è frutto di una concertazione tra i Ministeri competenti e gli Enti cui la legge assegna compiti di prevenzione e contrasto in materia di droga e rispecchia le indicazioni dell'Osservatorio Europeo per le droghe e tossicodipendenze European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

La Relazione europea sulla droga (EDR) 2014 dell'EMCDDA presenta una nuova analisi della situazione delle droghe, seguita da una panoramica degli sviluppi riguardanti gli interventi e le politiche. Basata su un esame completo di dati sia europei sia nazionali, il pacchetto EDR



contiene una varietà di prodotti interconnessi, il più importante dei quali è costituito dalla relazione Tendenze e sviluppi. Adottando un approccio multidimensionale, vi si presenta un'analisi approfondita di temi chiave unitamente a una panoramica più globale delle principali questioni e tendenze a lungo termine. Si tratta di una prospettiva valida che permette di comprendere le diverse esperienze nazionali nel contesto più ampio offerto dai dati di livello europeo.

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction o EMCDDA) rappresenta la fonte centrale e l'autorità riconosciuta nel campo delle questioni relative alle droghe in Europa.

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction o EMCDDA) rappresenta la fonte centrale e l'autorità riconosciuta nel campo delle questioni relative alle droghe in Europa.



<http://www.espad.org/>

ESPAD - the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

ESPAD is a collaborative effort of independent research teams in more than forty European countries and the largest cross-national research project on adolescent substance use in the world. The overall aim with the project is to repeatedly collect comparable data on substance use among 15-16 year old students in as many European countries as possible.

SOSTANZE STUPEFACENTI

Aniello Baselice

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono da considerare come sostanze stupefacenti tutte quelle sostanze, di origine vegetale o sintetica, "che hanno caratteristiche psicoattive o fisioattive o psico /fisioattive, cioè che modificano la psicologia o l'attività fisica e mentale degli esseri umani" anche temporaneamente, influenzando, in varia misura, l'assetto cognitivo, emotivo e comportamentale dell'individuo che le assume (sostanze psicoattive). Esse provocano uno stato di neuro-adattamento, che può dar luogo a fenomeni quali la tolleranza (bisogno di incrementare le dosi) e l'astinenza (deprivazione della sostanza a seguito della sospensione dell'uso). L'assunzione delle sostanze stupefacenti può avvenire attraverso varie modalità: inalazione; fumo; iniezione; ingestione; assorbimento sotto la lingua o attraverso un cerotto sulla pelle o da diverse mucose.

CLASSIFICAZIONE

Numerose sono le modalità di classificazione delle sostanze stupefacenti.

In base all'origine, esse possono essere classificate in naturali o sintetiche. In base però agli effetti farmacologici è possibile distinguerle in:

- droghe deprimenti (oppiacei, barbiturici, tranquillanti)
- droghe stimolanti (cocaina, anfetamina, derivati anfetaminici, caffeina, GHB, smart-drugs, antidepressivi, khat).
- droghe allucinogene (canapa indiana e derivati, LSD, mescalina, ketamina, psilocibina)

Un'altra classificazione invece suddivide le sostanze stupefacenti e psicotrope nei seguenti gruppi:

OPPIACEI	STIMOLANTI	DEPRESSIVI	ALLUCINOGENI	CANNABIS e derivati
Oppio	Cocaina	Barbiturici	Mescalina	Marijuana
Morfina	Amfetamine	Tranquillanti	L.S.D.	Hashish
Eroina	Crack	-	DOM (S.T.P.)	Olio di hashish
Metadone	-	-	Ecstasy o M.M.D.A.	-

OPPIACEI

L'**Oppio** è ottenuto dal "papaver somniferum", pianta erbacea alta circa 1 metro con foglie ondulate di colorazione verde intenso con fiori rosa, bianchi o porpurei.

Esistono molte varietà di oppio (a seconda della percentuale di "morfina" contenuta) in commercio. Generalmente si presenta come una massa bruna che si rammollisce tra le dita ed esposta all'aria annerisce. Ha odore acre, forte, caratteristico ed è di sapore amaro. Viene solitamente confezionato in flaconi contenenti polvere di oppio oppure in "pani" di peso variabile tra 250 gr. ed 1 Kg., di forma irregolare, spesso avvolti in contenitori di tela grezza, plastica, carta oleata, etc. Può essere mangiato (oppiofagia) o più comunemente fumato (oppiomania). In piccole dosi esso induce un eccitamento dei centri nervosi che provocano uno stato di serenità, benessere, euforia cui, poi, segue uno stato di depressione, sonnolenza e possibili disturbi all'apparato digerente ed alla circolazione. L'uso cospicuo provoca una condizione di tossicomania con forte deperimento ed elevata dipendenza fisica.

La **Morfina** è il principale derivato dell'oppio e si ottiene trattando, chimicamente a caldo, l'oppio con soluzioni di acqua, calce ed ammoniaca. Occorre distinguere tra la "Morfina" (cloridrato di morfina) e la cosiddetta "Morfina base o grezza".

La prima, usata in medicina a scopo terapeutico, si presenta come polvere bianca cristallina non riflettente la luce, impalpabile, inodore, di sapore amaro, oppure sotto forma di liquido incolore o giallastro contenuto in fiale. La seconda "base o grezza" è un prodotto intermedio della trasformazione dell'oppio che, ulteriormente trattato con procedimenti chimici, diviene infine eroina. La sostanza può essere assunta anche per via orale ma generalmente l'iniezione intramuscolare od endovenosa è di gran lunga preferita in quanto ne moltiplica sensibilmente gli effetti.

La sostanza, che è un potente analgesico, agisce sul sistema nervoso centrale provocando, in minime dosi, fenomeni di euforia e piacevole ebbrezza e, a dosi più elevate, annullamento della percezione del dolore e sonno profondo. L'uso continuativo produce assuefazione e grave dipendenza fisica e psichica.

L'**Eroina** si ottiene dalla trasformazione chimica della morfina. Essa si presenta come polvere bianca o marrone, spesso granulare, amara, molto solubile in acqua, con odore di acido. L'assunzione può avvenire per via iniettiva o può anche essere fumata o inalata. Gli effetti durano circa 3-6 ore e sono di natura deprimente e calmante. Esse proteggono il consumatore dall'ansia, dalla paura, dal disagio psichico e riducono il desiderio di cibo, di sesso, sonnolenza.

L'Eroina produce effetti varianti, tra un assunto e l'altro, ma sempre caratterizzati da alternanza di stati euforici e depressivi, forte eccitazione e passività, annullamento del dolore, sensazioni di calore e rallentamento delle pulsazioni e della respirazione. Segni dell'intossicazione sono pupille dilatate, incoordinazione motoria, sudorazione,

tremori, rigidità muscolare, ipotermia. L'uso abituale dell'eroina porta ad apatia, trascuratezza, scarsa alimentazione e mancanza d'igiene. Il fenomeno dell'assuefazione è rapido, la dipendenza fisica e psichica fortissima. La "sindrome di astinenza", particolarmente dolorosa, predispone il tossicomane ad atti inconsulti e violenti.

Il **Metadone** è uno stupefacente morfino-simile, impiegato da anni nella terapia di mantenimento dei tossicomani da eroina. Ultimamente il Consiglio Superiore della Sanità ha comunque ribadito che il metadone è uno stupefacente di media tossicità, in grado di indurre uno stato di specifica tossicodipendenza. Quindi il ricorso terapeutico, allo scopo di mitigare la sindrome di astinenza da morfina deve essere sempre praticato in idonei ambienti di ricovero, cura o assistenza medica, autorizzati dalle Autorità sanitarie, valutate le possibili limitazioni e controindicazioni.

Il metadone è una polvere cristallina bianca, amara, solubile in acqua. Può essere assunto per via orale od anche per iniezione intramuscolare o sottocutanea. Gli effetti sono quelli di potente analgesico (più efficace in tal senso anche della stessa morfina) con una sintomatologia secondaria caratterizzata da sonnolenza, stordimento, sudore, vertigini, prurigo, vomito, etc.

DEPRESSIVI

I **Barbiturici** sono derivati dell'acido barbiturico, usati in medicina come sedativi, ipnotici ed antiepilettici. Generalmente i consumatori abituali ne iniziano l'uso su prescrizione medica, ma la proseguono anche dopo che sono cessate le indicazioni. L'abuso di barbiturici è tipico dei tossicomani da oppiacei o dei consumatori di amfetamine, che li oppongono quali "antagonisti", all'eccitazione provocata da tali droghe. I composti che si trovano sul mercato clandestino sono sotto forma di pastiglie, compresse e capsule di vario colore e dimensioni. Si assumono per via orale o per iniezioni endovenose od intramuscolari. Gli effetti sono: senso di benessere, piacevole rilassamento e diminuzione delle inibizioni. La dipendenza fisica è elevata e si instaura solo dopo un uso intenso e prolungato; quella psichica è molto forte. La "sindrome da astinenza", simile a quella da oppiacei, è caratterizzata da ansia, tremori, contrazioni muscolari involontarie, vertigini, nausea e vomito.

I **Tranquillanti** sono farmaci di diversa composizione chimica usati in medicina per ridurre gli stati d'ansia, la tensione nervosa, l'agitazione e l'insonnia. Sono in commercio sottoforma di capsule, compresse, pillole e fiale. Vengono generalmente assunti per via orale o per iniezioni.

Gli effetti, varianti per tipo di intensità da un preparato all'altro, sono comunque caratterizzati da rilassamento, torpore, attenuazione del dolore fisico, etc. L'abuso di tranquillanti produce dipendenza fisica e psichica, quest'ultima particolarmente accentuata.

STIMOLANTI

La **Cocaina** nasce dalla raffinazione delle foglie della pianta di coca. Si presenta generalmente in polvere, cristallina, bianca, simile al sale fine ed allo zucchero raffinato tendente ad ingiallire al prolungato contatto con l'aria. Si può trovare anche sotto forma di compresse, tavolette o allo stato liquido in fiale. Essa viene assunta inalandola per via nasale, fumata o iniettata. Ha sapore amaro e, a contatto con le mucose, provoca una sensazione di freddo, lasciando sulla lingua un senso di anestesia.

Gli effetti danno sensazione di forza e di energia con riduzione della fatica, eccitazione e loquacità, diminuzione del bisogno di cibo, euforia, minore sensibilità alla fatica e al dolore. Le pupille si dilatano e gli occhi diventano ipersensibili alla luce. Dopo qualche ora dall'assunzione, il consumatore inizia a sentirsi stanco, assonnato e depresso.

Tipici segni di intossicazione sono: le pupille dilatate, i tremori, le ulcere al naso e manie persecutorie. La tolleranza e la dipendenza fisica sono modeste od inesistenti e quindi, con tale stupefacente, non si ha la "sindrome di astinenza". Elevata è invece la probabilità di una dipendenza psichica.

Le **Amfetamine** sono un gruppo di farmaci ad azione eccitante, usati anche nella terapia di alcune malattie nervose, sotto stretto controllo medico, o come anoressici (tolgono lo stimolo della fame) nelle diete per la capacità di eliminare lo stimolo della fame. Prodotte spesso da laboratori clandestini, tali sostanze si trovano sul mercato sotto forma di polveri cristalline più o meno biancastre, in fiale, o pasticche e capsule di vario colore e forma. L'assunzione avviene generalmente per via orale o per iniezione endovenosa. Gli effetti che ne derivano sono simili a quelli provocati dalla cocaina: eccitazione, potenziamento delle capacità intellettive e della memoria, annullamento delle sensazioni di fame, di dolore e di sforzo fisico e quali sintomi secondari tremori, irritabilità, loquacità ed ansietà. La tolleranza è elevata così come la dipendenza psichica e atipica quella fisica che differisce nettamente da quella provocata da altre sostanze. La sindrome di astinenza da amfetamine è particolare in quanto si risolve con la somministrazione di sostanze ad effetti "antagonisti" (oppiacei e depressivi) rispetto alla droga abituale.

Il **Crack** è un composto stupefacente recente che si ottiene aggiungendo alla cocaina in polvere bicarbonato di sodio ed acqua. E' spacciato sotto forma di cristalli di crack in fiale trasparenti che somigliano a capsule di vitamine, di volume variabile. La sostanza è di aspetto granulare e di colore biancastro; tende ad ingiallire con una elevata esposizione all'aria. Il crack viene fumato in pipa con l'eventuale aggiunta di tabacco e/o marijuana. Gli effetti immediati sono uno stato di euforia con alternanti sensazioni di depressione e delusione. A differenza dalla cocaina, essa ha la pericolosa caratteristica di provocare in tempi brevi grave dipendenza fisica e psichica.

ALLUCINOGENI

La **Mescalina** costituisce il principio attivo della prima pianta “magica” studiata scientificamente all’inizio del secolo, il cosiddetto “peyotl o peyote” messicano. La mescalina è una polvere più o meno bianca, virante sul marrone, solubile in acqua. Sul mercato clandestino può trovarsi sotto forma di capsule, compresse o “bottoni” secchi, cioè boccioli essiccati del cactus. La droga può essere fumata (mista a tabacco o marijuana), ingerita o mangiata, masticandola lentamente. Gli effetti sono di tipo allucinatorio, con eccitazione, insonnia, sensazioni di onnipotenza, logorrea, etc. Questa sostanza dà solo dipendenza psichica e quindi non provoca “sindrome da astinenza”.

L’L.S.D., prodotto di sintesi, è il più potente allucinogeno conosciuto. Si presenta sotto forma di pillole di varie dimensioni, di piccoli francobolli o zollette di zucchero. Gli effetti dell’assunzione portano all’intensificazione delle esperienze sensoriali quali il colore, il suono e il tatto, allucinazioni, visive ed uditive, errata percezione del tempo e dello spazio. Segni di intossicazione sono pupille dilatate e tremori. I rischi per la salute si riferiscono alla neuro-tossicità e al cosiddetto fenomeno del “flash-back”, cioè alla ripetizione delle allucinazioni senza nuove assunzioni. La dipendenza psichica è variabile ma in genere modesta, quella fisica inesistente. L’assuntore può dunque interrompere il consumo senza che si verifichino disturbi particolari e sindrome di astinenza.

Il **DOM**, chiamato anche STP, deriva dal trattamento chimico di composti anfetaminici con la mescalina. Si presenta sotto forma di polvere incolore e inodore ed è confezionato in compresse e capsule di varie dimensioni. Viene talvolta mescolato a psicofarmaci, barbiturici o tranquillanti per ottenere effetti “sinergici” (cioè potenziati) o “incrociati” (antagonisti). Si assume mediante ingestione per via orale. A piccole dosi produce eccitazione ed euforia tipiche da “amfetamine”, a dosi superiori procura effetti allucinogeni. Non si ha “sindrome di astinenza” perché la dipendenza psichica è modesta e quella fisica inesistente.

L’Ecstasy, sotto la dizione chimica di M.M.D.A. (Methyl Methylene Dioxy Amfetamina), apparsa sul mercato nel 1985, è un composto chimico derivato dall’amfetamina e comprende una serie di analoghi e varianti, i cosiddetti designer drugs. Essa si presenta in forma di pillole, capsule o pastiglie di vario colore con l’indicazione della quantità di dosaggio e quindi con effetti variabili, distinti in psichici e somatici. Il primo e principale effetto è la sensazione di una facilitazione dei rapporti sociali, di aumento del senso di appartenenza alla tribù globale, di una maggiore empatia per chiunque stia vicino, con conseguente aumento della confidenzialità e del rischio di incrementare la probabilità di essere coinvolti in rapporti sessuali non protetti. Un effetto associa-

to è di sentirsi in pace con sé stesso e con il mondo. Classica è la manifestazione di una estrema sensibilizzazione sensoriale, anche se non si tramuta in allucinazione.

Tutti i sensi sono coinvolti: il tatto in primis, ma anche l'odorato, il gusto e la vista. Tutto questo può indurre taluni a toccare ripetutamente tessuti od oggetti o a fiutare più volte cibi e bevande. Inoltre la sostanza produce una stimolazione psicomotoria che consente di affrontare per ore la fatica del ballo, se si è in discoteca, rimuovendo i preziosi indicatori fisiologici del senso di stanchezza, della fame della sete, del sonno e perfino del dolore.

Alcuni effetti fisici sono di grado modesto come la tachicardia (aumento della frequenza del polso), l'ipertensione, l'iperpnea (aumento della frequenza respiratoria), l'iperglicemia (aumento del glucosio nel sangue) e la midriasi (dilatazione delle pupille).

Altri effetti sono più gravi: sudorazione profusa; secchezza della bocca così netta da far venire la lingua a penzolini; urgenza di mingere; brividi; pelle d'oca e ipertermia. Tra gli effetti collaterali possono anche comparire sintomi decisamente patologici quali : nausea e vomito, cefalea intensa, atassia (difficoltà di deambulazione); visione confusa; nistagmo (oscillazione ritmica dei bulbi oculari); bruxismo (digrignazione incontrollata dei denti con possibili erosioni dentarie), trisma (contrazione persistente dei masseteri, con conseguente difficoltà sia di parlare sia di aprire la bocca); dolorosi crampi muscolari degli arti che possono durare anche giorni. Cessato l'effetto stimolante, subentra spesso uno stato di profonda spossatezza con sonnolenza, con ovvie conseguenze per la guida. Sono stati spesso registrati casi di morti improvvise tra i consumatori di ecstasy.

La drammatica situazione di emergenza che si può verificare di collasso cardiocircolatorio, insufficienza respiratoria acuta, convulsioni, rhabdmiolosi (distruzione delle masse muscolari), epatopatia, coagulazione intravascolare disseminata e insufficienza renale grave richiede ovviamente un pronto intervento ospedaliero se si vuole evitare l'esito letale entro poche ore. L'ecstasy può dare dipendenza.

CANNABIS E DERIVATI

La **Marijuana** ricavata dalle infiorescenze e dalle foglie della pianta della "cannabis indica" mischiate assieme. Essa appare come una mistura somigliante vagamente al tabacco od all'origano, di colorazione variante dal verde chiaro al verde scuro o al bruno. Alla combustione emana il caratteristico odore del fieno secco. L'assunzione avviene tramite inalazione dei fumi di combustione di sigarette chiamate comunemente "spinelli". Gli effetti variano da un assuntore all'altro e sono comunque caratterizzati da euforia, aumento della sensibilità visiva ed uditiva, sensazione di benessere e rilassamento talvolta sonnolenza. Il principio attivo delle attuali piante di marijuana può dare dipendenza.

Alcuni prodotti dell'Hashish

L'**Hashish** viene prodotta dalla resina della cannabis (canapa indiana). Si presenta in forma solida, di colore marrone, emanante un forte odore e viene assunta fumandola. E' possibile che si instauri una forma di dipendenza soprattutto nei soggetti giovani. Dopo alcuni minuti dal suo consumo, produce effetti che gradualmente si accrescono, quali euforia, disinibizione, rilassamento e aumento dell'appetito. A dosaggi elevati è possibile riscontrare depersonalizzazione, disorientamento, allucinazioni, confusione mentale e delirio. I segni di intossicazione riguardano tachicardia, tremori ed allucinazioni.

L'**Olio di Hashish** è ottenuto mediante distillazione ripetuta delle foglie o della resina della "Cannabis indica". Si presenta come una sostanza liquida, densa e viscosa di colore scuro, con un odore caratteristico e molto aromatico. Viene contrabbandato in sacchetti di plastica consistente sigillati a caldo, in flaconi a chiusura ermetica e in fiale. Si assume fumandolo. Gli effetti dell'olio sono simili a quelli provocati dall'hashish ma molto più forti.

NSP (Nuove Sostanze Psicoattive)

I fenomeni relativi all'uso di sostanze psicoattive sono molto dinamici e vanno monitorati di continuo per la loro evoluzione in termini di pericolosità e di capacità di penetrazione.

Una prova eloquente è data dalla comparsa e dalla rapida diffusione soprattutto tra i giovanissimi di tutto il mondo, Italia compresa, delle cosiddette Nuove Sostanze Psicoattive (NSP), chiamate anche **designer drugs, bath salts, legal highs, etc.** Si tratta di sostanze psicotrope sintetiche che imitano gli effetti di quelle illegali già note (cannabis, ecstasy, amfetamine etc.) e che, ad oggi, risultano in forte aumento (sia per quanto riguarda l'uso, che la varietà) grazie all'accessibilità ed alla velocità di acquisto permesso dal web. L'acquisto via web infatti consente un notevole risparmio economico e di tempo, nonché un minor rischio dal punto di vista legale, cui corrisponde un aumento degli eventi letali. Rappresentano un gruppo molto ampio di molecole principalmente di natura sintetica, caratterizzate da proprietà farmacologiche e tossicologiche particolarmente pericolose per la salute dei consumatori. Dal 2009 al 2015 sono state segnalate oltre 450 di esse al sistema di allerta rapido dell'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona.

Anche in Italia esiste il Sistema nazionale di allerta precoce e risposta rapida per le droghe (<http://www.allertadroga.it/>- Dipartimento politiche antidroga) che esegue un monitoraggio costante della comparsa di NSP sul territorio italiano, attraverso segnalazioni provenienti dai centri collaborativi quali Laboratori, Pronto soccorso, Tossicologie Forensi, Forze dell'ordine, Centri antiveleno etc.

La difficoltà di riconoscimento analitico che caratterizza le NSP è assolutamente attribuibile alla continua comparsa di nuove configurazioni molecolari e alla conseguente mancanza di standard analitici di riferimento (inesistenti o non facilmente reperibili), nonché di carenza di letteratura e di metodi di riferimento, senza dimenticare la limitata diffusione di tecnologie ad oggi disponibili ed idonee a questo scopo. Le NSP sono considerate ad alto rischio per la salute sia del singolo che della collettività: possono infatti presentare elementi di tossicità, creare dipendenza, produrre severi effetti avversi e/o danni a lungo termine (V. Reading – EU Justice Commissioner).

Inoltre, essendo la loro produzione in continua evoluzione, spesso risulta difficile individuarne i possibili effetti sulla salute. Si tratta principalmente di 4 fondamentali categorie: i **cannabinoidi sintetici**, i **catinoni sintetici**, le **fenetilammine** e le **piperazine**. Le prime 2 sono, ad oggi, le più diffuse, in gergo chiamate anche Spice, Dream, Meow, M-Cat, Bubbles, Drone etc.

In Italia, sono stati anche rilevati ormai centinaia di casi di intossicazione acuta correlati all'assunzione di NSP che hanno avuto bisogno di cure intensive presso il pronto soccorso.

A causa della molteplicità delle loro configurazioni chimiche e dell'escalation della produzione, si riporta il semplice elenco delle tipologie di NSP più conosciute e di maggiore diffusione:

- **Cannabinoidi sintetici**
- **Catinoni sintetici**
- **Fenetilamine**
- **Ketamina e analoghi**
- **Piperazine**
- **Triptamine**
- **Analoghi azepanici**
- **Fentanili**
- **Oppiodi**
- **Analoghi della fenciclidina**
- **Droghe da stupro (Date-Rape Drugs).**

CLASSIFICA LANCET SUI DANNI DELLE DROGHE

(La tabella tradotta è tratta Focus, pubblicato in data 8 Aprile, 2008)

1°	Eroina 2,77	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 2,78 ■ Dipendenza 3 ■ Danni Sociale 2,54 	11°	Cannabis 1,33	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 0,99 ■ Dipendenza 1,51 ■ Danni Sociale 1,50
2°	Cocaina 2,29	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 2,33 ■ Dipendenza 2,39 ■ Danni Sociale 2,17 	12°	Solventi 1,27	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,28 ■ Dipendenza 1,01 ■ Danni Sociale 1,52
3°	Barbiturici 2,08	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 2,23 ■ Dipendenza 2,01 ■ Danni Sociale 2 	13°	4-MTA 1,26	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,44 ■ Dipendenza 1,30 ■ Danni Sociale 1,06
4°	Metadone 1,84	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,86 ■ Dipendenza 2,08 ■ Danni Sociale 1,87 	14°	LSD 1,22	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,13 ■ Dipendenza 1,23 ■ Danni Sociale 1,32
5°	Alcol 1,84	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,40 ■ Dipendenza 1,93 ■ Danni Sociale 2,21 	15°	Methylphenidato 1,18	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,32 ■ Dipendenza 1,25 ■ Danni Sociale 0,97
6°	Ketamina 1,74	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 2 ■ Dipendenza 1,54 ■ Danni Sociale 1,65 	16°	Steroidi 1,15	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,45 ■ Dipendenza 0,88 ■ Danni Sociale 1,13
7°	Benzodiazepine 1,70	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,63 ■ Dipendenza 1,85 ■ Danni Sociale 1,65 	17°	GHB 1,11	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 0,86 ■ Dipendenza 1,19 ■ Danni Sociale 1,30
8°	Anfetamine	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,81 ■ Dipendenza 1,76 ■ Danni Sociale 1,50 	18°	Ecstasy 1,09	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,05 ■ Dipendenza 1,13 ■ Danni Sociale 1,09
9°	Tabacco 1,62	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,24 ■ Dipendenza 2,21 ■ Danni Sociale 1,42 	19°	Popper 0,92	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 0,93 ■ Dipendenza 0,87 ■ Danni Sociale 0,97
10°	Buprenorphine 1,57	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 1,60 ■ Dipendenza 1,64 ■ Danni Sociale 1,49 	20°	Khat 0,79	<ul style="list-style-type: none"> ■ Danni Fisici 0,50 ■ Dipendenza 1,04 ■ Danni Sociale 0,85

Fonti di consultazione e libera riformulazione dei testi,

libera ispirazione

- Copyright 2019 - Arma dei Carabinieri
- Nuove Sostanze Psicoattive (NSP): schede tecniche relative alle molecole registrate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce. Novembre 2013. A cura di: Serpelloni G, Macchia T, Locatelli C, Rimondo C, Seri C.
- Rivista Lancet Aprile 2008

I SOCIAL NETWORK

Roberto Surlinelli

A partire dalla metà degli anni '90 abbiamo assistito ad una diffusione sempre più capillare di dispositivi digitali, ormai ciascuno di noi ne possiede almeno uno, però a questa crescente informatizzazione non ha corrisposto una adeguata sensibilizzazione sull'utilizzo consapevole, esponendo tutti a conseguenze che possono essere anche devastanti.

I pericoli riguardano non solo la sicurezza dei propri dati, ma anche la possibilità di essere vittime di condotte criminali oppure quella di violare norme del codice penale senza averne pienamente coscienza. Questi fenomeni possono essere arginati solamente con l'adozione di idonee procedure di sicurezza informatica volte a minimizzare il rischio, e parallelamente è indispensabile anche un cambiamento culturale, senza il quale qualsiasi azione risulterebbe inutile.

È necessario cambiare il nostro modo di pensare e guardare Internet considerandolo come un mondo sì digitale, ma nello stesso tempo assolutamente reale: pur essendo "non tangibile", ha effetti concreti che si possono ripercuotere anche pesantemente sulla nostra vita quotidiana e su quella delle persone con cui interagiamo. Quindi mai sottovalutare la gravità delle nostre azioni, anzi tenere sempre condotte in linea con quelle adottate in analoghe situazioni di vita quotidiana.

Le statistiche relative a gennaio 2017 parlano di 3,7 miliardi di utenti internet attivi su una popolazione mondiale di 7,4 miliardi di persone.

In Italia si stima che ci siano 39 milioni di utenti attivi, il 66% della popolazione, e tra di loro si assiste all'utilizzo di Internet già dai 6 anni di età, infatti più del 50% di chi ha più di 6 anni lo usa.

Internet è uno strumento potente, può senz'altro essere utilizzato anche da minori, sempre con l'accortezza di accompagnarli in modo che ne sappiano cogliere le innumerevoli potenzialità evitandone i rischi che purtroppo si trasformeranno in situazioni critiche se non opportunamente preparati. Questo non significa tenerli lontani, ma educarli, trasmettendo loro la necessaria cultura della sicurezza informatica. Per fare questo gli adulti dovranno iniziare ad utilizzare gli stessi strumenti tanto amati dai giovani, per impararne le potenzialità, le pericolosità e per essere in grado di parlarne con loro. Anche se potrebbe sembrare una missione impossibile, l'importante obiettivo da conseguire dovrebbe spingere noi adulti a conoscere meglio i mondi frequentati dai ragazzi, capirne le dinamiche per poi dar loro quei consigli di vita propri di chi ha maturato esperienza negli anni. Si potrebbe anche instaurare un rapporto di complicità: il bimbo ("nativo digitale", quindi in grado di utilizzare in maniera per così dire spontanea le risorse informatiche) può spiegare all'adulto come funziona un dispositivo oppure una app, quest'ultimo invece potrà dare utili consigli su come evitare quelle insidie che risultano "invisibili" agli occhi ingenui di un minore.

Educare, non proibire, in linea con quanto già dichiarato da Frank Rafael La Rue Lewy, dal 2008 relatore speciale delle Nazioni Unite sulla libertà di espressione e di opinione: "Poiché Internet è diventato uno strumento indispensabile per realizzare una serie di diritti umani, combattendo l'ineguaglianza e accelerando lo sviluppo ed il progresso, assicurare l'accesso universale a Internet dovrebbe essere una priorità per tutti gli Stati".

Abbiamo anticipato che è necessaria un'adeguata cultura, quali sono gli aspetti da considerare quando si avvicina un minore all'uso delle nuove tecnologie?

Il primo concetto da trasmettere è quello della pericolosità legata alla non consapevolezza delle proprie azioni e per agevolarne la comprensione si può paragonare Internet ad uno strumento che seppur pericoloso utilizziamo tutti i giorni e di cui mai ci sogneremmo di proibire l'utilizzo: il coltello. Proprio come un coltello, anche Internet è strumento utilissimo se utilizzato con cognizione, viceversa può arrecare danni a noi stessi oppure ad altri se viene utilizzato in modo improprio, e può persino essere utilizzato come arma.

Inoltre, come anticipato, Internet è un luogo assolutamente **reale**, ed è pertanto profondamente errato e fuorviante considerarlo un mondo virtuale, cosa che troppo spesso accade, anche da parte dei media. Se proviamo a chiedere ad un ragazzo cosa intenda per virtuale: la risposta sarà "che non esiste", "che è frutto della fantasia"; ne consegue che l'associazione "Internet/virtuale" farà sì che il minore sia portato a pensare che quello che viene fatto su Internet è "non esistente", "non pericoloso", "solo un gioco", sottoponendo sé stesso e gli altri a pericoli, oppure assumendo condotte che mai adotterebbe nella vita quotidiana e nel mondo fisico.

Internet è un'estensione del nostro mondo fisico ed ormai in qualsiasi istante noi siamo contemporaneamente nei due luoghi, il fisico ed il digitale. Per esempio in questo momento io sono contemporaneamente seduto ad una scrivania a scrivere queste righe, ma anche su varie piattaforme "social", e ho la possibilità di interagire con entrambi i mondi.

In secondo luogo dobbiamo far focalizzare l'attenzione su un altro aspetto intrinseco, cioè il fatto che la Rete non si può censurare: *quando viene pubblicato qualsiasi contributo si accetta la possibilità che vi rimanga per sempre.*

Quando immettiamo dati lo facciamo utilizzando un *pennarello indelebile*, quali conseguenze anche di natura penale ci potranno essere nel non poter rimuovere un contributo testuale o multimediale che abbiamo pubblicato troppo frettolosamente?

Pensiamo alle immagini che con troppa leggerezza e non solo dai minori vengono pubblicate senza il consenso degli interessati in violazione a quanto stabilito dal garante per la protezione dei dati personali.

Non dimentichiamo inoltre che oltre a rispondere delle nostre azioni ai sensi del codice penale, la responsabilità in questo caso è personale, potremmo essere chiamati a risarcire i danni cagionati anche dai nostri figli ai sensi del codice civile.

Il consiglio è: **in caso di dubbi, non bisogna mai pubblicare.**

Il terzo aspetto è legato alla falsa percezione di anonimato che ha chi naviga in rete, portandolo ad agire con la noncuranza e la disinvoltura di chi sa che tanto non verrà individuato. In realtà su Internet non si è mai anonimi e si lasciano sempre tracce più o meno evidenti; in alcuni casi si può cercare di nascondere o alterare le evidenze della propria presenza, rendendo certamente più complicata l'individuazione di una condotta illecita, ma nessuno potrà mai avere la certezza di non essere identificato.

Tecnicamente ogni dispositivo collegato alla rete ha un indirizzo IP, ovvero una sequenza di numeri paragonabile alla targa di un'autovettura, che rende possibile risalire all'intestatario di una determinata linea telefonica utilizzata per quel particolare accesso.

Anche per questo motivo un consiglio importante è quello di proteggere la propria rete così come proteggeremmo la nostra autovettura oppure il nostro domicilio. Non dimentichiamo di applicare gli schemi di comportamento che abbiamo nella vita quotidiana anche nel mondo digitale.

Un ultimo consiglio da trasmettere ai giovani che navigano su Internet è legato a come comunichiamo e come interagiamo con chi è dall'altra parte dello schermo. Su Internet *chiunque può dire di essere chiunque*: per esempio un uomo adulto può affermare di essere un bambino o una bambina, una ragazza un ragazzo e così via, con le conseguenze che si possono immaginare.

Nella comunicazione tramite computer passa solamente il cosiddetto contenuto verbale, costituito dalle sole parole, che rappresenta una minima percentuale della nostra capacità comunicativa. Secondo lo psicologo americano Albert Mehrabian, infatti, il linguaggio non verbale (cioè espressioni facciali, postura, gestualità) influisce nei confronti dell'interlocutore per il 55%, quello paraverbale (volume, tono e ritmo della voce) per il 38% e infine quello verbale (quello che effettivamente diciamo) solamente per un misero 7%: questo significa che quando utilizziamo le chat impieghiamo solo il 7% delle nostre capacità comunicative (o poco di più grazie all'utilizzo delle "faccine", gli emoticon), rendendoci vittime di condotte anche aggressive.

Rientrano in questa casistica i cosiddetti attacchi di *social engineering*, che sfruttano la naturale propensione a fidarci e ci inducono a compiere azioni che mettono in pericolo la nostra sicurezza informatica, ad esempio il phishing.

Il consiglio è **non fidarsi mai**: è il caso di dire che nel mondo informatico la paranoia è una "virtù". Quindi attenzione ai link ricevuti via mail, verificare quanto riceviamo nei messaggi di posta elettronica o nelle chat, inoltre evitare anche la diffusione di "bufale", false oppure allarmi ingiustificati.

Alla luce di quanto appena illustrato, per quanto riguarda le condotte online che vedono coinvolti minori, possiamo pensare ai due fenomeni dell'adescamento e del cyberbullismo.

Adescamento online:

Il reato di adescamento è previsto nel nostro ordinamento solo da fine 2012, quando con la ratifica della Convenzione di Lanzarote è stato introdotto nel codice penale l'art. 609 undecies. La norma punisce la condotta di chi, utilizzando anche e soprattutto Internet o altri mezzi di comunicazione, carpisce la fiducia del minore attraverso artifici, lusinghe o minacce.

Cyberbullismo:

Per quanto riguarda le caratteristiche principali il cyberbullismo è simile al bullismo, ma attraverso le possibilità fornite da Internet ne vengono amplificati gli effetti ed in alcuni casi stravolte le dinamiche.

In particolare spesso chi è vittima di bullismo, nella falsa percezione di anonimato che sembra fornire la Rete, trova il coraggio per rivalersi su coloro i quali lo hanno sottoposto a vessazioni ed angherie.

Inoltre con l'utilizzo degli strumenti digitali vengono meno tutte quelle limitazioni spazio temporali che vedevano i fenomeni di bullismo confinati alla scuola o al più al tragitto casa scuola. Ora purtroppo la vittima viene raggiunta anche nel luogo più sicuro, casa propria, la propria cameretta, in qualsiasi momento della giornata.

Infine la semplicità con cui si possono mettere in pratica le condotte aggressive, cui consegue una bassa percezione della loro gravità, unita alla mancanza di contatto con la vittima con la derivante mancanza di empatia, rendono, se possibile, ancor più difficile la possibilità che il cyberbullo comprenda la gravità della propria condotta e decida di interromperla.

Le norme del codice penale che possono essere infrante con l'utilizzo dei dispositivi digitali, spesso a seguito di azioni che si ritengono goliardiche, ma che tutto sono tranne gioco e possono sfociare nel cyberbullismo sono:

- Art. 494 C.P. - Sostituzione di persona: chi si sostituisce ad altri creando un profilo o utilizzando il profilo di altri;
- Art. 595 C.P. - Diffamazione: su Internet la diffamazione è aggravata, perché equiparata a quella a mezzo stampa;
- Art. 600 ter/quater C.P. - detenzione, produzione e diffusione di materiale pedopornografico;
- Art. 612 C.P. - Minaccia;
- Art. 612 bis C.P. - Stalking;
- Art. 615 bis C.P. - interferenze illecite nella vita privata: chi ad esempio diffonde immagini scattate nello spogliatoio o nel bagno;
- Art. 615 ter C.P. - Accesso abusivo di sistema informatico: chi viola un sistema (profilo, rete wi-fi, ecc.) protetto da misure di sicurezza;
- Art. 616 C.P. - violazione, sottrazione o soppressione di corrispondenza;
- Art. 660 C.P. - Molestia: sia sui social network che telefonica.

Concludiamo con una serie di **consigli** da tener sempre ben presenti e da trasmettere ai giovani:

- Internet è reale, quello che fai non è un gioco e ha sempre conseguenze nella tua ed altrui vita.
- mantieni il PC ben protetto: utilizza gli aggiornamenti automatici per avere sempre l'ultima versione del software, inoltre usa firewall, antivirus ed antispam, anch'essi sempre aggiornati.
- attenzione alle password: la password deve essere complessa, senza nessun riferimento alla propria persona o a termini di dizionari, di almeno 8 caratteri, con numeri, maiuscole e caratteri speciali; inoltre va cambiata spesso, non va comunicata a terzi, e per mantenere i propri dati ancora più protetti vanno utilizzate password diverse per i vari servizi.
- fai sempre attenzione prima di cliccare su un link: spesso le mail contengono collegamenti a siti realizzati ad arte per ingannare (il classico phishing), quindi attenzione massima a dove viene dirottata la navigazione.
- proteggi la rete wireless: imposta una password (meglio se di tipo wpa2), nascondi l'identificativo, elimina tutte le impostazioni di default e se possibile abilita i dispositivi che possono accedere alla rete in base al mac address, ovvero un codice univoco che identifica la scheda di connessione del dispositivo, paragonabile al numero di telaio di un veicolo.
- attenzione ai falsi messaggi allarmistici, richieste disperate di aiuto, segnalazioni di virus, offerte imperdibili fin troppo allettanti, richieste di dati personali "per aggiornare il proprio account". Diffida di tutti i messaggi di questo tono che vogliono solo catturare l'attenzione ed approfittare della tua buona fede.
- attiva gli alert dei motori di ricerca: per verificare la tua reputazione su internet e' possibile impostare la richiesta di essere avvisati via posta elettronica quando viene indicizzata una pagina in cui compare il tuo nome.
- pensa a quello che pubblichi su internet: le tue foto, i messaggi e le conversazioni potrebbero essere viste anche da sconosciuti. Non bisogna mai postare nulla di personale o riservato e di cui pensi di poterti pentire in futuro. Quello che pubblichi può rimanere su Internet per sempre, anche contro la tua volontà.

- sui social network con allegria e prudenza: Facebook, Twitter, Windows Live, Google+, Badoo, Netlog e su tutti gli altri social network controlla bene le tue impostazioni, ovverosia: chi può vedere il tuo profilo? Chi può fare ricerche sul tuo nome? Chi può scrivere sulla tua bacheca?
- nell'era dell'informazione i dati sono tutto: sei preparato contro il rischio del furto del tuo telefono cellulare e del tuo computer/tablet oppure contro l'evenienza di un guasto? Adotta una buona politica di backup (salvataggio delle informazioni su cd-rom, dvd-rom, ecc.) e verificane periodicamente l'efficacia per essere sicuro di avere sempre a disposizione le tue informazioni.

Ed infine il consiglio fondamentale, il più importante di tutti: **parlare e confrontarsi sempre con i ragazzi, senza inutili proibizionismi, ma tenendo sempre gli occhi aperti su quanto viene fatto durante la permanenza online.**

Link utili:

<https://www.poliziadistato.it>

<https://www.facebook.com/unavitadasocial>

<https://twitter.com/unavitadasocial?lang=it>

<https://www.commissariatodips.it/>

<https://www.facebook.com/AgenteLisa>

GLOSSARIO:

Adsense – servizio di banner pubblicitari mirati, in base ai dati della navigazione dell'utente. Chi pubblica i banner guadagna in base al numero di click ricevuti.

Antivirus – software necessario per prevenire, rilevare ed eliminare programmi dannosi, definiti malware, realizzati per colpire i sistemi informatici.

Antispam – software che permette di proteggersi dalla ricezione di messaggi di posta elettronica non desiderati, spam.

Backup – tecnica di memorizzazione dei propri dati su supporti esterni, opportunamente custoditi, per prevenirne la perdita in seguito ad eventi accidentali, naturali, malware.

Browser – programma utilizzato per la navigazione su internet.

Cloud computing – insieme di tecniche che consentono di memorizzare, archiviare o elaborare proprie informazioni utilizzando risorse hardware e software distribuite in rete e presenti su server virtualizzati di cui tipicamente si ignora la localizzazione.

Client – computer che usufruisce di un servizio erogato da un server, in generale sono i computer degli utenti.

Cookies – file di piccola dimensione che vengono inviati dai server durante la navigazione e poi rispediti dai client ogni volta che ci si collega a quel determinato servizio.

Defacement – attacco verso un sito internet che consiste nel sostituirla la pagina principale.

DNS – sistema di traduzione da indirizzo IP (195.120.182.169) a nome a dominio (www.poliziadistato.it).

Easter egg – contenuto non dannoso che si presenta sotto forma di sorpresa all'interno di un programma, inserito dagli stessi programmatori e attivabile solo attraverso una serie di ben precisi passaggi (click, pressione di tasti, ecc.).

Firewall – sistema di difesa perimetrale che inibisce gli accessi indesiderati alle proprie risorse, garantendo pertanto una protezione della propria rete o computer. Può essere sia hardware che software.

Indirizzo IP – identificativo univoco proprio di ciascun sistema digitale collegato in rete, è del tipo x.x.x.x (195.120.182.169) ed in genere è fornito dal proprio provider e può essere statico (nei server) o dinamico (nei client). E' paragonabile alla targa del dispositivo.

Keylogger – sistema che memorizza ogni tasto premuto sulla tastiera, può essere sia software che hardware, nel primo caso spedisce i dati memorizzati, nel secondo caso viene recuperato successivamente da chi lo ha installato.

Malware (malicious software) – software malevolo progettato per fare danni o per far compiere operazioni non desiderate ad un sistema digitale.

Phishing – tecnica di ingegneria sociale che consiste nel carpire informazioni di accesso riservate per poi procedere con furto di identità.

IMEI – codice identificativo di ciascun telefono cellulare, può essere visualizzato premendo sul proprio terminale la stringa *#06# poi tasto di chiamata, è paragonabile al numero di telaio del dispositivo.

(Internet Service) Provider – fornitore di servizi Internet, in genere gestore di telefonia.

MAC Address – identificativo univoco di una scheda di rete e costituito da 6 byte del tipo xx:xx:xx:xx:xx:xx, può essere paragonato al numero di telaio della scheda.

Ransomware – malware che cifra i propri dati bloccando la possibilità di visualizzarli, quindi viene chiesto un riscatto (ransom) per riaverli.

Scam – tecnica di ingegneria sociale che consiste nell’inviare una mail in cui si promettono ingenti guadagni in cambio di somme di denaro da anticipare. Spesso è associata allo spam.

Server – computer che eroga un servizio, ad esempio posta elettronica, pagine web, chat, ecc.

Skimming – clonazione di carte di pagamento tramite un dispositivo che legge e memorizza la banda magnetica ed eventuali telecamere atte a registrare la digitazione del codice PIN associato alla carta. Il dispositivo viene collocato negli sportelli bancomat (ATM) oppure negli esercizi commerciali (POS).

Sniffing – tecnica di intercettazione passiva dei dati che attraversano una rete telematica.

Social engineering (ingegneria sociale) – tecnica di studio di un bersaglio per carpirne la fiducia ai fini di sottrarre informazioni utili per un successivo attacco.

Spam – invio massiccio di messaggi di posta elettronica non richiesti, in genere pubblicità, attacchi di ingegneria sociale, catene di sant’Antonio.

Spyware – software che raccoglie le proprie informazioni senza consenso e le trasmette ad organizzazioni criminali che le utilizzeranno per trarne profitto, in genere sotto forma di pubblicità mirata.

Trojan (horse) – malware che consiste in programmi nascosti all’interno di altri programmi che l’utente esegue ed apparentemente utili, pertanto eseguiti volontariamente.

Virus – è la tipologia di malware più conosciuta, una volta eseguito si propaga riproducendosi mediante l’infezione di altri file per poi danneggiare i sistemi compromessi.

Wireless – tecnologia di connessione di dispositivi senza fili.

Wpa2 – sistema di cifratura dei dati scambiati tra il proprio dispositivo e la rete wireless. Il sistema wpa2 è attualmente il più sicuro ed è da preferire agli ormai obsoleti e non sicuri wpa e wep.

AZZARDO

Aniello Baselice, Valentino Patussi, Gianni Testino

IL GIOCO NON È L'AZZARDO

Giocare è un'attività salutare e fonte di benessere a qualsiasi età.

Nel bambino ad esempio il gioco è altamente significativo per la sua crescita perché svolge un'azione strutturante dell'intera personalità; attraverso il gioco il bambino ha modo di sviluppare le proprie potenzialità intellettive, affettive e relazionali.

Il gioco è un'attività auto-motivante in quanto genera gratificazione di per sé.

Il gioco per essere tale deve essere un'attività:

- Libera (nessun obbligo);
- Separata (tempo e spazio fissati in anticipo);
- Incerta (non si conosce il risultato)
- Regolata (sottoposta a convenzioni); Improduttiva (non crea né beni né ricchezza); Fittizia (si è consapevoli che si è in un'altra realtà).

CATEGORIE DI GIOCHI

R. Huizinga (1938) individua le seguenti categorie di giochi :

- AGON - giochi di competizione, es: scacchi, corsa, calcio.
- MIMICRY - giochi di travestimento, es: giochi di ruolo.
- ILINX - giochi di vertigine, es: altalena, montagne russe.
- ALEA - giochi basati sul caso, es: azzardo.

DALL'AZZARDO DI NICCHIA A QUELLO INDUSTRIALE DI MASSA: L'EVOLUZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO.

Rispetto ad un recente passato ed in coincidenza con la promozione di una politica culturale economica e sociale di sviluppo dell'azzardo di massa, anche le modalità di consumo dell'azzardo sono mutate. Nella tabella seguente riportiamo il confronto tra le differenti modalità di consumo (M. Croce, 2001, 2005)

Tradizionali	Attuali
Socialità	Approccio solitario
Alta soglia d'accesso	Bassa soglia di accesso
Ritualità (il gioco limitato a precise occasioni)	Consumo no stop (gioco "consumato" in occasioni scelte dal soggetto e proposte dal mercato).
Sospensione (si giocava in luoghi ed orari precisi)	Continuatività (si gioca senza sosta)
Contestualizzazione	Globalizzazione
Riscossione non immediata	Riscossione immediata
Complessità	Semplicità
Lentezza	Velocità
Manualità	Tecnologia

L'AZZARDO: DEFINIZIONI ED INQUADRAMENTO

Il gioco d'azzardo si distingue, quindi, da ogni altra forma di gioco per la presenza determinante del fattore "caso" e per l'assenza del fattore "abilità".

Il gioco per essere definito d'azzardo (Ladouceur et al., 2000), deve presentare contemporaneamente tre condizioni:

- il giocatore mette in palio una posta, in soldi o in oggetti di valore;
- una volta messa in palio, la posta non può più essere ritirata;
- il risultato si basa essenzialmente sull'imprevedibilità, sul caso.

Il gioco d'azzardo ha una storia antica quanto l'uomo e normalmente ha, da sempre, una finalità sociale e ricreativa. Tuttavia, in presenza di alcune variabili interagenti reciprocamente, può evolvere verso una vera e propria dipendenza con conseguenze familiari, sociali, sanitarie ed economiche che necessitano di diagnosi, cura e riabilitazione. Come ogni forma di dipendenza non è imputabile ad un'unica causa, ma trae origine dalla complessa interazione di diversi fattori biologici, relazionali, sociali, personologici e contestuali.

GIOCHI D'AZZARDO: DEFINIZIONE E TIPOLOGIA

Si intendono come giochi d'azzardo tutti i giochi con vincite in denaro disciplinati dagli ex Monopoli di Stato.

GIOCHI OFF LINE	GIOCHI ON LINE
Slot Machine	Slot Machine
VLT	VLT
Lotterie e Lotterie istantanee (Gratta e vinci, Win for life)	Lotterie e Lotterie istantanee (Gratta e vinci, Win for life)
Scommesse sportive	Scommesse sportive
Giochi di carte	Giochi di carte
Casinò	Casinò
Lotto e 10 e Lotto	Skill Games – Giochi di abilità on-line
Bingo	Bingo
Superenalotto	Superenalotto

EPIDEMIOLOGIA DELL'AZZARDO

Secondo i dati del Ministero della salute del 2012, la popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo (dato rilevato con la domanda "Lei ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi?").

La stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2%. Bastiani et al. hanno rielaborato i dati ottenuti dalla ricerca IPSAD-Italia 2007-08 (Italian Population Survey on Alcohol and Other Drugs) curata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR). Gli autori hanno stimato una prevalenza di problematiche da gioco d'azzardo nel 2,3% della popolazione giovane (15-24 anni) e del 2,2% della popolazione adulta (25-64 anni). Se si considerano anche coloro che presentano problemi lievi (6,9% nei giovani vs 5,8% negli adulti) è possibile ipotizzare che quasi un italiano su 10 potrebbe avere qualche problema con il gioco.

Secondo stime del Dipartimento delle Politiche Antidroga (Dati epidemiologici sul Gioco D'azzardo – Relazione

al Parlamento 2011) si rischia di passare dal quadro degli anni 2007-2008, in cui l'incidenza del gioco patologico era pari all'1% e quella del gioco problematico pari al 5% della popolazione, a un'incidenza del gioco patologico pari al 7-10% e del gioco problematico del 10-18%. I dati a disposizione suggeriscono con urgenza un piano di intervento di promozione primaria e secondaria del DGA, parallelamente a un lavoro di maggiore comprensione della patologia e dei suoi meccanismi eziopatologici.

Secondo un'elaborazione del CNR sulla ricerca IPSAD Italia del 2015 emerge che in Italia 30 milioni hanno giuocato almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi.

Un minorenni su due risulta coinvolto (ESPAD Italia 2015- IFC CNR)

I giocatori problematici /dipendenti sarebbero tra > 1,5 - 3milioni di cui solo 12.37 in cura presso i servizi pubblici (dati Min. Salute 2015)

TIPOLOGIE DI GIOCATORE

Nella letteratura scientifica specialistica le tipologie dei giocatori a cui fanno maggiormente riferimento le ricerche epidemiologiche effettuate in ambito nazionale e internazionale sono sostanzialmente tre:

- **Giocatore sociale:** per la maggior parte delle persone il gioco rappresenta un passatempo gratificante. Si stima, infatti, che circa l'80-90% della popolazione adulta del nostro paese partecipi a forme di gioco d'azzardo.
- **Giocatore "eccessivo/problematico":** per una minoranza della popolazione il gioco costituisce un comportamento problematico. Questo tipo di giocatore prova eccitazione quando entra in contatto con un ambiente o una situazione in cui è possibile giocare d'azzardo e sente la necessità di fare puntate sempre più alte per vincere e/o recuperare il denaro perduto; può accadere che menta ai familiari e tenda a giocare più soldi di quanto preventivato.
- **Giocatore patologico:** il gioco d'azzardo rappresenta una forma di dipendenza che induce il soggetto ad avvertire una necessità imperante di giocare e il desiderio irrefrenabile nel voler recuperare il denaro perduto, che lo porta a perdere la percezione sia del tempo che del denaro impiegato nel gioco. Giocare denaro diventa il centro di interesse esclusivo della propria esistenza. La dipendenza da gioco comporta dei costi non solo relativi alla salute del giocatore, ma anche al coinvolgimento dell'ambito familiare, lavorativo e sociale.

Queste categorie tuttavia sono state sostituite nel DSM 5, come sopradescritto, dai vari livelli di gravità (assenza di disturbo, disturbo lieve, moderato, grave) ma anche dalle seguenti classificazioni proposte da Blaszczynski e Nower .

LE TIPOLOGIE DI GIOCATORI SECONDO IL MODELLO DI BLASZCZYNSKI E NOWER (2002)

Tale modello si caratterizza per la distinzione dei giocatori in tre sottogruppi, come indicato nella tabella di seguito riportata:

- Un primo sottogruppo (Giocatori Condizionati nel Comportamento) riunisce i giocatori che non riportano precedenti malesseri psichici, ma perdono il controllo rispetto al gioco in risposta a effetti del condizionamento e a schemi cognitivi distorti riguardo alle probabilità di vincere al gioco. Generalmente non è concomitante l'abuso di sostanze ed inoltre l'ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato, e non causa, del gioco. Presentano un'alta compliance al trattamento.
- Un secondo sottogruppo (Giocatori Emotivamente Disturbati) è caratterizzato da vulnerabilità psichica, disturbi affettivi primari, sofferenza e traumi emotivi nel corso dello sviluppo, possibile storia di abusi, scarso sviluppo delle abilità sociali, di coping e di problem-solving. Il gioco è utilizzato come uno strumento per dissociarsi o regolare stati emotivi.
- Un terzo sottogruppo (Giocatori con Correlati Biologici) è caratterizzato da vulnerabilità biologica verso l'impulsività, deficit attentivi, tratti antisociali, frequente comorbilità con disturbo da deficit di attenzione e di iperattività, disturbo da uso di sostanze ed altri disturbi psichiatrici. Il ricorso al gioco risponderebbe al bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della dissociazione, un'alterazione dell'umore ed un restringimento dell'attenzione. Questo gruppo evidenzia inoltre una marcata propensione a trovare attività gratificanti ed una incapacità a tollerare la frustrazione.

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), riconosciuto come condizione morbosa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sin dal 1980 e inserito nell'ICD 10 (WHO, 2007), è stato classificato tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" nel DSM IV (Manuale Statistico Diagnostico, APA, 1994). Con il nuovo DSM V (APA, 2013), visti i numerosi aspetti in comune con le dipendenze da sostanze, il DGA è stato inserito a pieno titolo nel capitolo dei "Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da Addiction" (Substance-Related and Addictive Disorders) e denominato "Disturbo da Gioco d'Azzardo". Anche nel DSM 5 si sottolinea che tale disturbo si riferisce a un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo, che sconvolge attività familiari, personali e/o professionali.

Il DGA rappresenta una forma di dipendenza in cui non è implicato un oggetto esterno (sostanza).

La fenomenologia evidenzia le principali caratteristiche dell'addiction: l'intenso e persistente desiderio di giocare

d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (craving), l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, ecc. quando si è impossibilitati a giocare (astinenza), infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza).

Studi di genetica, biochimica, di neuroimaging, confermano l'esistenza di una stretta relazione sul piano neurobiologico tra le dipendenze comportamentali e quelle da sostanze. D'altro canto anche in riferimento agli aspetti psico-relazionali e sociali, si evidenzia come i sistemi familiari nelle diverse dipendenze possono presentare dinamiche simili, caratterizzate dal mantenere e/o amplificare l'equilibrio disfunzionale familiare (Bellio, Croce 2014). Contemporaneamente vanno considerati anche gli aspetti specifici del DGA quali: distorsioni cognitive, perdita progressiva della capacità di gestire il denaro, problemi legali, perdita del lavoro e/o dei legami affettivi significativi.

Il DGA rappresenta inoltre un grave problema di salute pubblica, crea problemi psico-sociali al soggetto coinvolto, ai suoi familiari, è causa di problemi finanziari e può condurre anche a disturbi di natura antisociale (Potenza 2002, Petry 2002, Lejoyeux 2002, Potenza 2000).

I PROBLEMI AZZARDO CORRELATI

L'azzardo produce problemi multidimensionali quali :

- pericolosità individuale e sociale,
- danno individuale, familiare, comunitario.

Esso si manifesta con una ripetizione ossessiva ed una progressiva invasione di ogni sfera della vita personale e sociale (educativa, affettiva, lavorativa, economica, legale ecc.).

ETIOPATOGENESI DEL DGA

A tutt'oggi non esiste un modello unico in grado di spiegare pienamente la natura complessa ed eterogenea del comportamento della persona affetta da Disturbo da Gioco d'Azzardo. La tendenza dei ricercatori e dei clinici è quella di considerare tale disturbo come il risultato di una complessa interazione tra fattori psicologici, cognitivi, biologici ed ambientali. I modelli di questo tipo maggiormente accreditati sono:

- Il modello bio-psico-sociale di Sharpe (Sharpe, 2002)
- Il modello bio-psico-sociale di Griffith (2005)
- Il modello sindromico della dipendenza di Shaffer (Shaffer et al., 2004)
- Il modello eziopatogenetico di Blaszczynski e Nower, 2002

Se una consolidata letteratura scientifica ha posto in risalto specifiche vulnerabilità di tipo neurobio-logico (alterazioni del *reward system*) e cognitivo (distorsioni cognitive), è tuttavia doveroso tener conto di come l'aumentata pervasività e pluralità di offerta dei giochi d'azzardo e la pubblicità degli ultimi anni abbiano concorso significativamente all'aumento qualitativo e quantitativo delle sollecitazioni al gioco. Non si può escludere che l'aumento di casi di DGA sia anche conseguenza di tali sollecitazioni in grado di intercettare le vulnerabilità neurocognitive di alcuni individui.

In particolare, nel caso delle slot machines, l'interazione uomo-macchina è fortemente influenzata dalle specifiche caratteristiche attrattive esercitate sia in forza del *software* che per l'allestimento dell'ambiente di gioco.

Tutti questi modelli dunque convergono nell'indicare come tale disturbo, al pari delle altre forme di dipendenza, è il risultato dell'azione di più fattori, principalmente quelli afferenti al livello neurobiologico, psicologico, familiare ed ambientale. Di ciò è importante tener conto al momento della formulazione di un progetto di cura in modo che sia personalizzato ed adattato alle specificità del paziente affetto da Disturbo da Gioco d'Azzardo.

IL CONTINUUM DEL RISCHIO

Il confine tra gioco normale e gioco problematico/ patologico è sempre più labile e sottile se aumentano il tempo e lo spazio dedicati al gioco.

Come per tutte le forme di dipendenza, si chiamano in causa vari fattori (in un'ottica bio – psico – sociale) che spiegano una maggiore "vulnerabilità" di alcune persone rispetto ad altre.

Il rischio e il danno legato al gioco d'azzardo si collocano in un continuum o scala evolutiva determinati da:

- Disponibilità
- Accessibilità
- Frequenza
- Velocità

Il gioco d'azzardo deriva dall'interazione tra i fattori sopra indicati.

La maggior parte degli studi sul disturbo da gioco d'azzardo invece si concentra solo sulla persona, il giocatore, il suo profilo psichiatrico, le sue motivazioni, la neurochimica, la genetica, i fattori sociali, la biografia quindi del giocatore (alla ricerca di fragilità).

In parte quest'enfasi c'è perché non viene assunta una sostanza, non si ingerisce alcuna sostanza che genera dipendenza, ma in parte è anche perché l'industria stessa del gioco d'azzardo ha fatto sì che i finanziamenti andassero in una certa direzione, cioè all'analisi della persona e non del prodotto.

Naturalmente ci sono persone che sono più vulnerabili rispetto ad altre, ma si può anche dire che gli oggetti, di per sé, sono più o meno bravi ad attirare le persone.

Quindi non si tratta semplicemente di parlare di persone problematiche e giocatori problematici: bisogna considerare il tutto nell'interazione con le macchinette alle quali giocano». (Natasha Dow Schüll, Trento, Festival dell'Economia 2015).

LA PREVENZIONE DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Una definizione oramai consolidata di "prevenzione", rispetto al Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), è la seguente:

- **La prevenzione universale** si rivolge alla popolazione generale, senza riferimenti a gruppi particolarmente a rischio (quindi desiderabile per tutta la popolazione come per es. le cinture di sicurezza).

Per quanto concerne il DGA, è un'azione che mira a evitare che la popolazione, in generale, corra il rischio di sviluppare dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo.

- **La prevenzione selettiva** si rivolge a specifiche sottopopolazioni con rischi o fattori di rischio significativamente sopra la media (es.: vaccino per influenza nei bambini e anziani). Per quanto concerne il DGA, è un'azione che mira ad evitare che alcuni soggetti che presentano particolari fattori di "rischio", possano sviluppare dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo.

La prevenzione indicata si rivolge anche alle persone che mostrano minimi ma identificabili segni o sintomi che suggeriscono un disturbo/comportamento patologico.

E' un'azione che mira alla riabilitazione dei soggetti che hanno sviluppato dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo. Essa è analoga al concetto di 'trattamento'.

Non esiste un "intervento risolutore" nelle strategie di prevenzione del DGA. Molte misure concorrono, in qualche modo, ad un effetto preventivo.

In particolare: spesso si enfatizza l'intervento educativo (**controlli interni**) a scapito dell'intervento attraverso "misure" di policy specifiche (**controlli esterni**).

Nel campo del gioco d'azzardo, infatti, esiste la tendenza a considerare i controlli esterni meno efficaci dei controlli interni (approccio educativo/prevenzione primaria) che consistono, in particolare, nel "fare delle scelte informate". Una enfasi particolare viene posta sulla educazione della popolazione giovanile.

Come per altri comportamenti di dipendenza (compresi quelli con sostanze), risulta applicabile un approccio restrittivo (nel senso di "restringere l'accesso a..."), soprattutto se combinato con un approccio educativo.

Tali misure, inoltre, hanno il pregio di essere continue nel tempo, mentre gli interventi educativi hanno, all'inverso, il problema di essere frammentati nel tempo e nello spazio.

L'approccio educativo resta, comunque centrale anche perchè fornisce il contesto culturale alle policy di restrizione.

Assai promettente risulta essere l'indirizzo di **intervento che parte dalla analisi del comportamento di gioco** per definire sistemi di interazione con il giocatore in grado di favorire una maggiore autoconsapevolezza dello stato di gioco.

Altrettanto centrale si ritiene essere il contributo che può fornire la formazione degli operatori dei servizi attraverso un ripensamento delle competenze degli operatori del cosiddetto "Front-Office", nonché la formazione degli operatori delle sale da gioco.

Un ultimo contributo può venire dalla prevenzione attraverso la **regolazione della distribuzione delle vincite/perdite e, nello specifico, del controllo del payback.**

IL TRATTAMENTO DEL DGA

a) Obiettivi del percorso di cura

- Raggiungere l'astensione dal gioco d'azzardo: riduzione totale/parziale della quantità di denaro, della frequenza e della durata del tempo dedicato al gioco d'azzardo come misurato nella valutazione multidisciplinare e attraverso scale standardizzate
- Migliorare il quadro di stress psico-patologico che accompagna il DGA
- Migliorare le dinamiche relazionali socio-familiari del giocatore ove possibile
- Migliorare il livello di autonomia personale, sociale e delle risorse di rete dei Giocatori
- Affrontare/risolvere/ridurre i danni economici e legali del DGA
- Migliorare la qualità della vita.

b) Obiettivi organizzativi

- Garantire l'accesso diretto alla cura
- Garantire la multiprofessionalità dell'equipe e l'integrazione con la rete territoriale
- Garantire un adeguato assessment multidisciplinare
- Garantire un'equipe adeguatamente formata ed aggiornata, soprattutto in relazione alle specificità di alcune popolazioni, quale quella giovanile o quella femminile
- Garantire la pratica basata sull'Evidence Based Medicine (EBM) e sul consenso della Comunità Scientifica
- Migliorare la qualità dei processi in base agli esiti e alle evidenze scientifiche

I TRATTAMENTI NEL DGA

Il trattamento del DGA si articola in una serie di interventi specifici e integrativi, non necessariamente consequenziali, compresi tra i seguenti e adeguati al bisogno del giocatore:

- colloqui motivazionali individuali e gruppi motivazionali
- psicoterapie (individuali, familiari e di gruppo)
- valutazione di trattamenti farmacologici per comorbidità
- tutoraggio economico
- psico-educazione - individuale e/o di gruppo
- counselling al giocatore e/o familiari
- attivazione di programmi terapeutici semiresidenziali e residenziali riconosciuti dal Servizio Sanitario Nazionale
- attività di supporto sociale al paziente (che comprende sostegno alla gestione del debito, all'attività lavorativa, alla genitorialità e reperimento risorse ecc.)
- attivazione di consulenze legali e/o finanziarie
- invio e collaborazione con associazioni di tutela economica (es. centri antiusura, micro credito)
- invio e collaborazione con i gruppi di auto-aiuto
- orientamento e accompagnamento in percorsi di inserimento lavorativo terapeutico e socio-riabilitativo
- ricorso all'attivazione della procedura di nomina dell'amministratore di sostegno
- presa in carico del solo familiare qualora il giocatore non sia disponibile

I TRATTAMENTI PIÙ UTILIZZATI:

- **Psicoterapia individuale**

Come per le altre tipologie di dipendenze è opportuno effettuare una lettura sistemico-relazionale del DGA (Cowlshaw et al. 2012) e, laddove è utile e praticabile, procedere ad interventi specifici sulle dinamiche familiari. Anche se dalla letteratura scientifica non si rilevano elementi certi per la differenziazione degli interventi attualmente disponibili, le terapie cognitive comportamentali vengono considerate le psicoterapie più indicate per il trattamento del DGA e devono essere usate come prima scelta laddove possibile (Cowlshaw et al. 2012; Ledgerwood e Petry, 2005; Peele, 2009; Toneatto e Ladouceur, 2003; Okuda et al. 2010; Ladouceur et al. 2001; Petry et al. 2006; Sylvain, C., Ladouceur, R. Boisvert, J. 1997; Petry et al. 2003; Toneatto, T. 2002; Echeburua e Fernandez – Montalvo, 2005).

La psicoterapia cognitivo-comportamentale integra le tecniche cognitive (Motivational Interview, analisi funzionale, ristrutturazione cognitiva, ecc) con le tecniche comportamentali di sviluppo delle abilità sociali e di produzione di gratificazioni alternative e più funzionali, oltre che con tecniche di controllo dello stimolo e con la prevenzione delle ricadute.

Generalmente i programmi di terapia cognitivo comportamentale sono costituiti da quattro componenti principali: ristrutturazione cognitiva, *problem solving*, *social skills training* e prevenzione delle ricadute (Bujold e Ladouceur, 1991; Bujold et al., 1994; Sylvain, Ladouceur, e Boisvert, 1997; Ladouceur, Boutin, Doucet, Lachance e Sylvain, 2000);

- **Psicoterapia di Gruppo**

Nella cura del DGA il gruppo si rivela uno strumento importante sia all'interno di programmi ambulatoriali che residenziali e non di rado, data la scarsità di risorse umane soprattutto nel servizio pubblico, rappresenta l'unica forma di intervento possibile.

- **Interventi sulla famiglia**

Determinante per l'intervento di tutoraggio economico, ma non solo, è il lavoro con la famiglia d'origine o acquisita. I familiari possono divenire particolarmente utili sia nella fase di segnalazione e primo accesso al servizio, che nelle fasi dell'*assessment*, del trattamento e della prevenzione delle ricadute. Inoltre, molto utile è poter fornire ai familiari strumenti che aiutino a tutelare il proprio patrimonio.

Con i familiari è utile anche un intervento psicoeducativo, teso a fornire informazioni sulla natura del disturbo, per aiutarli a prendere le distanze dall'idea di vizio e di colpa, per una accettazione del concetto di "disturbo psichico" ed interrompere la dinamica familiare della co-dipendenza.

- **Collaborazione con i Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (GA/ Gam-anon; Club dell'Approccio Ecologico Sociale)**

Il giocatore e/o i familiari possono essere inviati a gruppi di trattamento o a gruppi di auto-mutuo-aiuto (Giocatori Anonimi, Gam-anon, Club, ecc.).

I gruppi di auto-mutuo-aiuto costituiscono un nodo fondamentale del lavoro di rete per il trattamento del DGA, finalizzato al raggiungimento e mantenimento dell'astensione dal gioco d'azzardo da parte del giocatore nonché di aiuto a cambiare il suo stile di vita e quello della sua famiglia ("sobrietà").

I gruppi di auto-mutuo-aiuto rappresentano un elemento storico di integrazione con i servizi pubblici e del privato sociale. Da questo deriva la raccomandazione per il loro utilizzo in maniera integrata nei programmi terapeutici ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali.

- **Interventi residenziali e semiresidenziali .**

I programmi residenziali e semiresidenziali rappresentano un livello diverso di intensità di cura e di assistenza rispetto agli interventi ambulatoriali.

In alcuni casi la complessità e la gravità del quadro clinico è tale che il percorso ambulatoriale necessita di essere integrato con un trattamento di tipo residenziale e/o semiresidenziale per la persona con dipendenza da gioco d'azzardo.

Tali trattamenti sono da intendere come parti complementari di un percorso terapeutico-riabilitativo ambulatoriale del paziente e dei suoi familiari.

Criteri per l'invio:

- necessità di cure intensive
- gravità e complessità del quadro clinico
- parziale efficacia o inefficacia terapeutica dei trattamenti ambulatoriali
- contesto socio-familiare particolarmente disfunzionale
- presenza di comorbidità psichiatrica
- presenza di disturbo da uso di sostanze.

Principali indicazioni per l'invio:

- necessità di un periodo di trattamento terapeutico-riabilitativo residenziale breve al fine di astenersi dal gioco e/o allontanarsi temporaneamente dall'ambiente familiare conflittuale per pazienti che presentano bassi livelli di severità e complessità.
- necessità di un periodo di trattamento residenziale specialistico di media lunga durata per pazienti che presentano livelli di severità elevata e/o complessità grave (comorbidità psichiatrica, presenza di altri disturbi da uso di sostanze e/o comportamentali)
- necessità di un trattamento semiresidenziale da integrare con un percorso ambulatoriale finalizzato al rinforzo dell'astensione dal gioco d'azzardo e alla realizzazione di un progetto riabilitativo

Per l'invio della persona con dipendenza da gioco d'azzardo in strutture residenziali o semiresidenziali si può fare riferimento per semplicità e validità clinica ai criteri del ICD-10 (WHO, 2007) DSM-V (APA, 2013) e alle tipologie descritte nel modello di Blaszyński, Nower (2002).

I programmi residenziali e semiresidenziali si caratterizzano per avere come cornice un contesto con ridotti stimoli e richiami al gioco d'azzardo ed una serie di interventi specifici individuali e di gruppo in linea con il modello bio-psico-sociale.

LE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

Antonio Di Biagio e Michele Tosato

DIMENSIONE DEL PROBLEMA E PATOGENI DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le malattie sessualmente trasmissibili hanno un'incidenza annua di 333 milioni di casi nel mondo. Da questa cifra sono escluse le persone che contraggono l'infezione da HIV. L'incidenza delle malattie sessualmente trasmissibili nel mondo è in continuo aumento, grazie anche alla maggiore mobilità e all'aumento della tendenza ad avere rapporti sessuali con più persone senza utilizzare alcun mezzo di prevenzione.

In base a questi dati l'OMS ha incluso la lotta alle malattie sessualmente trasmissibili tra le priorità assolute di salute pubblica.

Tra gli agenti patogeni responsabili segnaliamo Herpes Simplex Virus-1, Herpes Simplex virus -2, Citomegalovirus, Papillomavirus (HPV), epatite A, epatite B, epatite C. Alcune di queste infezioni virali sono prevenibili con la vaccinazione, per esempio il vaccino per epatite A, epatite B ed il vaccino per HPV. Oltre a questi temibili virus è bene ricordare anche le infezioni sostenute dal *Treponema pallidum* (Sifilide), *Nesseriagonorrhoe* (Gonorrea), *Haemophilus ducrey* (Ulcera Venerea) e la *Chlamydia trachomatis* (linfogramuloma venereo). *La più temibile patologia trasmessa per via sessuale rimane il virus dell'HIV*. Il retrovirus dell'HIV viene trasmesso attraverso il contatto con alcuni liquidi biologici, quali sangue, sperma e secreti vaginali e le mucose o soluzioni di continuo della cute.

Una volta penetrato all'interno del corpo umano HIV determina una infezione, dapprima acuta e poi cronica che coinvolge diverse cellule e tessuti, ed in particolar modo riduce una sottopopolazione dei globuli bianchi (linfociti T CD4+). Queste cellule circolanti hanno un ruolo molto importante nel controllo delle infezioni. L'infezione di HIV porta ad una graduale riduzione numerica e funzionale di queste cellule fino allo svilupparsi di un'immunodeficienza, cioè della capacità del nostro organismo di difendersi dalle aggressioni esterne di patogeni. L'aggravamento della malattia può avvenire in tempi variabili, da pochi mesi a più di un decennio. L'evoluzione della malattia prevede tre differenti fasi: la prima di queste è l' infezione acuta, che segue il momento del primo contatto con HIV, in cui la persona che contrae l'infezione è generalmente asintomatica oppure può presentare sintomi aspecifici simili a quelli della mononucleosi (febbre, stanchezza, aumento dimensionale dei linfonodi, e talvolta con la comparsa di un esantema cutaneo, "macchie sul corpo"). Successivamente, si verifica una fase di latenza, di durata molto variabile (da alcuni mesi ad alcuni anni), durante la quale il soggetto può essere totalmente asintomatico o manifestare solo sintomi subdoli, di scarso rilievo e difficilmente obiettabili. Infine, la terza fase è quella della malattia conclamata (sindrome da immunodeficienza acquisita), caratterizzata da infezioni opportunistiche (altre infezioni sovrapposte) e da alcuni tipi di tumori maligni, entrambe associate all'immunodeficienza.

La presenza di una o più di queste condizioni configura il quadro di una vera e propria sindrome secondaria all'immunodeficienza e segnala la condizione nota come AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome). La diagnosi precoce di infezione al virus dell'HIV e l'avvio di una tempestiva terapia antivirale possono bloccare l'avanzamento della malattia ed impedire lo sviluppo di tale sindrome. Per questo motivo conoscere e prevenire HIV sono fondamentali, consentono di evitare nuovi casi di infezione da HIV e rendono consapevole del rischio di infezione chi abbia in realtà già avuto dei comportamenti a rischio, in modo da consentirgli di effettuare il test dell'HIV.

La stima della diffusione del virus HIV a livello mondiale, sempre utilizzando come fonte l'OMS mostra come, nel 2015, il numero di persone che vivono con HIV si sia attestato intorno ai 36.7 milioni (34-39.8 milioni). Le nuove infezioni nello stesso anno sono state circa 2.1 milioni (1.8-2.4 milioni), con numeri sostanzialmente stabili rispetto al 2010. Quindi, nonostante le conoscenze su HIV progrediscono, il numero di pazienti nel mondo rimane stabile, il numero di decessi totali di circa 1.1 milioni (940.000-1.3 milioni) per anno rende ancora più drammatico questo scenario. In Italia la disponibilità completa dei farmaci antiretrovirali ha consentito di prendere in cura quasi tutti i pazienti con infezione da HIV che sono a conoscenza della loro patologia, a differenza dei paesi più poveri o con più disuguaglianze del mondo dove la terapia è per pochi (costo dei farmaci, stigma, pregiudizio, ignoranza, abusi di potere, etc). I dati del nostro paese sono però ancora preoccupanti: prima di tutto l'incidenza delle nuove infezioni da HIV mostra un andamento sostanzialmente stabile dal 2009 al 2014, con un numero totale di casi che oscilla intorno ai quattromila. Inoltre, per quanto l'età mediana alla diagnosi sia di 39 anni per gli uomini e di 36 anni per le donne, la classe di età con incidenza più alta è stata quella compresa tra i 25 e i 29 anni, con 15.6 casi per 100.000 residenti. Il 22% circa del totale delle nuove diagnosi italiane si concentra tra i 15 e i 29 anni. Altro motivo di insoddisfazione è rappresentato dalla persistenza di circa un 35% di pazienti che giunge alla diagnosi con un grado di immunodepressione avanzata, segnalato da una conta di linfociti T CD4+ < 200 cell/mm³. A sottolineare il basso tasso di consapevolezza della popolazione italiana e quindi della necessità di uno screening per HIV più efficace, il dato che mostra come nel 26.6% dei casi la sierologia venga eseguita già in presenza di sintomi clinici. In questi lunghi 30 anni di battaglia socio-sanitaria contro il virus dell'HIV abbiamo assistito a molteplici rivoluzioni in campo medico. L'approccio olistico a questa patologia ha generato una categoria di medici e scienziati globalizzati alla costante ricerca di nuove sfide.

Nel futuro prossimo HIV dominerà ancora la scena delle Malattie Infettive, siamo ancora distanti da un vaccino e non abbiamo una terapia eradicante come per il virus dell'epatite C. Le terapie antivirali contro HIV sono efficaci, oggi l'aspettativa di vita delle persone con HIV nei paesi industrializzati sfiora, in termini di durata, quella delle persone senza infezione, ma solo l'impiego dei farmaci, senza una vera prevenzione dei casi, non riuscirà a contenere il problema. Compito degli esperti quindi non sarà solo quello di curare ma anche quello di diffondere la consapevolezza che l'HIV è prevenibile con un corretto stile di vita e con educazione sessuale fornita ai più giovani senza tabù e menzogne.

COMUNICAZIONE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

Quando parliamo di malattie sessualmente trasmissibili non possiamo prescindere da alcune considerazioni generali: la vita sessuale degli adolescenti è sempre più precoce (il 25% ha il primo rapporto completo prima dei 14 anni, 2014), e la diffusione delle malattie sessualmente trasmissibili non accenna a diminuire, con particolare attenzione all'infezione da HIV (circa quattromila nuove diagnosi l'anno in Italia nel periodo 2010-2015).

Il diritto alla salute, compresa quella sessuale, è sancito dalla Costituzione (art 32) e da numerose leggi o normative anche al livello mondiale (Convenzione di New York 1989), soprattutto in ambito minorile. Insegnare a bambini e ragazzi quali sono i corretti stili di vita affrontando argomenti come quelle dell'alimentazione, del fumo, dell'alcol, delle dipendenze in genere, della delinquenza, non può prescindere da una corretta informazione anche riguardo alla sessualità.

Attraverso il prossimo Piano Nazionale AIDS (PNAIDS 2017-19), le principali agenzie della salute supportati dai massimi esperti al livello nazionale, hanno evidenziato che affrontare il tema della salute sessuale non è più una scelta, è un obbligo, è la necessaria constatazione del bisogno presente di prevenire la diffusione dell'HIV superando la discontinuità degli interventi messi in atto negli ultimi dieci anni. Il ministro della salute, nella relazione annuale al Parlamento riguardo all'HIV (2016), ha ribadito che "Uno dei punti chiave è la comunicazione, istituzionale e non solo, diffusa in molteplici contesti per rafforzare la percezione del rischio dell'infezione da HIV, sensibilizzare sulla modalità di trasmissione e sulle misure di prevenzione". Devono essere implementate le misure preventive riguardo all'HIV, questa è la conclusione del ministro della salute.

E' necessario superare le difese che la società e la cultura dell'immagine facilmente utilizzano per non affrontare le tematiche della salute sessuale: "se una persona ha una malattia sessualmente trasmissibile si vede o si capisce". Questo è drammaticamente falso. Nel caso specifico dell'HIV il nodo critico del presente è che si continua a mantenere un'immagine ancorata al passato, ad informazioni ferme a trent'anni fa, che ostacolano la costruzione di un'idea corretta e aderente alla realtà. In alternativa, l'HIV non si conosce, non si ha paura, ma non si ha neanche alcuna consapevolezza della sua presenza e dei rischi ad esso legati.

Le persone sieropositive in Italia oggi vivono con un'elevata qualità di vita, hanno un'aspettativa di vita simile agli altri cittadini italiani, e, dal punto di vista dell'età, della cultura, del livello economico e della posizione sociale, non hanno alcuna caratteristica che li possa distinguere. Ai circa centomila sieropositivi diagnosticati, quasi nella totalità presi in carico e sotto terapia farmacologica, se ne devono aggiungere *cinquantamila che non sanno di aver contratto l'infezione da HIV*. Questo dato va tenuto in fortissima considerazione: 50.000 persone sieropositive, sessualmente attive, non conoscono il proprio stato sierologico, non sono consapevoli di poter contagiare altre persone. Questo pone l'attenzione su un nodo fondamentale: proteggersi dall'HIV è un atto di consapevolezza e di responsabilità per la propria salute che non ha nulla a che vedere con la fiducia nell'altro, esistono molte persone che in buona fede possono definirsi sani senza sapere di essere stati contagiati.

Tra le nuove diagnosi nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 24 anni (dato riferito al 2015) sono stati registrati 250 casi circa, questo dato e la quotidiana esperienza dei clinici nei reparti di infettivologia segnala che gli adolescenti contraggono il virus e non sono consapevoli dei rischi che corrono nella loro vita sessuale. La diagnosi in Italia avviene in oltre il 70% dei casi quando il virus è già presente da diversi anni, in stadi avanzati della malattia.

E' quindi necessario coltivare una nuova consapevolezza negli adolescenti prima che possano iniziare la propria vita sessuale, quindi durante il ciclo della scuola secondaria di primo grado. La scuola ha la responsabilità di formare tutte le nuove generazioni in molti ambiti della vita, la salute è spesso al centro di molti interventi anche di esperti provenienti dal mondo del sistema sanitario nazionale, ma l'approfondimento delle tematiche sessuali appare frequentemente delegato alla disponibilità di singoli insegnanti o dirigenti scolastici ad affrontare il tema. E' quindi necessaria una riflessione in cui il mondo della scuola apra un confronto costruttivo con i genitori per arrivare a condividere lo stesso obiettivo: la salute.

Una delle principali criticità sottolineate dal mondo della scuola, nel tentativo di affrontare le tematiche sessuali, è la *resistenza delle famiglie*. Alcuni insegnanti segnalano il rischio di denunce, ma questa difficoltà va affrontata incontrando i genitori e superando pregiudizi o paure ancorate al passato. Molti genitori appartengono a generazioni che hanno conosciuto il virus dell'HIV negli anni '80 e '90, quando era associato alla tossicodipendenza o all'omosessualità. Questo è un dato legato al passato o allo stigma, nel 2015 l'85% delle nuove infezioni da HIV sono state contratte per via sessuale, solo il 2% per via iniettiva. Tutte le persone sessualmente attive possono contrarre il virus dell'HIV.

Affrontare il tema delle malattie sessualmente trasmissibili è stabilito tra gli "obiettivi specifici della classe terza" (scuola secondaria di I grado) nelle indicazioni nazionali per i piani di studio, quindi non rappresenta un'azione inappropriata da parte della scuola. Da un punto di vista concreto essere sieropositivi comporta la convivenza con una malattia cronica che richiede l'uso di terapie quotidiane e controlli ospedalieri periodici. Ma nelle relazioni, soprattutto affettive, è presente per molti la paura del rifiuto e dello stigma. Le principali frustrazioni e sofferenze presenti nella vita delle persone sieropositive sono legate alla paura, all'ignoranza e soprattutto al silenzio. Non si parla di HIV. L'indagine Eurisko del 2014 dal titolo "HIV: le conoscenze e le percezioni", ha mostrato un dato preoccupante: il 71% degli intervistati avrebbe difficoltà a rapportarsi con una persona sieropositiva. Se la percezione del rischio teorico di contagio è molto elevata (58%), in realtà solo il 6% degli italiani si ritiene realmente a rischio. Solo un italiano su dieci ritiene che le persone mettano in atto comportamenti preventivi, quindi utilizzando il *preservativo*.

Le nuove generazioni hanno un approccio molto aperto e libero riguardo all'HIV, non hanno vissuto gli anni in cui sinonimo di HIV era morte, colpa e giudizio negativo. Non hanno alcuna percezione del rischio, hanno in alcuni casi conoscenze teoriche, ma sono portati a non proteggersi da qualcosa che non conoscono. E' possibile quindi parlare di malattie sessualmente trasmissibili e dare i due principali messaggi per proteggersi e per conoscere il

proprio stato di salute: 1) usare il preservativo in qualsiasi rapporto sessuale e 2) fare controlli medici in caso di rapporti sessuali con partner di cui non è noto lo stato di salute oppure in caso di rapporti sessuali promiscui.

Il colloquio con il proprio medico di medicina Generale/pediatria è un primo passo fondamentale per dare la giusta dimensione al problema, ma qualora questa barriera sia insormontabile (difficoltà alla comunicazione, paura che riferisca ai propri genitori, amici, parenti, etc) meglio rivolgersi presso gli ambulatori che si occupano di malattie a trasmissione sessuale. Un'attenta visita medica può individuare i primi segni di malattie sessualmente trasmesse, così come un accurata anamnesi possono orientare il medico a richiedere i giusti esami.

Per molte malattie sessualmente trasmissibili esistono esami diagnostici che consentono di individuare queste patologie anche senza in presenza di segni e sintomi. Sifilide, epatite C, Epatite B per esempio possono essere individuate facilmente attraverso degli esami ematici, così come eseguire dei tamponi genitali può rilevare altre patologie (Gonococco, Clamidia).

Anche il virus dell'HIV è facilmente rintracciabile attraverso un esame del sangue. Il test per l'HIV è gratuito nelle strutture pubbliche e può essere preceduto da un colloquio medico paziente per meglio delimitare il rischio. L'esecuzione del test permette di escludere l'infezione oppure di confermarla. Consente inoltre di fornire indicazioni di massima sul periodo di contagio (recente o cronica). Molte strutture ospedaliere e sul territorio dispongono di *test di quarta generazione* che riducono il cosiddetto periodo finestra. Da segnalare come da qualche mese sia disponibile nelle farmacie un *kit per l'autodiagnosi*, con un metodo molto simile alla determinazione della glicemia per i diabetici. Inoltre esistono dei test eseguiti tramite tampone buccale, questi ultimi validi anche per il virus dell'HCV. La comunità degli adulti, consapevoli dei rischi presenti in ambito della salute sessuale, rappresentata soprattutto da chi lavora nelle istituzioni (scuola e sanità in primis), ha la responsabilità di garantire anche ai minorenni la conoscenza necessaria a fare le scelte più adeguate per salvaguardare il proprio stato di salute.

L'obiettivo di un intervento formativo, in materia di salute sessuale, va orientato ai principi di conoscenza, consapevolezza e libertà di scelta, onde garantire alle nuove generazione la possibilità di non contrarre una o più patologie croniche (per es. l'HCV) che si possono evitare attraverso comportamenti protettivi.

In ambito di comunicazione e informazione relativo all'HIV è possibile utilizzare diversi strumenti (dal manifesto tradizionale ai laboratori didattici) pensati e realizzati per la scuola secondaria di I grado attraverso una convenzione tra Dipartimento di Scienze per la Salute, Dipartimento di Scienze dell'Architettura e ANLAIDS Liguria Onlus (progetto "Being Positive – Comunicare l'HIV" 2016).

LA CULTURA VACCINALE

Roberto Rosselli

LE PALAFITTE DELLA SCIENZA

Parlare di cultura vaccinale oggi significa affrontare il tema della consapevolezza e della scelta individuale sulla salute propria o dei propri cari.

Proprio la crescita dell'offerta di comunicazione *health related*, e l'aumento dell'alfabetizzazione sanitaria, sono paradossalmente all'origine di una maggior critica della medicina tradizionale.

Ecco che sembrano riecheggiare come attuali le parole del filosofo Karl Popper: "La Scienza non posa su un solido strato di roccia...l'ardita struttura delle sue teorie si eleva sopra una palude... È' come un edificio costruito su palafitte...

...ci fermiamo quando siamo soddisfatti e riteniamo che almeno per il momento i sostegni siano abbastanza stabili da sorreggere la struttura."

Ebbene emerge sicuramente la necessità di *conficcare sempre più a fondo le palafitte dell'evidenza scientifica...*, ma nella consapevolezza forte, che i vaccini di cui disponiamo oggi, sono la più efficace forma di prevenzione (verso le malattie infettive) a difesa della nostra salute, e certamente domani lo saranno ancor più, soprattutto verso le patologie cronico –degenerative (es. i tumori).

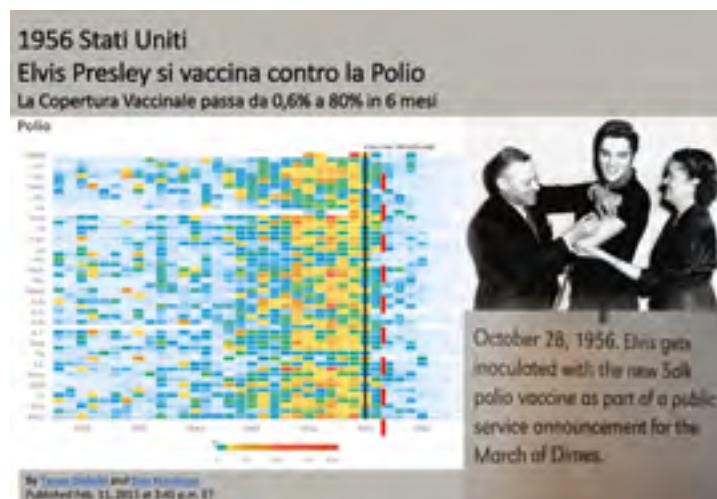
Ma perché parliamo di cultura vaccinale? Perché la pratica vaccinale è un patrimonio culturale dell'umanità; nasce concettualmente con il principio del "similia similibus curantur" in quanto per proteggere da una determinata malattia, si somministra una piccola dose del patogeno che la causa. Curare il simile col simile era un principio noto a molti popoli del passato: lo conosceva il medico greco Ippocrate nella Grecia del IV secolo a.C., l'aveva scoperto Paracelso nel Rinascimento, l'avevano adoperato come metodo curativo anche i cinesi. Proprio ai cinesi si deve la pratica della "variolizzazione", consistente nell'inoculare o far inalare ad una persona sana il materiale proveniente dalle pustole di pazienti colpiti dal vaiolo. Già in uso in Cina nel X secolo, la pratica arrivò in Turchia, dove nel 1714 venne descritta da due medici italiani Jacopo Pilarino e il suo allievo Emanuele Timoni. Lo stesso Timoni sottopose a variolizzazione nel 1718 il figlio di 5 anni della moglie dell'ambasciatore britannico a Costantinopoli, Mary Wortley Montagu.

L'introduzione della pratica nel Regno Britannico, è il preambolo della prima vera vaccinazione : nel 1796 Edward Jenner sottopose a vaccinazione (inoculazione) contro il vaiolo un bambino di 8 anni James Phipps, che divenne immune alla malattia.

Tra i letterati che subito celebrarono l'innovativa pratica preventiva possiamo annoverare Voltaire, Beccaria, Parini, Alessandro e Pietro Verri. Napoleone Bonaparte in quegli anni rese obbligatorio il vaccino per il suo esercito, e potremmo continuare con molti altri episodi storici.

Un'avventura scientifica e culturale dunque che arriva fino ai nostri giorni, nei quali l'esitazione vaccinale è argomento di pubblico dibattito.

L'ESITAZIONE VACCINALE



Molti anni fa, quando la percezione di determinate malattie era molto forte, poteva bastare un testimonial d'eccezione per ottenere risultati eccezionali. Storicamente famoso il caso del cantante statunitense Elvis Presley, che si sottopose alla vaccinazione di fronte a fotografi e telecamere negli studi della Cbs di New York, facendo impennare le adesioni e contribuendo alla scomparsa (in alcune parti del mondo) di questa terribile malattia che nel 1952 aveva fatto registrare negli USA 58 mila casi.

Nel 1962 i casi di poliomielite, anche grazie ad Elvis Presley, erano scesi a 910.

L'Esitazione vaccinale (Vaccine Hesitancy) del XXI Secolo, è maggiormente stratificata e complessa.

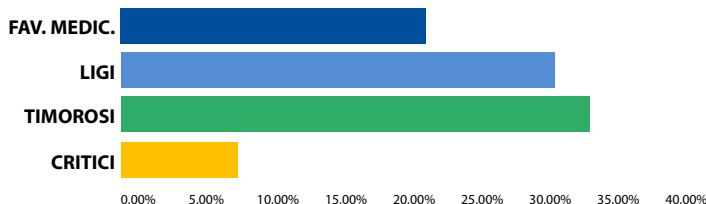
Il termine comprende i concetti di: indecisione, incertezza, ritardo, riluttanza.

In un indagine del 2014 il CENSIS, rilevò l'esistenza tra i genitori italiani di 4 posizioni nei confronti dell'offerta vaccinale: i Favorevoli medicalizzati, i Ligi, i Timorosi, i Critici.

Questa classificazione, rispecchia ancora oggi i *sentiments* nazionali, sulla pratica vaccinale in Italia.



2014 - LA CULTURA DELLA VACCINAZIONE IN ITALIA: UN'INDAGINE SUI GENITORI



Se analizziamo maggiormente le categorie dei Timorosi e dei Critici, possiamo evidenziare i 6 motivi principali di Esitazione Vaccinale in Europa:

- Controllo della Salute e Filosofie-Credenze familiari
 1. Alcune persone hanno avuto in passato esperienze negative con il Sistema Sanitario
 2. Alcune persone diffidano dei Governi, delle Corporazioni, dei Sistemi Sanitari Pubblici
- Controllo della Salute e Filosofie-Credenze familiari
 3. Alcune persone cercano di controllare la salute, in un mondo imprevedibile attraverso mezzi alternativi
 4. Alcuni genitori hanno filosofie che portano ad evitare la medicina tradizionale
- Credenza nel *Fato* e Scetticismo-Avversione verso la Scienza ufficiale e i prodotti chimico-farmaceutici
 5. Alcune persone temono più i piccoli rischi potenziali delle vaccinazioni, dei rischi probabili delle malattie
 6. Alcune persone hanno paura delle sostanze chimiche e un senso frainteso della Scienza

Fonte: Voiceforvaccine.org 2016

Una delle principali accuse nei confronti di chi promuove le vaccinazioni, è che si intenda promuovere un importante business economico. È dunque rilevante osservare come nel 2017 (Rapporto OsMed 2017) a fronte di una spesa farmaceutica totale, pubblica e privata, pari a 29,8 miliardi di euro, di cui il 75% rimborsato dal SSN, la spesa per il sottogruppo dei Vaccini abbia rappresentato appena il 2,2% del totale.

Rapporto OsMed 2017 – L'uso dei Farmaci in Italia –
Luglio 2018

Gruppo	Spesa totale (in mil)	% su spesa SSN
Sottogruppo		
Vaccini	487,6	2,2
Vaccini meningococcici	164,3	0,7
Vaccini pneumococcici	100,8	0,5
Vaccini batterici e virali in associazione	76,6	0,3
Vaccini influenzali	47,1	0,2
Vaccini morbilloso	35,7	0,2
Vaccini contro il papillomavirus	23,1	0,1
Vaccini varicellosi zoster	10,5	0,0
Vaccini pertossici	7,9	0,0
Vaccini della diarrea da rotavirus	7,9	0,0
Vaccini epatitici	7,4	0,0
Altri vaccini	6,3	0,0

Alla base della a Vaccine Hesitancy attuale, vi sono tre fenomeni culturali/comunicativi :

1 - LA DISINTERMEDIAZIONE DIGITALE

Tendenza dei creatori/produttori di contenuti digitale a **eliminare i punti di mediazione** rispetto all'utenza.

(Kelly, 1998, Roncaglia, 2011).

Il massivo utilizzo del WEB, dove si è disciolto tutto il sapere umano, in una forma liquida sicuramente accessibile a tutti, (in qualsiasi momento, in qualsiasi luogo) ma priva di gerarchie, ha creato un nuovo paradigma postmoderno della sanità :

- il potere si sposta dai medici ai pazienti/utenti,
- la legittimità della scienza è messa in discussione,
- la competenza viene ridefinita

Si pensa di poter acquisire facilmente conoscenze e competenze in qualsiasi campo attraverso il WEB.

2 - LE ECHO CHAMBER

Si sono sviluppati e consolidati contesti e condizioni che, sui media (con particolare riferimento ai social media), portano alla creazione di uno stato di isolamento ideologico degli individui. All'interno delle cosiddette camere dell'eco, infatti, circolerebbero per lo più notizie e fonti con una natura confermativa delle proprie posizioni politiche, religiose, sanitarie ecc. degli individui.

3 - L'EPOCA DELLA POST VERITÀ (POST-TRUTH)

La verità viene considerata una questione di secondaria importanza.

In una discussione caratterizzata da "post-verità", i fatti oggettivi, chiaramente accertati, sono meno influenti nel formare l'opinione pubblica rispetto ad appelli a emozioni e convinzioni personali.

LA CARTA ITALIANA PER LA PROMOZIONE DELLE VACCINAZIONI

A CURA DI #TEAMVAXITALIA / APRILE 2016

La Carta italiana per la promozione delle vaccinazioni ("la Carta") è una chiamata all'azione e uno strumento di advocacy per offrire, a tutti coloro che desiderano impegnarsi, l'opportunità di sostenere e diffondere l'importanza dei programmi vaccinali. Le organizzazioni e gli individui interessati a questa finalità possono utilizzare la Carta per sensibilizzare e unire i decisori a livello nazionale, regionale e locale.

I principi fondamentali:

1) Diritto alla prevenzione

I vaccini sono una preziosa opportunità di prevenzione. Le vaccinazioni sono lo strumento con il quale, in Italia, migliaia di vite all'anno vengono protette da malattie prevenibili. Essere protetti da tali malattie è un diritto di ogni singolo individuo.

2) Responsabilità sociale

Oltre all'indiscutibile valore individuale le vaccinazioni sono lo strumento più efficace per proteggere la salute collettiva, attraverso l'immunità di gregge.

È quindi dovere delle autorità sanitarie e degli organi di informazione nonché impegno dei singoli cittadini interessati, promuovere l'importanza delle vaccinazioni, in un processo di coinvolgimento di tutte le parti.

3) Informazione

La decisione di vaccinare deve essere consapevole e informata. L'informazione sui vaccini deve essere trasparente, accessibile, accurata, completa e di facile comprensione, nonché fare riferimento alle migliori evidenze scientifiche. L'informazione deve essere acquisita responsabilmente e deve essere diffusa responsabilmente.

4) Contrasto alla disinformazione

La diffusione di informazioni non corrette sulle vaccinazioni, sempre più presente in vari ambiti comunicativi, ha portato a gravi danni ai singoli e alle comunità. Tale disinformazione va contrastata.

5) Comunicazione

Considerando i cambiamenti avvenuti negli ultimi anni nel mondo della comunicazione, risulta necessario proporre nuovi modelli comunicativi che rafforzino la reputazione e la credibilità delle istituzioni; essi devono essere pianificati, tempestivi, coerenti, coordinati, proattivi, basati sul dialogo e inclusivi dei nuovi social media.

6) Qualità

Come tutti gli atti sanitari anche le attività vaccinali devono rispondere a requisiti di qualità. Le risorse dei Servizi vaccinali devono essere appropriate e il personale deve essere qualificato e costantemente aggiornato.

L'OFFERTA VACCINALE IN ITALIA

Il Calendario vaccinale attuale, incluso nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (Conferenza Stato-Regioni con Intesa del 19 gennaio 2017), è stato inserito nel DPCM sui Livelli essenziali di assistenza (LEA). Il Decreto vaccini (Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, come modificato dalla Legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119), ha successivamente reso obbligatorie per i minori di 16 anni dieci delle vaccinazioni e ne ha fortemente raccomandate quattro ad offerta attiva e gratuita.

BAMBINI DA ZERO A 6 ANNI

Anti-difterica: ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita e richiamo a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-poliomielite: ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita e richiamo a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-tetanica: ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita e richiamo a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-epatite virale B: 3 dosi nel primo anno di vita (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-pertosse: ciclo di base 3 dosi nel primo anno di vita e richiamo a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-Haemophilus influenzae tipo b: 3 dosi nel primo anno di vita (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-meningococcica B: 3 o 4 dosi nel primo anno di vita, a seconda del mese di somministrazione della prima dose (fortemente raccomandata per i nati a partire dal 2017)

Anti-rotavirus: 2 o 3 dosi nel primo anno di vita, a seconda del tipo di vaccino (fortemente raccomandata per i nati a partire dal 2017)

Anti-pneumococcica: 3 dosi nel primo anno di vita (fortemente raccomandata per i nati a partire dal 2012)

Anti-meningococcica C: 1° dose nel secondo anno di vita (fortemente raccomandata per i nati a partire dal 2012)

Anti-varicella: 1° dose nel secondo anno di vita e 2° dose a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2017)

Anti-morbillo: 1° dose nel secondo anno di vita e 2° dose a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-parotite: 1° dose nel secondo anno di vita e 2° dose a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-rosolia: 1° dose nel secondo anno di vita e 2° dose a 6 anni (obbligatoria per i nati dal 2001)

ADOLESCENTI DA 7 A 16 ANNI

Anti-difterica: richiamo (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-poliomielite: richiamo (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-tetanica: richiamo (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-pertosse: richiamo (obbligatoria per i nati dal 2001)

Anti-HPV per le ragazze e i ragazzi (2 dosi nel corso del 12° anno di vita)

Anti-meningococcica tetravalente ACWY135 (1 dose)

ADULTI

Anti-pneumococcica nei 65enni

Anti-zoster nei 65enni

Anti-influenzale per tutte le persone oltre i 64 anni.

CATEGORIE A RISCHIO

Il PNPV 2017-2019 prevede anche l'offerta a diverse categorie di persone sulla base dell'esistenza di determinate condizioni di rischio.

Il calendario vaccinale del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019

Vaccino	0gg-30gg	3° mese	4° mese	5° mese	6° mese	7° mese	11° mese	13° mese	15° mese	6° anno	12°-18° anno	19-49 anni	50-64 anni	> 64 anni	Soggetti ad aumentato rischio
DTPa**		DTPa		DTPa			DTPa			DTPa***	dTpaIPV	1 dose dTpa**** ogni 10 anni			(1)
IPV		IPV		IPV			IPV			IPV					
Epatite B	EpB-EpB*	Ep B		Ep B			Ep B								(2)
Hib		Hib		Hib			Hib								(3)
Pneumococco		PCV		PCV			PCV							PCV+PPSV	(4) ^^
MPRV								MPRV		MPRV					(6) ^
MPR								oppure MPR + V		oppure MPR + V					(5) *****
Varicella															(6)^
Meningococco C								Men C [§]			Men ACWY coniugato				(7)
Meningococco B [^]		Men B	Men B		Men B			Men B							
HPV											HPV [°] : 2-3 dosi (in funzione di età e vaccino)				(8)
Influenza														1 dose all'anno	(9) °°
Herpes Zoster														1 dose#	(10)
Rotavirus		Rotavirus## (due o tre dosi a seconda del tipo di vaccino)													
Epatite A															(11)

Legenda: Vaccinazioni Obbligatorie

IPV	=	vaccino antiglio inattivato
Ep B	=	vaccino contro il virus dell'epatite B
Hib	=	vaccino contro le infezioni invasive da Haemophilus influenzae tipo b
DTPa	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare
dTpa	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare, formulazione per adulti
dTpa-IPV	=	vaccino antidifterite-tetano-pertosse acellulare e polio inattivato, formulazione per adulti
MPRV	=	vaccino trivalente per morbillo, parotite, rosolia e varicella
MPR	=	vaccino bivalente per morbillo, parotite, rosolia
V	=	vaccino contro la varicella
PCV	=	vaccino pneumococcico coniugato
PPSV	=	vaccino pneumococcico polisaccaridico
MenC	=	vaccino contro il meningococco C coniugato
MenB	=	vaccino contro il meningococco B
HPV	=	vaccino contro il papillomavirus
Influenza	=	vaccino contro l'influenza stagionale
Rotavirus	=	vaccino contro i rotavirus

	Co-somministrare nella stessa seduta
	Somministrare in seduta separata
	Vaccini per categorie a rischio

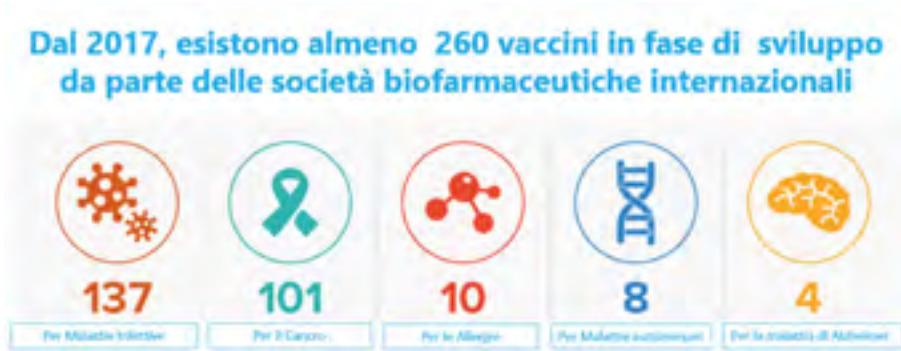
- (1) **dTpa**: numero di dosi a seconda che si tratti di ciclo di base o di booster; per le donne, al terzo trimestre di ogni gravidanza (idealmente 28a settimana)
- (2) **Epatite B**: 3 Dosi. Pre Esposizione (0, 1, 6 mesi) 4 Dosi: Post Esposizione (0, 2, 6 settimane + booster a 1 anno) o Pre Esposizione imminente (0, 1, 2, 12)
- (3) **Hib**: per soggetti a rischio di tutte le età mai vaccinati in precedenza - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (4) **PCV**: fino ai 5 anni, poi PCV/PPSV
- (5) **MPR**: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza, a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti della varicella, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino trivalente MPR con quello monovalente contro la varicella o l'impiego del trivalente MPRV
- (6) **Varicella**: 2 dosi ad almeno 4 settimane di distanza, a seconda dell'età e dello stato immunitario nei confronti di morbillo, parotite e rosolia, è anche possibile la co-somministrazione del vaccino monovalente contro la varicella con quello trivalente MPR o l'impiego del trivalente MPRV
- (7) Ai soggetti ad aumentato rischio offrire, **meningococco ACWY** e **meningococco B** - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (8) **HPV**: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (9) **Influenza**: tutte le età come da scheda tecnica - numero di dosi come da scheda tecnica a seconda dell'età
- (10) **Herpes zoster**: a partire dai 50 anni di età
- (11) **Epatite A**: numero di dosi come da scheda tecnica

IL FUTURO DEI VACCINI

Mentre possiamo attribuire molti successi di salute pubblica alla vaccinazione, il futuro presenta sfide continue. La ricerca permetterà di sviluppare vaccini ancora più efficaci di quelli oggi disponibili. Nuove tecniche sono già utilizzate per creare vaccini innovativi, come ad esempio: i Vaccini ricombinanti vivi e i Vaccini a DNA . Tra gli obiettivi dei ricercatori inoltre: maggiore efficacia, personalizzazione, costi inferiori e nuove vie di somministrazione.

Nel futuro prossimo potremo disporre di vaccini efficaci contro:

- La malaria
- HIV
- Alcuni tumori (come Tumori cerebrali, Cancro del seno, Carcinoma prostatico)
- Malattie neurodegenerative (come Parkinson e Alzheimer)
- Tabagismo
- Aterosclerosi



NOZIONI DI PRIMO SOCCORSO ANCHE PER I RAGAZZI Anafilassi, uso defibrillatore e manovra antisoffocamento

Alberto Ferrando

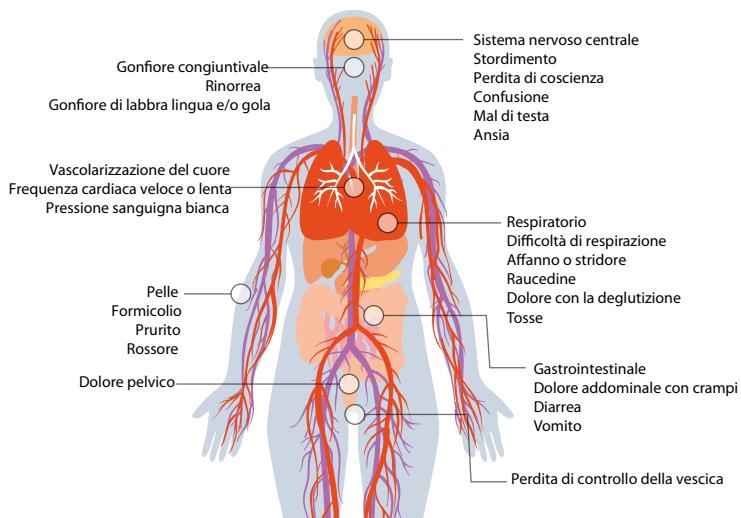
ANAFILASSI

COSA SAPERE

“Il cardine del trattamento dell’anafilassi in emergenza è il riconoscimento precoce e l’immediato trattamento con somministrazione di adrenalina per via intramuscolare”.

(ERC: European Resuscitation Council, 2015)

L’anafilassi (dal greco ana + phylaxis = iper-protezione) è una reazione allergica grave a rapida evoluzione in cui si manifestano importanti segni e sintomi cutanei e generali, a carico di tutto l’organismo, con esito potenzialmente fatale. Nella sua piena espressione comprende orticaria (pomfi) e edema (gonfiore) di zone ampie della pelle con ipotensione (drammatico abbassamento della pressione del sangue), laringospasmo o edema della glottide e/o broncospasmo. Le manifestazioni possono essere a carico di più organi ed apparati.



Da: EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology).

<http://www.eaaci.org/attachments/131119%20EAACI%20Allergens%20Brochure%20ITALIANO.pdf>

L'anafilassi prevede una fase asintomatica di "sensibilizzazione" (ad esempio la prima puntura d'insetto prepara la reazione che si manifesta alla successiva puntura) e una seguente fase sintomatica scatenata alla riesposizione allo stesso allergene.

L'anafilassi può avvenire in individui dopo l'esposizione a una sostanza cui essi sono allergici. Tale sostanza può anche essere stata tollerata in passato.

Le sostanze che più comunemente possono scatenare un'anafilassi sono gli alimenti, i farmaci e le punture d'insetti. La maggior parte dei casi avviene tra i bambini e gli adolescenti.

Qualora ci sia stato un ricovero in Pronto Soccorso per anafilassi o ci sia un qualsiasi dubbio sul fatto che si sia avuta una reazione anafilattica, è necessario richiedere un consulto dello specialista in allergologia per:

1. Confermare o smentire la diagnosi di anafilassi;
2. Identificare la sostanza scatenante attraverso il racconto dell'accaduto (anamnesi), i test cutanei (prick test) e altri esami che l'allergologo riterrà di fare;
3. Ricevere un'adeguata educazione sulla prevenzione e sull'iniziale trattamento di possibili episodi futuri;
4. Iniziare un trattamento specifico (vaccino) quando sia disponibile e indicato.

CAUSE DI ANAFILASSI

Malgrado tutti gli alimenti possano scatenare una reazione anafilattica, alcuni di essi sono spesso più responsabili di tali reazioni. Tra gli alimenti più coinvolti troviamo frutta a guscio, frutti di mare, le arachidi, il latte e le uova.

Una forma particolare di anafilassi è quella indotta dall'esercizio fisico in cui, oltre all'assunzione di particolari alimenti, è sempre presente l'attività fisica.

Come per gli alimenti, anche tutti i farmaci possono provocare delle reazioni allergiche. Quelli più comunemente coinvolti in reazioni allergiche sono gli antibiotici seguiti dai farmaci antiepilettici, antipertensivi, i mezzi di contrasto radiografici, gli antidolorifici, il lattice, etc.

Le punture di alcuni insetti come le vespe, le api e calabroni possono provocare reazioni allergiche fatali (leggi anche l'articolo "Punture d'insetti").

SINTOMATOLOGIA

- I sintomi possono comparire da subito a poche ore e compaiono generalmente entro 30'-1ora.
- Reazioni meno gravi sono state descritte anche fino a 4 ore.
- Più l'esordio è precoce più la reazione è grave.

I sintomi di anafilassi sono estremamente variabili ed interessano vari organi.

I sintomi possono essere preceduti, talora, da prodromi come formicolio, prurito e senso di calore al cuoicapelluto,

palmi delle mani e piante dei piedi, prurito orale e faringeo, sensazione di gonfiore a labbra e lingua.

Sintomi conclamati

Cavo orale: prurito ed edema di labbra e lingua; sapore metallico in bocca.

Cute: orticaria, arrossamento, prurito, orripilazione.

Gastrointestinale: nausea, dolore addominale. vomito, e diarrea.

Naso: prurito, congestione, rinorrea, starnuti.

Laringe: prurito, senso di ostruzione, disfagia, disfonia, raucedine, tosse secca.

Polmoni: respiro corto, dispnea, senso di soffocamento, tosse abbaiente, fischi.

Cardiovascolare: sensazione di svenimento, sincope, dolore precordiale, aritmia, ipotensione.

Altri: Edema, eritema, prurito periorbitale, eritema congiuntivale.

Cosa fare

- Tranquillizzare il bambino.
- Sdraiare il bambino con le gambe rialzate (se il respiro lo consente) e se cosciente. Se è incosciente ma respira, porlo in posizione laterale di sicurezza.
- Chiamare aiuto, far chiamare il 118/112.
- **Somministrare, se disponibile, adrenalina predosata intra muscolo (vedi dopo).** Tale farmaco nelle prime fasi dell'anafilassi grave migliora le possibilità di sopravvivenza e di rapido recupero grazie alla sua azione rapida e potente ed è più efficace quando somministrata precocemente all'inizio della reazione anafilattica.
- Rimuovere la possibile causa: togliere il pungiglione di ape/vespa o calabrone prima possibile.
- Ripetere la dose di adrenalina IM se non vi è alcun miglioramento nella condizione del paziente entro 5 -15 minuti.
- Se è in arresto cardiaco iniziare la rianimazione cardiopolmonare.
- Ricoverare sempre il bambino in un'area clinica attrezzata per il trattamento, in caso di alterazione delle funzioni vitali. Esiste la possibilità di una ricomparsa precoce dei sintomi (reazione bifasica dal 1 al 20 dei casi di anafilassi) dopo 1-8 ore.

Cosa non fare

- Sottovalutare il problema
- Somministrare farmaci non adatti all'urgenza perché non agiscono immediatamente (il loro uso verrà valutato dai medici successivamente), quali antistaminici e cortisonici per bocca o intramuscolo o endovena.
- Far stare in piedi o far camminare il bambino.

L'ADRENALINA È UN FARMACO SALVAVITA E DEVE ESSERE DISPONIBILE, PER I SOGGETTI A RISCHIO, ANCHE IN COMUNITÀ (ASILI E SCUOLE).

Esistono 2 confezioni di adrenalina autoiniettabile in commercio: una da 0,165 mg (fino a 25 kg di peso) e una da 0,33 mg (oltre i 25 kg di peso). È necessario seguire scrupolosamente alcune regole:

- dopo aver rimosso il tappo a protezione dell'ago, premere con decisione nella regione antero-laterale della gamba per determinare lo scatto della siringa automatica (anche attraverso i vestiti);
- mantenere la pressione per ca. 10 secondi e poi massaggiare per altri 10 secondi per favorire l'iniezione del farmaco;
- ripetere dopo 15 minuti se necessario;
- ricordare che l'adrenalina può causare tachicardia, pallore cutaneo e nausea.

Ferrando, Alberto. Primo Soccorso Pediatrico: Cosa sapere, cosa fare, cosa non fare. Manuale per i genitori, i nonni e tutti coloro che vivono a contatto con i bambini. (Italian Edition) (posizioni nel Kindle 4150-4156). Edizioni LSWR. Edizione del Kindle.

Come utilizzare correttamente l'adrenalina autoiniettabile:

filmato: https://www.youtube.com/watch?v=Wvk1KibTs_4

Fonti

Uso dell'adrenalina nell'anafilassi: https://www.siaip.it/upload/1635_adrenalina-LG-AAITO.pdf

DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO

Il defibrillatore automatico esterno, semiautomatico, utilizzabile da personale non medico che abbia eseguito un corso* (o su autorizzazione del 112) viene chiamato DAE (Defibrillatore Automatico Esterno);

*Il Corso è indispensabile per acquisire abilità a riconoscere un arresto cardiaco e ad acquisire la capacità di fare una rianimazione cardiopolmonare e a saper usare il DAE. Il Defibrillatore è SEMPLICE, SICURO e PER TUTTI, e pur essendo un dispositivo medico (D.lgs 46/97 e direttiva comunitaria 93/42/CEE)

Viene definito come l'elettrodomestico in grado di salvare una vita !!!

Il (DAE) funziona emettendo un impulso elettrico verso il cuore e in modo da ristabilire il corretto battito cardiaco, se presente, che la macchina è in grado di riconoscere

- può essere utilizzato da personale non medico.
- analizza automaticamente il ritmo cardiaco;
- determina con precisione e assoluta sicurezza se la defibrillazione è necessaria, senza intervento dell'operatore;

Il **Defibrillatore Automatico Esterno** è composto da:

- **Batteria** che serve ad alimentare il defibrillatore stesso;
- Una coppia di **Elettrodi** da posizionare sul torace della persona in arresto cardiaco e che servono a registrare il ritmo cardiaco e trasmettere la scarica;
- **Circuiti interni e software** per la gestione del defibrillatore.

Come si utilizza.

1) Accendere il DAE:

si preme il pulsante "ON"; alcuni modelli si attivano automaticamente all'apertura del coperchio.

Una volta attivato il DAE, seguire le indicazioni vocali.

2) Applicare correttamente gli elettrodi sul torace nudo:

prima di collegare gli elettrodi, asciugare il torace se bagnato o raderlo in presenza di petto villosi.

Gli elettrodi devono essere applicati sul torace nudo della persona in arresto cardiaco come raffigurato dai disegni posti sugli elettrodi stessi.

La posizione standard prevede la disposizione di un elettrodo al di sotto della clavicola destra mentre l'altro elettrodo al di sotto dell'area mammaria sinistra lungo la linea ascellare anteriore.

3) Attendere l'analisi del DAE:

in seguito al posizionamento degli elettrodi, il defibrillatore inizierà automaticamente l'analisi; in questa fase è molto importante non toccare la persona in arresto cardiaco per non compromettere l'analisi stessa.

Se il DAE dice "scarica consigliata", si illumina il tasto da premere il pulsante di scarica.

Se il DAE indica "scarica NON consigliata", anche premendo il pulsante per errore, non verrà erogata alcuna scarica.

In entrambi i casi, iniziare la rianimazione cardiopolmonare con 30 compressioni alternate a 2 ventilazioni per 2 minuti fino alla successiva richiesta di analisi del DAE, all'arrivo dei soccorsi o finché la vittima non riprende a respirare.

In caso di shock consigliato, prima di erogare lo shock, allontanare tutti i presenti a voce alta con la formula: "via io, via voi, via tutti": ciò serve ad evitare che lo shock stesso venga inficiato nella sua efficacia.

Se la vittima riprende a respirare, metterla nella posizione laterale di sicurezza senza scollegare gli elettrodi e senza disattivare il DAE.

Utilizzo del DAE su bambini:

Il defibrillatore deve essere utilizzato in modalità pediatrica sui bambini:

- **fino 8 anni di età**
- **fino 25 Kg**

Alcuni modelli hanno come accessori gli elettrodi pediatrici; altri modelli, invece, hanno un selettore di modalità adulto/pediatrico che correttamente selezionato, attiva automaticamente l'appropriato protocollo di energia e quindi non necessita di cambiare gli elettrodi.

Nei bambini e nei lattanti, oltre la posizione standard, si possono posizionare gli elettrodi nella posizione antero-posteriore:

- elettrodo anteriore al di sotto dell'apice del cuore
- elettrodo posteriore dietro al cuore, sotto la scapola sinistra.

Riassumendo:



SOFFOCAMENTO DA CORPO ESTRANEO

Tutti debbono saper fare la manovra antisoffocamento (ANCHE I RAGAZZI). È un dovere verso voi stessi, verso i vostri familiari e i vostri vicini conoscere e capire i semplici provvedimenti che, in caso d'incidente o di malore improvviso, possono essere adottati con prontezza e intelligenza.

IL SOFFOCAMENTO DA CORPO ESTRANEO può avvenire a qualsiasi età ma è più frequente **al di sotto dei 4 anni** ed aumenta il rischio con l'avanzare dell'età e nelle persone affette da disabilità.

I dati raccolti dai Center for Disease Control di Atlanta forniscono i seguenti numeri:

Negli USA, nel 2014, il soffocamento da corpo estraneo è la prima causa di mortalità in età <1 anno, la quarta causa da 1 a 4 anni, la sesta causa da 5 a 9 .E' una causa anche frequente nelle età successive tanto da essere la quinta causa di mortalità

per età oltre ai 65 anni (http://www.cdc.gov/injury/images/lc-charts/leading_causes_of_injury_deaths_unintentional_injury_2014_1040w740h.gif)

IN ITALIA: dati altrettanto precisi in Italia non li abbiamo. Nel 2007 era stato dichiarato che circa 50 bambini, sani, muoiono all'anno per soffocamento da corpo estraneo.

I dati Istat 2007 -2010 indicano numeri più bassi (vedi tabella) ma comunque il fenomeno è rilevante e queste morti possono essere evitate attraverso interventi di prevenzione primaria (dar da mangiare correttamente ai bambini, in base alla loro età e alla capacità di masticare e deglutire) e attraverso la manovra antisoffocamento: prevenzione secondaria.

Statisticamente, quasi il **70%** delle ostruzioni è di natura alimentare di cui il **20%** circa per oggetti e giochi. Sappiamo anche in Italia, (dati progetto "Susy Safe" del Prof. Dario Gregori, Università di Padova, Cattedra di Biostatistica Sanitaria) ben **422 bambini** all'anno vengono ricoverati in Pronto Soccorso per un incidente grave provocato da un alimento/oggetto/giocattolo inalato nelle vie respiratorie. Sono dati che dovrebbero farci riflettere sull'importanza della prevenzione.

DATI ISTAT 2007-2010

classe di età	anno di decesso			
	2007	2008	2009	2010
0-3 anni	19	6	13	14
4-6 anni	2	0	0	1
7-14 anni	3	0	1	2
≥15 anni	164	180	178	179

Il “Corpo estraneo”, potenzialmente pericoloso per la fascia di età pediatrica, è riconducibile principalmente agli alimenti (che, nel bambino dei primi anni di vita vanno tagliati adeguatamente).

Importante inoltre fare molta attenzione a giochi ed oggetti di piccole dimensioni, soprattutto nelle famiglie con figli di diverse età, a causa della possibilità di accedere a giocattoli non consoni alle età dei più piccoli.

Mai lasciare oggetti di dimensioni inferiori a 4,5 cm a portata di mano dei bambini.

COSA FARE:

- Insegnare a mangiare correttamente (si insegna con l'esempio) in posizione eretta a tavola, masticando adeguatamente.
- Imparare e far imparare la Manovra antisofoffocamento a tutti coloro che verranno a contatto con vostro figlio (vedi sotto)
- Giocattoli e cibo tagliato in modo adeguato all'età: Tagliare adeguatamente gli alimenti più “pericolosi” quali wurstel e hot dog (alimenti che non dovrebbero far parte della dieta di un bambino ma che sono molto diffusi), uva prosciutto crudo, mozzarella (facendo attenzione che con il caldo si fonde), pomodorini piccoli, caramelle soprattutto gommose, nocchie e pistacchi, ciliegie, carote)
- Farli giocare con giocattoli adatti per l'età

COSA NON FARE

- Infilate le dita, o altri oggetti, in gola per afferrare il corpo estraneo, o per farlo vomitare. Si rischia di spingere ancora più in basso l'oggetto che causa il soffocamento
- Afferrate il bambino per i piedi e metterlo a testa in giù
- Far mangiare in situazioni “a rischio”: per esempio mentre si viaggia in auto o comunque quando si è in movimento.
- Far mangiare da soli i bambini nei primi anni di vita
- Farli giocare mentre mangiano

IN CASO DI OSTRUZIONE TOTALE CON BAMBINO COSCIENTE DOBBIAMO ATTUARE LE MANOVRE ANTISOFOFFOCAMENTO

OSTRUZIONE TOTALE:

NON PASSA ARIA per cui il soggetto non riesce a respirare, a tossire, a piangere (o a parlare se grandicello)

OSTRUZIONE PARZIALE:

l'oggetto inalato non ostruisce completamente per cui PASSA dell'aria e il soggetto riesce a respirare, seppur a volte rumorosamente, a tossire, a piangere (o a parlare se grandicello)

In caso di ostruzione totale nell'adulto e nel bambino si ha inoltre il **“segno delle mani intorno al collo”**, e il *cambio del colorito*.

Nel lattante è bene specificare che il rigurgito non è responsabile di ostruzione, perché il piccolo è in grado di difendersi da solo, ma compare il **“cambio di colorito”** (prima rosso e poi cianotico), oltre alla incapacità a respirare e non riuscire a piangere.

NB: IN CASO di ostruzione parziale: il soggetto tossisce ma riesce a respirare, il volto non cambia di colore, riesce a parlare o a piangere: NON va eseguita la manovra antisoffocamento ma si invita il soggetto, se grande, di tossire e, nel caso, si allerta il 112.

Distinguiamo le manovre che si eseguono nel

- 1) Lattante (età < 1 anno)
- 2) Nel bambino grande e nell'adulto

COSA FARE (vedi figure)

FILMATI qui: www.apel-pediatri.it e www.ferrandoalberto.blogspot.it (ferrandoalberto.blogspot.it/2016/07/manovra-antisoffocamento-poster-e-video.html)

LATTANTE

OSTRUZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE NEL BAMBINO OLTRE L'ETA' DI 1 ANNO

Nel caso in cui un bambino riesca a piangere, tossire o parlare a tavola, **NON dobbiamo effettuare alcuna manovra.**

Spesso infatti è proprio un intervento inappropriato come quello del “dito in bocca” che crea un grave peggioramento della situazione. Dobbiamo invece incoraggiare il bambino a tossire nella posizione che preferisce: è la migliore soluzione, e spesso il bambino riesce a liberarsi da solo senza conseguenze per la sua salute.

Nel caso in cui invece il bambino NON riuscisse a liberarsi da solo e SMETTESSSE di parlare, respirare, tossire, allora, se ancora cosciente, sopra l'anno di età e per tutte le età, dopo aver chiamato il 118/112, si eseguono le manovre per effettuare la disostruzione (la **“Manovra di Heimlich”**; dal nome del Medico americano, ancora vivente, Henry Jay Heimlich, che l'ha applicata e diffusa per primo nel 1974 se si seguono le linee guida della American Heart Association, AHA, da sola o, associata alle pacche alla schiena se si seguono le linee guida della European Resuscitation Council, ERC) come da poster (Figure I e II).

Continueremo con queste manovre fino a:

1. fuoriuscita del corpo estraneo
2. perdita di coscienza del bambino
3. arrivo del 112/118

DECALOGO PER EVITARE IL SOFFOCAMENTO

1. Non dare ai bambini cibi solidi prima che siano in grado di masticarli e deglutirli.
2. Non lasciare alla **loro** portata oggetti piccoli che potrebbero incuriosirli in quanto, per conoscerli, se li infilerebbero in bocca: bottoni, perline, spille, monete, giocattoli od oggetti grandi che possano essere smontati in piccole parti.
3. Acquistare giocattoli a norma, adatti per l'età dei figli, facendo attenzione che non si possano rompere o smontare in parti troppo piccine: le dimensioni dell'oggetto debbono essere superiori a 4,5 cm
4. Se avviene un soffocamento distinguere:
 - a) se il bambino piange, parla, tossisce l'ostruzione è parziale e **non si deve fare nulla**. Si cerca di tranquillizzare il bambino e si chiama il 118.
 - b) se il bambino **non** piange, **non** tossisce, **non** respira l'ostruzione è totale: in tal caso si debbono fare le manovre antisoffocamento.
5. **Non mettere le dita in gola al bambino** allo scopo di far vomitare o di cercare di estrarre l'oggetto in quanto così facendo si rischia di spingere più in basso.
6. **Non mettere il bambino a testa in giù.**
7. Se il bambino ha più di **1 anno**, si deve praticare la cosiddetta manovra di Heimlich: sistemare un pugno sopra l'ombelico **sotto allo sterno**, circondarlo con l'altra mano e spingere verso l'interno e in alto contemporaneamente per aumentare la pressione interna al torace e facilitare l'espulsione.
8. Se il bambino è **sotto l'anno** si danno 5 colpi sulla schiena tra le scapole. **Se** il corpo estraneo non viene eliminato si ruota e si comprime per una profondità di 3 cm lo sterno.
9. Se il bambino diventa incosciente, bisogna aggiungere la rianimazione cardiopolmonare: massaggio cardiaco e respirazione (30 compressioni toraciche e 2 respirazioni)
10. Una volta superata l'emergenza è comunque consigliabile sottoporre il bimbo a un controllo medico, soprattutto se si è praticata la manovra di Heimlich.

Figure - COSA FARE NEL BAMBINO GRANDE E NELL'ADULTO (MANOVRA DI HEIMLICH)



Figura I

individuare una zona tra sterno e ombelico con il pollice e l'indice di una mano



Figura II

Fare un pugno con l'altra mano formando una superficie piatta con il pollice all'interno



Figura III

Inserire la mano nella zona delimitata in precedenza tra lo sterno e l'ombelico



Figura IV

Appoggiare la mano che aveva delimitato la zona da comprimere.
Comprimere con forza con un movimento "a cucchiaio" dall'avanti indietro e dal basso verso l'alto.



Figura V

Alternare 5 compressioni sub-diaframmatiche come indicato

RIFERIMENTI:

www.ilcor.org

http://www.ircouncil.it/news/news_260

Preventing choking and suffocation in children

C Cyr; Canadian Paediatric Society

Injury Prevention Committee

Abridged version: Paediatr Child Health 2012;17(2):91-2

ALTRE FONTI:

Per maggiori informazioni riguardo i rischi degli Incidenti, la prevenzione e le manovre di rianimazione cardiopolmonare visitare i seguenti siti:

- Safe Kids Canada: www.safekidscanada.ca
- Health Canada: www.hc-sc.gc.ca
- Heart and Stroke Foundation of Canada:
www.heartandstroke.ca
- American Heart Association: www.heart.org

FILMATI:

www.apel-pediatri.org, www.manovredisostruzionepediatrica.com

SCORRETTI STILI DI VITA: QUANDO A VOLTE PUO' ESSERE QUASI TARDI STORIE VISSUTE

Paolo Moscatelli

Gli stili di vita non corretti possono portare a conseguenze anche serie per la salute.

Nei servizi di emergenza, 118 e Pronto Soccorso in particolare, medici e infermieri si trovano spesso ad assistere giovani, vittime dirette o indirette di comportamenti non corretti.

Le storie che ripercorriamo insieme sono ispirate a fatti accaduti, anche se non proprio negli stessi termini, o mettono insieme vicende consimili purtroppo non infrequenti.

Sono legate da alcuni elementi, a cui si è accennato più volte in questo volume: la sottovalutazione del rischio, la mancanza di attenzione a chi ci è accanto anche tutti i giorni, il farsi trascinare da quello che fanno gli altri ..

CASO 1 ILARIA

Sabato sera un po' di anni fa, una festa di compleanno, Ilaria compie 16 anni e' con alcuni amici a festeggiare in un salone di un bar.

E' andata in bagno, arriva nel salone urlando una sua amica

"Presto, presto venite Ilaria e' svenuta, e' in bagno non risponde"

Tutti i ragazzi intervengono, Ilaria e' a terra priva di coscienza, non risponde, ha un laccio intorno al braccio e una siringa vicino

Non reagisce.....

"Presto chiamiamo i militi della croce qua vicino"...

Un ragazzo corre a chiamare,..... La pubblica assistenza e' proprio a fianco del bar

In neanche un minuto arrivano i militi.

La caricano subito sulla barella per portarla al pronto soccorso per fortuna poco lontano. Ilaria continua a non rispondere.

La scuotono non risponde.....

Coprono il breve tragitto a sirene spiegate la scuotono ripetutamente...nulla, Ilaria sembra non respirare

Al piccolo pronto soccorso il medico e gli infermieri hanno sentito la sirena e hanno capito che sta arrivando qualcosa di grave

I militi scendono dall'ambulanza, trafelati, di corsa portano la barella con Ilaria...

"L'hanno trovata in bagno... probabilmente si e' fatta di eroina era il suo compleanno...sarano passati pochi minuti...quanti? Chi lo sa... pochi, forse Piu' veloci di cosi' non abbiamo potuto fare, in ambulanza era priva di coscienza e non respirava"

Sono molti giovani, spaventati, avranno pochi anni piu' di Ilaria, non si sono mai trovati in una situazione di questo tipo....

"Speriamo che ce la faccia"

Il giovane dottore prende in mano la situazione, Ilaria non da segni di vita, il cuore batte, ma non respira, e' cianotica, la pupilla e' una capocchia di spillo, prova a ventilarla con un pallone,

"Preparate il naloxone 3 fiale.... Trovate una vena...."

Il polso c'e', anche se debole... la pressione e' bassa..... allora quella maledetta vena si trova?

"Ragazzi ma quanto tempo e' passato da quando l'hanno trovata svenuta? Da quando e' che non respira?"

Noi... noi abbiamo impiegato poco...neanche cinque minuti a portarla..... E prima non lo so ma credo poco.... Si' poco l'hanno trovata subito in bagno... era svenuta... non so quando ha smesso di riespirare comunque e' poco... poco... speriamo"

gia'... quanto tempo sara' passato da quando non respira e comunque non si riesce a trovare la vena

"Allora facciamo questo naloxone, vena o arteria non importa, vai con le tre fiale...."

Niente continua a non respirare..... ***"Continua a ventilarla!!"***

Forza Ilaria, riprenditi respira... forza

"Prepara altre tre fiale e intanto dalle l'ossigeno e continua a ventilare... si' di nuovo in quel vaso... forza Ilaria... forza, i battiti vanno sempre bene, il polso c'e', se va in arresto bisogna massaggiarla"

E se poi e' passato tanto tempo da quando ha smesso di respirare? E se ci fosse stato un danno al cervello? E se rianimiamo un vegetale? Hanno detto che e' passato poco tempo si' ma quanto? Basta un minuto in piu' e il danno e' definitivo..... meglio non pensarci

Questi ragazzi della croce hanno fatto tutto quello che potevano, guarda come sono spaventati

"Ragazzi avete fatto tutto il possibile vedrete che ce la fara'..." dice loro l'infermiere

Speriamo che sia davvero cosi', come facciamo a dirlo

“Forza ancora quattro fiale di naloxone, sempre in femorale,.... Hai trovato una vena? Bene allora fallo lì”

Un sussulto, un movimento, un respiro...

“Dai che si riprende,.... continua a ventilarla....Ilaria, Ilaria”

Nel giro di pochi minuti, inizia a respirare

“Ilaria! Ilaria!.... Apri gli occhi....”

Non risponde, non reagisce

“Forza Ilaria, apri gli occhi,..... Rispondi.....”

Fa appena un gemito....E se il cervello fosse andato?

Signore fa che non sia così?

Ilaria.....Ilaria

Inizia ad aprire gli occhi,

“Cosa mi e’ successo?”

Reagisce a poco a poco si riprende,...

..... Non lo aveva mai fatto, aveva voluto “festeggiare” i suoi sedici anni così!... Con questa bravata..... un ragazzo piu’ grande le aveva trovato la vena e procurato la roba...

Sta bene e’ tornata lucida, non sembra che ci siano danni al cervello, fuori dal pronto soccorso ci sono gli amici della serata, tirano tutti un sospiro di sollievo, ormai avevano temuto il peggio. I giovani militi della croce sono fieri di quanto hanno fatto....

“Bravi ragazzi siete stati tempestivi”

E a te Ilaria auguri per questo compleanno e per tutti i prossimi.... Tu, i tuoi amici ma anche noi non dimenticheremo mai questa serata, che speriamo abbia insegnato qualcosa

CASO 2 VACANZE AL MARE IN SPAGNA

Venerdi’ mattina ore 5.00 In un grande pronto soccorso

Un’auto arriva veloce quasi urta la sbarre che si stanno alzando. Giunge in camera calda, un ragazzo scende dalla macchina molto trafelato e agitato, chiede l’intervento dell’infermiere e dei barellieri.

“Serve una barella?”

“No puo’ bastare una sedia,.... Ma fate presto”

Il problema non e’ il trasporto ma il suo amico Tommaso.

Sono quattro ragazzi di eta’ tra i 17 e i 19 anni. Erano andati in vacanza, al mare, in Spagna. Nelle prime due sere avevano fumato qualche spinello e roba leggera, la terza sera avevano cercato qualcosa di piu’ forte per potersi “divertire” di piu’, volevano sballare e avevano facilmente trovato quello che cercavano. Un pusher aveva venduto loro delle pasticche colorate, “roba molto buona”

Avevano bevuto, fumato e preso le pastiglie avevano ballato e si erano sballati fino a notte fonda, si’ tutti e quattro erano un po’ fuori.... Ma con una buona dormita il giorno dopo tutto sarebbe tornato a posto

Al mattino verso mezzogiorno, al risveglio tutto bene tranne Tommaso ... era strano, parlava da solo, sentiva delle voci, all’inizio pensavano scherzasse. Ma era tutto vero e continuava a comportarsi così.

Si erano preoccupati, avevano fatto le valigie di corsa erano saliti in macchina e avevano fatto sedici ore di viaggio ininterrotte dandosi il cambio alla guida..... Con Tommaso che continuava a parlare con i lampioni e le insegne della strada, a sentire la radio quando era spenta a fare discorsi strani senza riconoscere i suoi amici, confondendoli e

pensando di essere nei posti piu' strani.

Non si era addormentato neanche un attimo, era rimasto sempre sveglio, erano tornati a genova senza dire niente ai genitori, per non preoccuparli e perche' non sapevano cosa dire.

E' una cosa grave dottore?

La faccia di tre ragazzi, non piu' bambini, non ancora adulti, impreparati e preoccupati per quello che era successo.

Il loro amico continuava a girare per il corridoio, a parlare da solo, a osservare con espressione strana un manifesto colorato, una scritta a guardare l'estintore dicendogli stranezze, come se fosse una persona.

Era arrivato lo psichiatra, erano stati fatti gli esami tossicologici

Cosa aveva preso? Chi poteva dirlo..... Metamfetamine? Possibile, ma ne girano tante

E adesso? Sarebbe ritornato quello di prima?

Erano le domande che ci facevamo e si facevano i tre amici.....

Solo il tempo avrebbe dato una risposta

CASO 3 ARRIVANO I GENITORI

Sabato sera, verso le due di notte in un pronto soccorso.

Arrivano portati dal 118 due ragazzi a seguito di un brutto incidente in moto.

Sono andati a urtare contro un muretto dopo una curva, sono stati sbalzati lontano dalla moto, non sembrano in pericolo di vita ma hanno riportato diverse fratture, ad uno e' volato il casco e ha un brutto trauma al volto

L'altro ha urtato col torace e l'addome riportando delle lesioni in corso di accertamento.

Avevano bevuto e forse preso qualche sostanza, ma questo ce lo avrebbero detto gli accertamenti in corso.

Probabilmente avevano fatto tutto da soli, non vi erano tracce di altri veicoli, in quel tratto la strada e' illuminata, la velocita' della moto doveva essere sostenuta a giudicare dalla striscia sull'asfalto e dalle condizioni del mezzo, ci dice un poliziotto che era intervenuto sul posto

Alcuni amici che li aspettavano ad una festa sono arrivati nel frattempo (un milite aveva risposto al cellulare trovato su uno dei due ragazzi).

Raccontano che Luca e Matteo erano inseparabili si'... capitava che bevessero, e anche parecchio soprattutto nei fine settimana, ormai da alcuni anni, e che Luca, il guidatore andasse forte in moto, altre sostanze in genere no, non le prendevano

Arriva la madre di Luca, 19 anni, la prima ad essere stata rintracciata, i genitori di Matteo, 18 anni, l'altro ragazzo, stanno arrivando.

Madre “la moto, suo padre, il mio ex marito, gliel’ha voluta comprare, si e’ sciacquato la coscienza, lui che non c’e’ mai, io non ero d’accordo e questo e’ il risultato, un incosciente.... Luca si e’ rovinato la vita per colpa sua, se non ci fosse stata quella maledetta moto, ora non saremmo qui”

Arriva nel frattempo il padre mentre la madre continua a inveire contro di lui e la moto

Padre “te l’ho detto, che dovevi tenerlo d’occhio e non lasciagli fare come sempre quello che voleva, del resto hai voluto che rimanesse con te ma non gli hai mai saputo dare una regola.”

Madre “parli tu che non sei mai stato presente e ti sei limitato a tirare fuori i soldi per accontentarlo come per la moto, presa solo per comprarlo”

Padre “ non sono presente perche’ lavoro e poi sono io che continuo a pagare le spese, eri tu che dovevi preoccuparti di tenerlo d’occhio e non lo hai fatto”

Vanno avanti così per oltre un dieci minuti, senza chiedere delle condizioni del ragazzo, preoccupati solo di polemizzare tra loro, e di continuare a scannarsi.

Alla fine dico loro:

“Vi devo lasciare per andare a parlare col chirurgo perche’ forse dobbiamo asportare la milza del ragazzo che e’ lesionata per l’incidente ”

Rimangono ammutoliti forse vergognandosi (spero) della loro sterile polemica

La coppia di genitori dell’altro ragazzo, Matteo sta parlando con un altro medico, anche il padre di Matteo e’ medico

Padre “come era possibile che fosse successo quell’incidente? Era colpa dell’altro ragazzo che aveva bevuto perche Matteo, lui no era praticamente astemio”

Medico “a voi non risultava che Matteo facesse uso di alcolici?”

Padre “ma mai e poi mai forse una volta, ma molto raramente, e se avesse bevuto me ne sarei certamente accorto, con lui eravamo un po’ preoccupati per il rendimento scolastico, perche’ non e’ cosi’ studioso come sua sorella, va in giro con gli amici, tutti bravi ragazzi, ma per il resto non ci aveva mai preoccupato” dice il padre sinceramente meravigliato e convinto delle sue affermazioni

Gli esami del sangue invece mostravano che Matteo, come Luca bevevano, e non da poco o occasionalmente, ma a quanto pare nessuno in famiglia aveva mai notato nulla di strano

PRESENTAZIONE DI TRE ELABORATI DI RAGAZZI CHE HANNO PARTECIPATO AGLI INCONTRI “EDUCAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA” EDIZIONE 2018-2019

Patrizia Balbinot

Nella nostra lotta pluriennale contro le dipendenze ci siamo spesso domandati se i nostri incontri di prevenzione “Educazione a Corretti Stili di Vita” rivolti ai giovani e coordinati con i docenti siano efficienti nel renderli “consapevoli” del problema.

Ci siamo messi in discussione domandandoci più volte se l’età dei ragazzi raggiunti dalle informazioni sia quella giusta (11- 13 anni); se il linguaggio usato è compatibile con l’età e se le informazioni ricevute, basate esclusivamente sull’evidenza scientifica, abbiano suscitato qualche importante riflessione.

Tante volte ci siamo fatti prendere dallo sconforto chiedendoci il perché, continuare a fare prevenzione quando tutto intorno a noi sembra remare contro: la società, la pubblicità, gli esempi di noi adulti che per primi difendiamo i nostri piaceri, le Istituzioni che promuovono eventi, feste e quant’altro a favore di sostanze tossiche; ed infine la politica nazionale che non riesce o non vuole prendere posizioni che andrebbero ad incidere negativamente sull’economia a scapito purtroppo della salute dei nostri giovani.

Che cosa ci spinge ad incontrare i ragazzi mettendo in gioco il nostro tempo, la nostra convinzione, il nostro “crederci”, la nostra esperienza e professionalità? Qualcuno in mala fede potrebbe pensare ad un ritorno economico, senza sapere che spesso è “volontariato” a costo zero. Altri pensano che l’obiettivo sia quello di ottenere “visibilità”, che sicuramente è una conseguenza del nostro lavoro, ma non lo è affatto. Chiunque possa pensare di sfruttare le debolezze, il dolore e le sofferenze altrui in cambio di visibilità non può essere degno della nostra considerazione!

Due motivi fondamentali ci spingono a proseguire nella prevenzione con sempre maggiore determinazione:

- ascoltare le sofferenze dei tanti giovani che arrivano nel nostro Centro accompagnati dai genitori che ci supplicano di aiutare i loro figli a liberarsi dalla dipendenza (alcol, droghe, gioco, nuove sostanze psicoattive, social-network ecc.) e di curare i danni provocati dalle sostanze che spesso sono irreversibili. Tutto ciò ci coinvolge emotivamente e ci spinge a dover fare qualcosa di più per questi giovani che sono ancora “bambini” e per le famiglie che se ne prendono cura.

- La soddisfazione e la gioia che proviamo quando gli insegnanti dei vari istituti che collaborano con noi in modo splendido, ci sostengono e ci trasmettono la voglia e l'entusiasmo di continuare questi incontri, si mettono in gioco offrendo tutta la loro disponibilità. A loro dico un "grazie di cuore" per il lavoro svolto e per la grande sensibilità nell'affrontare queste tematiche con i ragazzi!!

I nostri giovani sono in gamba: ci osservano, ci ascoltano e ci imitano. Sta a noi adulti attraverso il nostro comportamento e i nostri esempi accompagnarli verso le scelte migliori.

Abbiamo ricevuto diversi elaborati. Ne abbiamo scelti tre. A tale proposito voglio ringraziare le insegnanti dell'Istituto Comprensivo di "Busalla" che ci hanno inviato due tesine d'esame svolte da Giacomo C. e Andrea P. e l'Istituto Boccanegra Enrico-San Martino che ci ha inviato l'elaborato di Giulia Vescovi. Questi elaborati sono di ragazzi presenti ai nostri incontri "Educazione a Corretti Stili di Vita". Li riporto con grande fierezza:

GIACOMO C.

I.C BUSALLA (Genova)

Esame di Stato Conclusivo del Primo Ciclo di Istruzione
Traccia n. 2

"Allora che cosa aspetti? Bevi, fratellino" mi ha esortato Jit. Ho preso il drink e l'ho annusato.
"Ma cosa fai? Bevilo e basta. Non ti farà uscire di testa" ha riso Satnam.
"Ma io non ho mai bevuto alcolici" ho protestato.
"Hai tredici anni oggi. Comportati da uomo" ha aggiunto Jit.
Ho preso il mio drink e l'ho bevuto. Intanto due ragazzi della mia scuola, più grandi di me, si erano avvicinati e io avevo catturato la loro attenzione. Siamo rimasti lì a chiacchierare mentre la mia testa diventava sempre più leggera. Magari adesso, a

scuola, mi avrebbero rivolto più spesso la parola, ho pensato. Avrei potuto anche andare in giro con loro.

(da Tredici, a cura di J.MacLay)

L'Alcol e le sue conseguenze.

Bere a tredici anni una bevanda alcolica non significa affatto comportarsi da uomo. I bambini, non sono ancora pienamente sviluppati e il fegato non è in grado di smaltire l'alcol. Bere in età adolescenziale può causare gravi danni agli organi e all'intero corpo. Un uomo adulto può smaltire dodici grammi di etanolo in un'ora e mezza; è questa molecola a causare gravi danni al nostro organismo. Abusare di questa sostanza significa compromettere il fegato che si ingrossa, diventa spugnoso, cambia colore fino a collassare. Quest'organo quando è

molto malato, deve essere trapiantato poiché non è più capace di filtrare le sostanze. Il trapianto in una persona alcolizzata è totale, ovvero si sostituisce l'intero fegato, al contrario in un individuo malato di tumore, si asporta solo la parte malata.

L'organismo di un alcolizzato o di un comune individuo, quando non riesce più a smaltire l'etanolo, sviene andando in coma etilico.

L'alcol oltre a provocare gravi danni provoca anche effetti collaterali come l'ubriachezza. Questa provoca mancanza di equilibrio, risate continue, atti di violenza e perdita della coscienza. Gli individui ubriachi sono dei veri e propri pericoli poiché ogni anno provocano centinaia di morti. Le persone in stato di ebrezza non devono assolutamente guidare, poiché la vista e i riflessi sono gravemente compromessi; solo una piccola parte degli incidenti stradali sono provocati da persone completamente ubriache: questo perché un individuo che ha assunto molto alcol non si regge in piedi e non è neanche capace di aprire una macchina. Le persone leggermente ubriache pensano di poter guidare, ma hanno ugualmente i riflessi e la vista compromessi, quindi ogni anno provocano moltissimi incidenti stradali.

Altri disturbi provocati dall'alcol sono l'atrofia testicolare e difficoltà eiaculatorie.

La leggenda che l'alcol ingrandisce e rende più performante il pene durante il rapporto sessuale è quindi errata.

L'alcol crea dipendenza ed è molto difficile smettere di bere. In quasi tutti i casi, le persone alcolizzate

sono anche grasse, poiché l'alcol è ipercalorico e provoca anche il problema dell'obesità. Gli uomini devono conoscere i rischi e i problemi che provoca l'alcol per saper individuare i pro e i contro. Purtroppo i contro sono maggiori rispetto ai pro. L'unico "vantaggio" che l'alcol assume è la capacità di far dimenticare e di non far pensare. Molto spesso i ragazzini vengono invogliati a bere da persone più grandi, questo è sbagliato perché è come augurare la malattia a qualcuno. I giovani non devono essere costretti a bere per farsi accettare in un gruppo, poiché i ragazzi devono essere accolti così come sono.

Le persone alcolizzate sono molto spesso le più deboli, non sono sicure di sé stesse. Purtroppo l'alcol è solo una delle sostanze che viene assunta ed è quella che provoca i danni inferiori all'organismo. Il fumo carbonizza i polmoni e le droghe bruciano i neuroni del cervello. Le droghe possono essere assunte in vari modi: per via endovenosa, attraverso il fumo e attraverso aspirazione nasale.

Negli anni '60 una buona parte di malati di AIDS erano stati contagiati a causa delle siringhe infette usate dai tossicodipendenti.

A parer mio, ognuno è libero di fare quello che vuole, ma nessuno deve costringere una persona a fumare, drogarsi o a bere alcolici.

Le persone hanno una testa per ragionare e non devono farsi condizionare da persone più grandi o reputate come esempio.

Mi sarebbe piaciuto cambiare questo piccolo brano: "Che cosa fai fratellino? Non bere" mi ha esortato Jit.

Ho preso il drink e l'ho annusato "sono grande e un bicchiere di vino non ha mai ucciso nessuno".
Ma cosa fai, non bere" mi ha ripetuto Jit."

lo l'ho ascoltato e ho capito che lo diceva per il mio bene: ho lasciato il drink e sono andato via abbracciato al mio fratellone.

ANDREA P.

I.C BUSALLA – IIIA (Genova)

Esame di Stato Conclusivo del Primo Ciclo di Istruzione
Traccia n. 2

Bere una bevanda alcolica a tredici anni significa comportarsi da uomo? No. Ma purtroppo non tutti hanno la mia stessa ideologia. Dico purtroppo perchè molti, anzi troppi, ragazzi della mia età fumano, bevono, si drogano. E quando lo fanno si sentono i più forti, dei veri uomini. Sì, ma una persona normale non crede questo. Beh tu, tredicenne che beve, bravo. Fai vedere ai tuoi amichetti quanto sei forte. Solo che poi, quando finisce l'effetto, ricomincia il ciclo: ti senti un fallito, ti senti schiacciato. E poi bevi di nuovo: sei tornato il più forte, sei bellissimo, super socievole con la gente. Tutto questo fino a che un giorno, per strada, incontri quel tuo vecchio amico: quanto tempo è che non lo vedi! Ti piacerebbe andare a fare due chiacchiere. E allora vai lì: iniziate a parlare fino a che ti propone di andare un giorno a fare un giro con i suoi amici. Tu accetti subito, non vedi l'ora di fare nuove amicizie. Arriva il fatidico

giorno: ti rechi dove il tuo amico ti aveva detto di andare, e inizi a intuire qualcosa. Per terra ci sono bottiglie, siringhe, mozziconi di sigaretta. Arrivi dal gruppo di amici e socializzi subito. Poi, a un certo punto un ragazzo tira fuori un pacchetto di sigarette e te ne offre una. All'inizio rifiuti ma poi ci ripensi. Sei intrigato dalle sigarette e poi, d'altronde, anche tutti i grandi fumano. Hai tra le mani la tua prima sigaretta, la accendi e tiri. All'inizio non ti piace per niente e allora la spegni subito.

Ma poi dopo pensi di riprovare, e allora via con un'altra sigaretta. Ma questa la finisci e infondo un po' ti è piaciuto. Dopo ne vuoi un'altra, poi un'altra, e poi complimenti! Sei entrato nel tunnel della nicotina. Torni da quel gruppetto: a questo giro ti offrono una sostanza bianca, è cocaina. Tu pensi che ti sei già fatto malissimo al fegato, ai polmoni e che manca all'appello solo farsi molto male al cervello. Allora provi la cocaina e quella ti piace fin da subito:

allora ne sniffi tanta, tantissima, troppa e a un certo punto non ce la fai più e svieni. Quando ti risvegli vedi tutto sfocato: riesci a intravedere quattro sagome vestite di rosso che ti chiamano e ti stanno tagliando la maglia con dei forbicioni enormi.

Poi tirano fuori una scatola e ti appiccicano due cose sul petto, ma svieni di nuovo. Questa volta ti risvegli in ospedale ed è lì che ti penti davvero di quello che hai fatto. La droga e l'alcol portano a questo. Ok, forse mi sono fatto prendere un pò la mano. Per quanto riguarda quei ragazzi che bevono bevande alcoliche per essere accettati da un gruppo io mi chiedo: sul pianeta terra ci sono otto miliardi di persone. Otto miliardi. Se dei ragazzi vogliono solo amici drogati, perchè ti devi drogare anche tu? Trovati altri amici, non esistono solo quelli nell'arco di seimila chilometri. E fidati amico mio, faresti anche bella figura. Poi, il brutto di quando sei dipendente da qualcosa è che sei convinto di non esserlo.

Mi spiego meglio: quando sei dipendente dall'alcol sei sicuro di poter smettere quando vuoi, ma non è così. Continui a bere, bere, bere... fino a quando non ti rovini definitivamente. Questo vale anche per le droghe, ovviamente. C'era questo uomo dipendente da cocaina che un giorno in casa, sotto effetto della droga, si sentì chiamare per nome. Si girò e vide due uomini che dissero: adesso ti uccidiamo. Sentì perfino le pistole scarrellare.

Così corse al secondo piano di casa sua e per sfuggire ai due fantomatici uomini si buttò dal terrazzo. Per fortuna sopravvisse. Questo è quello a cui portano la droga e l'alcol: quando sei sotto effetto non sai più chi sei e saresti disposto a fare di tutto per avere più sostanza. Quindi io do un consiglio spassionato a tutte le persone di questo mondo: non vi drogare o alcolizzate, è solo una perdita di tempo, soldi e di salute, soprattutto.

GIULIA VESCOVI

Istituto Boccanegra Enrico – San Martino (Genova)

Effetti delle droghe sul corpo umano

L' APPARENZA INGANNA.

Una delle cose spesso sottovalutate sull'uso della droga, è legata al fatto che una persona che assume una certa sostanza stupefacente va proprio alla ricerca di certi effetti, perchè le permettono di sperimentare delle "piacevoli" sensazioni che però, con il passare del tempo, sono sempre più difficili da provare.

EFFETTI COLLATERALI

- Dipendenza (psichica e fisica)
- Compromissione dell'attività mentale e fisica
- Danneggiamento degli organi vitali (cuore)

DIPENDENZA

La dipendenza può essere di due tipi: psichica e fisica.

Psichica: nasce dalla sensazione di non poter più vivere senza l'assunzione di una determinata sostanza. E' una dipendenza che non passa mai del tutto.

Fisica: è innescata dalla capacità delle droghe di alterare alcuni importanti processi che hanno luogo nel cervello. Il corpo si adatta alla presenza della sostanza e non riesce a farne a meno, soffrendo di crisi di astinenza (in caso di consumo insufficiente) che causa sintomi intensi.

COMPROMISSIONE DELL'ATTIVITA' MENTALE

I danni al cervello sono molti, ad esempio abbiamo l'interruzione delle connessioni tra i neuroni, che portano all'assottigliamento della materia grigia e alla riduzione del volume della materia bianca. Vi è un precoce invecchiamento del cervello che porta a molte malattie quali l'Alzheimer.

IL CERVELLO DOPO L'USO DI METANFETAMINA

L'immagine (Figura I) mostra le conseguenze dell'uso di metanfetamine sul cervello. In blu abbiamo le aree integre, mentre in rosso quelle danneggiate, che corrispondono alla perdita del tessuto cerebrale. Le aree in questione sono quella della memoria e delle emozioni.

IL CERVELLO DOPO L'USO DI COCAINA

L'uso della cocaina provoca la diminuzione dell'attività cerebrale, dove vi è la capacità di prendere decisioni, di pianificare e regolare gli impulsi del comportamento. Tutto ciò è presente anche dopo la sospensione dell'uso della sostanza. Si possono avere anche complicanze molto gravi come l'emorragia cerebrale (Figura II).

COMPROMISSIONE DELL'ATTIVITA' FISICA

Le droghe influiscono anche sull'attività fisica, provocando danni ai muscoli. Le principali sono la polineurite (crampi notturni, disordini sensitivi fino ad arrivare alla paralisi), riduzione della forza muscolare e minore resistenza alla fatica.

USO DI DROGHE SOTTO I 25 ANNI

Il consumo di droghe prima dei 16 anni è ritenuto molto pericoloso per gli effetti negativi che può causare dal punto di vista neurologico sul sistema nervoso centrale: comportamenti alterati (sbalzi d'umore), perdita di controllo e aggressività.

Le malattie più frequenti portate dalle droghe sono:

- arteriosclerosi
- Infezioni (fra cui HIV)

Seguono effetti collaterali come:

- ictus, infarti
- ipertensione, tachicardia, varie alterazioni cardiologiche.

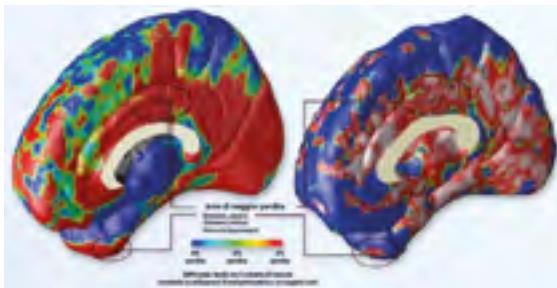


Figura I – Uso Matanfetamina. Confronto con il Morbo di Alzheimer (tratto da Giovanni Serpelloni, Dipartimento Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri)

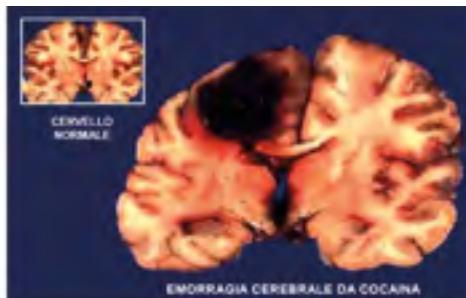


Figura II - Cervello dopo l'uso di cocaina (tratto da Giovanni Serpelloni, Dipartimento Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri)

#DOUBLETAPTOLIKE? // CONSAPEVOLEZZA, RESPONSABILITÀ, STILE DI VITA

Silvia Testino

In base a quali criteri ognuno sceglie il proprio stile di vita?

Spesso è una scelta inconsapevole e indirizzata da condizionamenti indiretti.

È da molti decenni che le decisioni in fatto di stili di vita (alimentazione, attività fisica, vizi, hobby) vengono influenzate dai media. Fino a meno di un decennio fa, però, erano principalmente le pubblicità a spingere i fruitori a compiere determinate scelte.



Figura 1

Proponendo un modello di uomo o donna ideale, desiderabile e raggiungibile con il prodotto sponsorizzato, si porta il fruitore a credere di poter aderire completamente a tale modello, creando una falsatura tra realtà e percezione che le persone hanno di se stesse.

La Figura 1 è un esempio estremo e decisamente datato, ma illustra in modo chiaro questo meccanismo.

Attualmente non sono più solo le pubblicità televisive e su giornali e riviste a funzionare così. Per quanto passivamente lo si possa fare, accendere la televisione o sfogliare un periodico è un atto volontario. Oggi, invece, i più diversi tipi di contenuti vengono recepiti

indirettamente e per molte altre vie. Ciò che rende questo tipo di comunicazione più disorientante, oltre che più intensa, è che tali contenuti non sono più solamente suggerimenti con un messaggio e uno scopo ben definiti, come gli spot pubblicitari. Siamo esposti invece a stimoli indiretti che troviamo sui *social network*, negli *advertising* ai lati dei siti web che consultiamo, durante le nostre ricerche su google, ecc. Ciò che ci influenza e ci spinge ad avere un'immagine poco chiara di noi stessi e del nostro comportamento sono le immagini degli ormai numerosi *influencer*, anche amatoriali (che ci mostrano non solo prodotti, ma esempi di stili di vita e di modi di pensare), immagini virali, temi di tendenza sui social, *hashtag* popolari, immagini e articoli scollegati dal contesto che appaiono più o meno casualmente durante la navigazione su internet.

La Figura 2 vuole illustrare proprio lo sfalsamento tra come spesso si vuole e si crede di apparire e come invece si è in realtà; il comico e popolare *aspettative vs realtà*.



Figura 2 (di ST)

In questa vignetta, l'imbarazzo non è dovuto tanto al danno fisico causato dal consumo del prodotto, ovvero i denti ingialliti e rovinati dal fumo di sigaretta, quanto dall'inconsapevolezza del protagonista del suo reale aspetto e di come appare alle altre persone.

Nella maggior parte dei casi i problemi che derivano da tali prodotti sono ancor meno evidenti ma più gravi rispetto a quello dell'illustrazione. Nell'esempio riportato, però, il ragazzo non ha un problema fisico tanto grave o debilitante, sono piuttosto la sua inconsapevolezza e ingenuità ad esserlo.

Mentre nelle pubblicità, quindi, la falsatura tra aspettative e realtà è proposta dal produttore, nell'illustrazione e nella vita, fisica o online di tutti i giorni, emerge proprio dall'osservazione del consumatore.

Indubbiamente assumere certi stili di vita dannosi per la salute non deriva solo dal volersi atteggiare. Può risultare piacevole fumare una sigaretta o passare le giornate seduti davanti ad uno schermo. Il cibo spazzatura e le bevande alcoliche possono risultare gustosi. Giocare d'azzardo può rendere il tempo un po' più emozionante.

Il fatto, però, è che tali stili di vita vengono spesso assunti senza una minima consapevolezza di come il proprio corpo funzioni, di quali prospettive possano comportare e di quante possibilità si possano effettivamente avere. Questo problema non riguarda affatto solamente i giovani. Non si tratta solo di sconsideratezza adolescenziale: anche molti adulti adottano stili di vita controproducenti spinti da informazioni distorte e dalla superficialità nella fruizione di informazioni.

L'enorme quantità di stimoli a cui quotidianamente siamo esposti tende, ovviamente, a condizionarci e persino a confonderci. Abbiamo accesso a qualsiasi tipo di contenuto multimediale e informazione che desideriamo cercare.

Molti stimoli visivi vengono scelti apposta per noi grazie a determinati algoritmi che determinano in modo approssimativo quali pubblicità e post *dovrebbero* apparire sui nostri social e nei siti che visitiamo.

Tutte queste immagini arrivano decontestualizzate e, di conseguenza, cariche di possibili direzioni di senso alla luce delle quali essere interpretate e collocate in un determinato contesto.

Se si fruisce di tali contenuti senza avere in mente dei parametri chiari e un atteggiamento critico per decifrarli, valutarli e decidere quale grado di credibilità e importanza attribuirgli, questi trasmetteranno comunque un messaggio, ma sarà un messaggio casuale. In questo modo la mente si riempie di informazioni ma non ha gli strumenti necessari per integrarli in un pensiero coerente e per creare una personalità solida.



Figura 3 (di ST)

Il compito di razionalizzare questa moltitudine di informazioni è dei fruitori. È una responsabilità che può sembrare impegnativa, stancante e noiosa. Certo, fruire in modo passivo può essere comodo, talvolta risulta addirittura rilassante. Ma riflettendo un po' più attentamente, ci si rende conto che rispondere passivamente agli stimoli che riceviamo è come accettare che qualcosa o qualcuno intervenga sulla nostra mente e sul nostro corpo senza curarci di cosa succeda o senza nemmeno rendersene conto (Figura 3). Questo sistema di comunicazione e di assimilazione di contenuti lascia grande spazio all'approssimazione, ai fraintendimenti e alle ambiguità.

Tuttavia non va demonizzato perché permette di avere a disposizione un'enorme quantità di stimoli, la possibilità di consultare numerosissime fonti senza doversi spostare, ecc.

Va considerato, pertanto, una risorsa da saper utilizzare in modo intelligente e con atteggiamento critico. Per assumere questo tipo di atteggiamento basta porsi delle domande e provare a trovarne le risposte: cosa sto guardando? Da dove arriva questo contenuto e qual è il grado di credibilità? Che impatto può avere su di me? In che modo e in quale posizione posso inserirlo nella mia vita? È proprio tale atteggiamento, infatti, che ci può permettere di essere liberi, di utilizzare ogni tipo di mezzo e *spazio* che abbiamo a disposizione (e sono tanti) per fare o essere esattamente ciò che desideriamo e decidiamo di diventare (Figura 4).



Figura 4 (di ST)

L'hashtag #DoubleTapToLike? Presente nella prima illustrazione rimanda proprio al senso di criticità grazie al quale si possono filtrare e riordinare le informazioni. Prima di credere a un'informazione, assumere un determinato punto di vista su qualcosa spinti dalle informazioni in entrata o mettere un like, ci si può porre una domanda accertandosi così di avere il totale controllo sul proprio corpo e sulla propria mente (Figura 5)



Fig. 5 – vedere testo (di ST)

EDUCARE ALLA SALUTE: AGLI INSEGNANTI E AI NOSTRI RAGAZZI. CONCLUSIONI

Gianni Testino, Patrizia Balbinot

Il nostro scopo non è quello di proibire, ma di informare. L'informazione corretta scientificamente non deve essere confusa con il proibizionismo. La storia ci insegna che proibire talvolta è controproducente.

L'informazione deve essere fornita all'età giusta per aiutare i nostri ragazzi a sviluppare abilità personali, sociali e di rifiuto per resistere alle pressioni negative di ogni tipo: media, pubblicità, atteggiamento dei pari, modelli di ruolo.

La pubblicità in particolare possiamo definirla il "vero cancerogeno mascherato". La pubblicità è buona ed è giusta con noi. Ci offre quello che vogliamo! quello che desideriamo! O meglio quello che lei stessa ci ha fatto desiderare e ci ha fatto sognare. Riporto la frase di un pubblicitario (Frederic Beigbeder) tratta da un opuscolo informativo ideato dal SerT Genovese: "Sono un pubblicitario: ebbene sì, inquina l'universo. Io sono quello che vi vende tutta quella merda. Quello che vi fa sognare cose che non avrete mai... io vi drogo di novità, e il vantaggio della novità è che non resta mai nuova. C'è sempre una novità più nuova che fa invecchiare la precedente. Farvi sbavare è la mia missione. Nel mio mestiere nessuno desidera la vostra felicità, perché la gente felice non consuma".

L'informazione e la vera cultura (da non identificare sempre con le tradizioni) aiutano a raggiungere una vita autentica.

La vita autentica come ci descrive magistralmente il Prof. Vito Mancuso (1) prevede una vita veramente libera. Libera non solo dall'ambiente, ma anche da noi stessi: "il criterio di autenticità della vita deve essere intrinseco alla vita stessa, non provenirle dall'esterno e inevitabilmente autoritario, come una norma, un comando.... che pretenda di giudicare che cosa sia autentico e che cosa non lo sia in casa nostra". Insomma, ciò che fa la differenza è la libertà: "la vita è tanto più umana quanto più è libera, cioè quanto più genera e incrementa libertà".

Ma per raggiungere la libertà di scegliere, raggiungere il "vero sé" (consapevolezza) (2) e potenziare l'autostima è indispensabile imparare a "pensare". Senza pensiero non si cresce, nemmeno spiritualmente. Per tale ragione il cardinal Martini assegnava grande importanza al pensiero. Affermava "Mi angustiano le persone che non pensano, che sono in balia degli eventi. Vorrei individui pensanti. Questo è l'importante... Chi riflette sarà guidato nel suo cammino. Ho fiducia in questo" (3).

Noi pensiamo che la vita sia preziosa e che valga la pena viverla nel modo migliore. Pensiamo che questo concetto possa valere sia per i credenti (un dono che proviene dall'alto) che per i non credenti (la vita è nelle nostre mani). Ci riconosciamo in quanto ha scritto Eugenio Scalfari (4): "vivetela bene la vostra piccola vita perchè è la sola e quindi immensa ricchezza di cui disponete. Non dilapidatela, non difendetela con avarizia, non gettatela via oltre l'ostacolo. Vivetela con intensa passione, con speranza e con allegria".

Ricordiamo ai ragazzi che non sono soltanto un corpo, ma un qualcosa che contiene una "potenza superiore" che va ascoltata e risvegliata al fine di essere veramente se stessi e vivere la vita intensamente e senza condizionamenti. Ogni ragazzo deve comprendere che è un potenziale "capolavoro" la cui autostima deve essere difesa e coltivata.

Insomma, ogni ragazzo va aiutato a conoscere se stesso e capire che la felicità non è un qualcosa che proviene dall'esterno, ma è uno "stato d'animo", un qualcosa di intimo e profondo nel loro essere che se portato alla luce coinvolge positivamente chi gli sta intorno.

Con la speranza che questo manuale possa diventare un ulteriore strumento di comunicazione e di educazione per un "corretto stile di vita" in modo semplice, diretto e comprensibile auguriamo agli insegnanti e ai nostri ragazzi di favorire un vero cambiamento, che conduca ad una vita serena e tesa alla verità, alla giustizia e al bene comune.

- 1) Vito Mancuso. La vita autentica. Raffaello Cortina Editore, Milano: 2013; pag. 23
- 2) Antonio Damasio. Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente. Adelphi Editore, Milano: 2012
- 3) Carlo Maria Martini. Quale bellezza salverà il mondo? Lettera pastorale 1999-2000, Centro Ambrosiano, Milano 1999; pag. 13
- 4) Eugenio Scalfari. Scuote l'anima mia eros. Einaudi, Torino: 2011; pag. 32



FAM | SCIENTIFICS

FAENZA 2019

"I testi contenuti in questa brochure sono stati integralmente ed autonomamente redatti da operatori sanitari e sociosanitari dell'ASL 3 Genovese.
Le spese per la stampa sono state sostenute da GlaxoSmithKline S.p.A., vincitrice di apposito bando indetto dall'ASL, a norma di legge"

ISBN 9788897506348



9 788897 506348