

Promosso da:



**Centro Alcologico Regionale
Regione Liguria**

a cura di:

Patrizia Balbinot, Luigi Carlo Bottaro e Gianni Testino

EDUCAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA

LA CULTURA DELLA PREVENZIONE
ATTRAVERSO UN NUOVO STRUMENTO DI INSEGNAMENTO
DA INTRODURRE NELLE SCUOLE



EDUCAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA

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 Italiana Magistrati per i Minorenni e la Famiglia

A cura di:

Patrizia Balbinot

Servitrice Insegnante
Operatrice Socio-Sanitaria Centro Alcolologico Regionale
ASL 3 Genovese presso Ospedale Policlinico San Martino (Padiglione 10),
Genova

Luigi Carlo Bottaro

Direttore Generale ASL3 Genovese
Già Direttore Interaziendale di Patologia Clinica OEI/ASL3 Genovese

Gianni Testino

Epatologo
Coordinatore Centro Alcolologico Regionale
ASL 3 Genovese presso Ospedale Policlinico San Martino (Padiglione 10),
Genova

Hanno collaborato:

Giulia Calcagno

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

Antonio Di Biagio

SC Clinica Malattie Infettive, Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Tiziana Fanucchi

Psicologa, Centro Alcolologico Regionale Toscano

Alberto Ferrando

Presidente Associazione Pediatri Liguri

Maria Mazzarello

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

Antonella Molteni

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

Rosaria Pagano

Già Direttore Generale Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria (MIUR)

Valentino Patussi

Referente Tecnico-Scientifico Centro Alcolologico Regionale Toscano
Direttore SOD Alcolologia, Osp. Careggi, Firenze

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

Giorgio Schiappacasse

Direttore SC SerT ASL3 Genovese

Michele Tosato

SC Psicologia Clinica, Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Alessandro Viotti

SSD Chirurgia d'Urgenza, Ospedale Policlinico San Martino, Genova

Francesca Zanesini

Biologa Nutrizionista

Segreteria Scientifica-Organizzativa:

Centro Alcolologico Regionale - Regione Liguria
ASL3 Genovese (presso Pad. 10 - Ospedale Policlinico San Martino)

Segreteria Scientifica:

Gianni Testino, Luigi Carlo Bottaro

Segreteria Tecnica:

Patrizia Balbinot

Partner scientifici:

- Gruppo di Medicina Eco-Sostenibile
- Ospedale Policlinico San Martino, Genova
- Società Italiana di Alcolologia
- Società Italiana di Promozione della Salute
- Associazione Pediatri Liguri
- Osservatorio UNICEF per i diritti dell'infanzia e dell'Adolescenza in Liguria
- Centro Alcolologico Regionale - Regione Toscana
- SOD di Alcolologia, Osp. Careggi, Firenze
- Associazione Italiana Trapiantati Fegato - delegazione ligure, Onlus

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, l'SSR ed in ultima analisi le Aziende Socioanitarie 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 dalle 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.

Gruppo del Progetto Educazione Corretti Stili di Vita

IL FONDAMENTALE RUOLO DELLA SCUOLA

(Ufficio Scolastico Regionale Ligure - MIUR)

Rosaria Pagano

L'occasione della pubblicazione del manuale "**Educazione a corretti stili di vita**" mi offre l'opportunità di coinvolgere le Istituzioni scolastiche ed il Territorio nell'importanza di affrontare con le nuove generazioni un corretto stile di vita, di cui anche la scuola deve farsi carico.

Nei confronti dei nostri giovani abbiamo una responsabilità ed una sfida educativa urgenti ed indilazionabili, che ci sollecitano a rendere consapevoli i nostri ragazzi dei rischi connessi con comportamenti pericolosi per la salute.

Il manuale che viene qui presentato potrà essere certamente di valido supporto ai docenti che, ogni giorno a contatto con le scolaresche, potranno trarre spunto per la trattazione di argomenti così attuali. Si tratta di un percorso di conoscenza partecipata, che punta all'acquisizione di numerose competenze, anche di tipo emotivo, e alla definizione di quelle "buone pratiche" così utili per apprendere atteggiamenti e modi di comportarsi i più sani possibile, evidenziando quelle che purtroppo possono diventare mode davvero pericolose.

Al Direttore Generale della ASL 3 Genovese, Dott. Luigi Carlo Bottaro, e ai suoi Collaboratori un sentito ringraziamento: l'intensa collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale per la Liguria, avviata ormai da tanto tempo, è la testimonianza di una particolare attenzione e del desiderio di offrire nuovi ed importanti spunti di lavoro a sostegno della didattica. L'augurio sarà quello di scoprire che il manuale avrà raggiunto in poco tempo tutti gli operatori della Scuola che, oltre all'istruzione e alla formazione integrale dei nostri giovani, hanno anche cura per la loro qualità di vita.

INTEGRAZIONE POLIZIA DI STATO E STRUTTURE SANITARIE NELLA PREVENZIONE

Ufficio Relazioni con il Pubblico della Questura di Genova

La Questura di Genova, inserendosi nel più ampio modello di sicurezza partecipata e condivisa che la Polizia di Stato persegue, si è fatta promotrice, a partire dal 2014, del progetto "Insieme per Te" con lo scopo di sensibilizzare gli studenti genovesi sui danni fisici, psichici e le conseguenze penali che possono derivare dal consumo di alcolici e dall'uso di sostanze stupefacenti.

Lo scopo principale del progetto è stimolare la riflessione e promuovere scelte consapevoli nei ragazzi, attraverso incontri nelle scuole in cui vengono trattate le tematiche in modo strutturato e competente ma con un linguaggio semplice e immediato, sempre adatto alle varie fasce d'età, privilegiando il confronto e il dibattito piuttosto che la lezione frontale.

L'iniziativa si avvale della collaborazione dell'Ufficio Scolastico Regionale, del Centro Alcolologico Regionale - Regione Liguria, dell'ASL3 Genovese (SerT) e dell'Associazione "Genitori Insieme" e coinvolge anche famiglie ed insegnanti che hanno l'opportunità di incontrare professionisti in campo sanitario ed esperti della Polizia di Stato che forniscono loro validi strumenti informativi sui pericoli nei quali i giovani possono imbattersi durante il loro percorso di crescita, così da riconoscere e non sottovalutare i primi sintomi dell'insorgenza del problema.

L'idea innovativa è quella di realizzare un'alleanza educativa tra Polizia di Stato, famiglie, scuola e Strutture Sanitarie in una vera e propria guerra alla dipendenza da alcol, droga e gioco che porta i nostri figli ad allontanarsi dalla legalità e dai corretti stili di vita, creare una rete di protezione affinché i giovani non si debbano più trovare soli e disarmati di fronte ai pericoli della società moderna.

Costruire una "rete" significa ragionare in un'ottica in cui si ha ben chiara l'idea che unendo le forze, le idee e le risorse di tutti, in un'azione unitaria ed integrata, sia possibile conseguire risultati più efficaci ed immediati.

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.

È 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 ampliamenti 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...

PERCHÈ IL PROGETTO "EDUCAZIONE A CORRETTI STILI DI VITA" ?

Gianni Testino, Patrizia Balbinot

"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"

8 | 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".

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

È 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 primario 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. È 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. È 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. È 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. È noto come risultati significativi e verificabili attraverso parametri oggettivi siano stati in parte delineati.

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. miglioramento della qualità di vita complessiva;
3. 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 11-14 anni. È 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;
2. i ragazzi devono essere raggiunti ripetutamente dalle informazioni. Per Alcuni Autori sino a 15 volte. È 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 deciso di creare un manuale a favore dei responsabili della salute delle *scuole medie inferiori*. Attraverso tale manuale gli insegnanti potranno acquisire le giuste informazioni per poter utilizzare il "kit di slides associate" con i ragazzi ed eventualmente anche con i genitori. Tale materiale andrà aggiornato ogni 3-5 anni per far fronte all'evoluzione scientifica e sociale.

In tal modo 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 11-14 anni (sostanzialmente scuole medie inferiori);
2. informativa generale agli studenti da parte dell'insegnante addetto alla salute;
3. 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;
4. successiva "peer education";
5. l'insegnante di riferimento diventa "un facilitatore";
6. l'attività va ripetuta più di una volta all'anno per tutti i tre anni (8-10 sessioni il primo anno con 3-5 richiami il secondo e terzo anno);
7. sviluppare le abilità personali, sociali e di rifiuto per resistere alle pressioni;
8. 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;
9. coinvolgimento attivo dei genitori con incontri diretti o con l'utilizzo dell'informatica;
10. 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, ad oggi unica in Italia, 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".

È 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 a 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 Alcologico con passione, dedizione e particolare competenza. A loro va tutto il nostro appoggio e la nostra stima.

Fonti bibliografiche attraverso le quali è stata in parte costruita l'iniziativa "Educazione a corretti stili di vita"

- 1) Agostinelli G et al. Alcohol counter-advertising and the media. *Alcohol Res and Health* 2002; 1: 15-21
- 2) 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
- 3) Baleani M, Scapellato. *Prevenzione e trattamento delle dipendenze*. Editori Riuniti, Roma 2014
- 4) 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
- 5) 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
- 6) 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
- 7) Das JK et al. Interventions for adolescent substance abuse: an overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health* 2016; 59: S61-S75
- 8) Dick DM et al. Genetic influences on adolescent behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2016; 70: 198-205
- 9) Dell'Osso B. *Senza limiti. Gioco, internet, shopping e altri disturbi del controllo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2013
- 10) Dolen G. Setting the mood for love. *Nature Neuroscience* 2017; 20: 37980
- 11) 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
- 12) Ferrando A. *Primo soccorso pediatrico*. Edizioni LSWR, Milano 2016
- 13) Ferrando A. Come crescere mio figlio. I dubbi dei genitori, le risposte del pediatra. Edizioni LSWR, Milano 2015
- 14) Finzi SV, Battistin AM. *Letà incerta. I nuovi adolescenti*. Mondadori, Milano 2002
- 15) Francesco F, Cervone A. Neurobiology of love. *Psychiatr Danub* 2014; 26 (Suppl 1): 266-8
- 16) Gallimberti L. *Morire di piacere*. BUR, Milano 2013
- 17) 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
- 18) Green KM et al. Long-term consequences of adolescent cannabis use: examining intermediary processes. *Am J Drug and Alcohol Abuse* 2016; doi: 10.1080/00952990.2016.1258706
- 19) Handren LM et al. Adolescent alcohol use: protective and predictive parent, peer, and self-related factors. *Prev Sci* 2016; 17: 862-71
- 20) Heikkinen N et al. Alcohol consumption during adolescence is associated with reduced grey matter volumes. *Addictions* 2016; doi: 10.1111/add.13697
- 21) International Agency for Cancer Research - World Health Organization - A review of human carcinogens. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum* 2012; 100E: 377
- 22) Isabel C et al. Stroke prevention. *Presse Med*. 2016; doi: 10.1016/j.lpm.2016.10.009
- 23) 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
- 24) Martoni M. I programmi di prevenzione primaria e la loro efficacia. In: Nizzoli U, Pissacroia M. *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Padova: Piccin Editore 2003, volume II:
- 25) Kohut SJ. Interactions between nicotine and drugs of abuse: a review of preclinical findings. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2016; doi: 10.1080/00952990.2016.1209513
- 26) Margaron H. *Le droghe spiegate a mia figlia*. Feltrinelli, Milano 2012
- 27) Mathurin P, Deltre P. Effect of binge drinking on the liver: an alarming public health issue? *Gut* 2009; 58: 613-17
- 28) 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
- 29) 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; doi: 10.1111/dar.12497
- 30) Nizzoli U, Pissacroia M. *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*. Piccin Editore, Padova 2003
- 31) Piccone Stella S. *Droghe e tossicodipendenza*. Il Mulino, Bologna 2002
- 32) Quercia V. Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga. Erickson, Trento 2014 and behavior. *J Neurochem* 2016; doi: 10.1111/jnc.13580
- 33) 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
- 34) Rooney KL, Domar AD. The impact of lifestyle behaviours on fertility treatment out come. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2014; 26: 181-85
- 35) Savulescu J, Earp BD. Neuroreductionism about sex and love. *Think (Lond)* 2014; 13: 7-12
- 36) 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
- 37) Serpelloni G. *Elementi di neuroscienze e dipendenze. Manuale per operatori dei dipartimenti dell dipendenze*. Dipartimento Antidroga, Roma 2010
- 38) Sussman S et al. Drug addiction, love, and the higher power. *Evaluation and Health Professions* 2011; 34: 362-70
- 39) Sweatt JD. Neural plasticità. *J Neurochem* 2016; doi: 10.1111/jnc.13580
- 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) Testino G. *Alcol: bugie e verità. Tutti i rischi del bere*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2013
- 43) Testino G et al. Alcohol, cardiovascular disease and cancer. *Alcohol Alcohol* 2013; PMID: 23831770
- 44) Testino G et al. *Le patologie alcol correlate. Caleidoscopio Italiano. Monografia* 233, 2016
- 45) Testino G. Alcohol use disorders, liver transplantation and ethics. *Bioethics* 2017; doi: 10.1111/bioe.12336
- 46) Tinghino B. *Stili di vita e tabagismo*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2012
- 47) World Health Organization. *Prevention of cardiovascular disease*, 2007

SANA ALIMENTAZIONE, MOVIMENTO E CORRETTO STILE DI VITA

DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO
ALIMENTARE

Francesca Zanesini

SLIDES DA 4 A 25

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:

MACRONUTRIENTI

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)

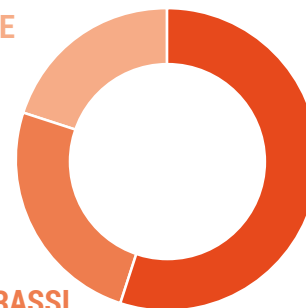
Grassi di origine vegetale (olio extravergine di oliva)

Grassi di origine animale (burro, margarina, panna, lardo)

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

PROTEINE
10-15%

CARBOIDRATI
50-60%



GRASSI
20-30%

MICRONUTRIENTI

VITAMINE e SALI MINERALI

presenti in alimenti sia animali che vegetali.

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.



esaurita la capacità di accumulo gli zuccheri in eccesso si trasformano in grassi

I 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: scorbuto (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 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).

leggere l'etichetta
alimentare ci aiuta
a scegliere i prodotti
giusti

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 la 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:

1. miglioramento del sistema digestivo e aumento della velocità del transito gastrointestinale
2. diminuzione del grasso corporeo
3. potenziamento del sistema immunitario
4. 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:

1. Passeggiare con gli amici
2. Andare a scuola a piedi
3. Fare le scale invece di prendere l'ascensore o le scale mobili
4. Le attività aerobiche più semplici da considerare sono:
5. Camminata a passo veloce
6. Corsa o tapis roulant
7. Bicicletta o cyclette
8. 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

Più alimenti di origine vegetale = meno rischio di cancro, sovrappeso e obesità

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. EVITA 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:

1. adolescenti (sotto i 20 anni)
2. anziani
3. 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.

Rifutare 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 alimentare 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 vegetali 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.

la migliore forma di nutrimento è rappresentata dagli alimenti e non dai supplementi

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;

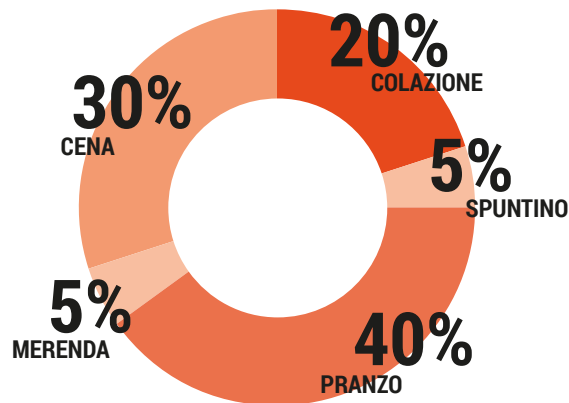
scarsa attenzione all'importanza degli spuntini: si fa un consumo eccessivo di alimenti troppo calorici rispetto al reale fabbisogno (pizze, focacce farcite, pane, salumi, bibite gassate e dolci, snack dolci, patatine).

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:



20|

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.

- In caso di sospetto di un DCA gli insegnanti devono parlarne ai genitori per intraprendere la strategia più idonea;
- 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!

Tutti i giovani sono potenziali "capolavori", bisogna aiutarli a potenziare la loro autostima

ALCOL, FUMO, CANNABIS E ALTRE SOSTANZE

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

SLIDES DA 26 A 75

ALCOL

È la prima causa di morte al di sotto dei 25 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.

SLIDE 28

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.

SLIDE 29

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)

SLIDE 31

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.

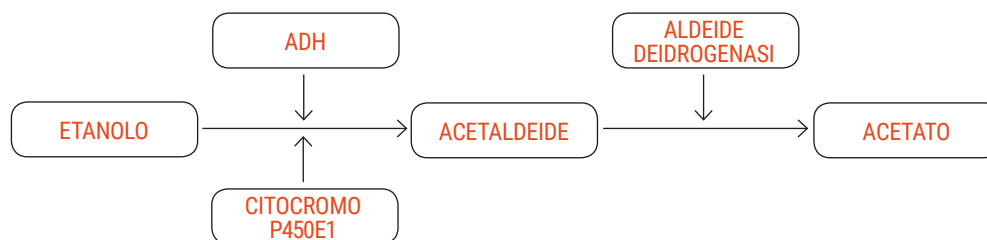
SLIDE 32

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 ci permette di fare delle valutazioni dell'alcolemia attraverso l'utilizzo dell'etilometro o dell'alcoluria nelle urine.

L'etanolo, quindi, viene trasformato in acetaldeide. Quest'ultima 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 → Acetaldeide → 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 misconosciute.

È 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, della 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 nostro avviso è bene non parlare più di alcolismo, ma di patologie e problemi alcol correlati. Infatti, non solo l'alcoldipendente, ma anche il "bevitore sociale" o "moderato" può contrarre patologie psicosomatiche correlate all'alcol o andare incontro a incidenti alla guida o sul lavoro.

Relativamente all'alcoldipendenza è bene precisare come l'inizio è sempre sociale e poi attraverso un continuum, percorrendo i vari gradi di rischio, può evolvere in dipendenza. Le motivazioni 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.

È indubitabile che l'alcol comporti una serie di effetti piacevoli e spesso viene assunto proprio per i suoi effetti tossici e soprattutto i giovani perseguono il modello dello "sballo" (binge drinking). Ciò comporta non solo danni fisici, ma anche importanti danni 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.

Il rischio assoluto reale di morire 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 maggiore 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) .

SLIDE 33-36

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

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

26|

SLIDE 33 E 37

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 compromesso 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 regolare (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).

SLIDE 38

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".

SLIDE 39 - 40

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

SLIDE 41

GROSSO INTESTINO (COLON): etanolo e fumo favoriscono l'insorgenza di polipi adenomatosi (precursori del cancro).

SLIDE 42

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. È 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.

SLIDE 43

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.

SLIDE 44-49

Candio (Candio et al, documento Dipartimento Antidroga) 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 la dipendenza (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 testosterone).

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.

È 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. È bene precisare come i processi di neuroplasticità come l'incremento delle ramificazioni sinaptiche (miglioramento del passaggio di informazioni fra i vari distretti cerebrali) e la 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) comporta 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 comportare importanti alterazioni di sviluppo con conseguenze di rilievo neuro comportamentali e sociali.

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

Alterazioni 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.

IL 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.

SLIDE 50

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.

È 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 alterazioni della deambulazione, di difficoltà alla stazione eretta, letargia sino al coma etilico.

SLIDE 51

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 comporta 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 A. 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 ipocampo (una delle regioni della memoria).

È 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.

È possibile osservare con alcune tecniche della 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.

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 (maggior aggressività), riduzione significativa del rendimento scolastico e problematiche famigliari e sociali.

Ripetuti episodi di BD con intossicazione comportano deficit dell'apprendimento

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.

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. È 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

È 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). È come mettere l'embrione sotto spirito! (ASL di Trieste) (SLIDE 54). Anche nelle fasi successive l'etanolo mantiene la sua importante azione teratogena.

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 scolare. Le alterazioni mentali, comportamentali e i deficit di apprendimento sono generalmente a carattere permanente. **Le manifestazioni che possono evidenziarsi 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 slide 55: 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) .

SLIDE 53 - 54 - 55

BEVANDE ALCOLICHE: SFATARE I LUOGHI COMUNI

SLIDE 56 - 57 - 58

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

Come abbiamo visto 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 muoiono 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? No

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..."*

L'alcol produce
effetti piacevoli
iniziali seguiti da
effetti negativi
a breve e lungo
termine

12. L'alcol agisce contro la febbre e contro il raffreddore?

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 finchè 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 del sangue. 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 gastroduodenale.

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.

L'alcol non svolge
alcuna funzione
alimentare

FUMO

SLIDE 59-60-61

Il fumo è tossico già a dosi molto basse ed è cancerogeno anche per il feto

Anche il fumo è illegale al di sotto dei 18 anni.

Il danno è dose dipendente e il rischio di malattia inizia già per dosaggi molto bassi.

Dalla combustione del fumo di sigaretta si liberano da 4000 a 5000 sostanze potenzialmente tossiche e cancerogene. 150 di queste sono attive da subito.

Il fumo di tabacco è costituito da una fase gassosa (gas tossici come cianuro di idrogeno, ammoniaca, ossido di idrogeno, ossido di azoto e monossido di carbonio) **e da una fase solida** (aldeidi, benzopirene, chetoni e nicotina). Nella parte solida sono presenti anche nitrosamine, amine aromatiche. **Queste sostanze sono molto cancerogene e sono presenti in elevata quantità nella parte finale della sigaretta fumata.**

La nicotina è tossica e cancerogena ed è causa della dipendenza da fumo. Viene metabolizzata per l'80-90% nel fegato e per la rimanente parte nel rene e nel polmone. Viene escreta nel latte materno e raggiunge l'embrione-feto.

È una sostanza che in agricoltura viene utilizzata come insetticida sotto forma di solfato ed anche come antiparassitario.

Se al fumo si associa il consumo di etanolo, molte sostanze derivate dalla combustione che verrebbero eliminate dall'organismo in forma pre-cancerogena vengono trasformate dal fegato in cancerogene. Ecco perché **il rischio di sviluppare malattie è significativamente superiore quando il fumo di sigaretta è associato al consumo di etanolo.**

L'associazione fumo-alcool è devastante con significativa riduzione della performance psico-fisica: stanchezza cronica, diminuzione concentrazione, diminuzione apprendimento, resa scolastica scadente. Tutto l'organismo è danneggiato. Il 95% dei tumori del polmone, l'80-85% delle bronchiti croniche ed enfisema polmonare ed il 25% delle malattie cardio-vascolari sono associate al fumo. Numerose problematiche iniziano già nell'adolescenza e sono qui elencate:

FORMAZIONE MONOSSIDO DI CARBONIO

Il monossido di carbonio che si forma si lega saldamente all'emoglobina: ciò comporta una ridotto trasporto di ossigeno da parte dei globuli rossi con evidente precoce affaticamento e riduzione della efficienza sia mentale che fisica. Inoltre, danni polmonari e cardiaci.

DANNI AL SISTEMA BRONCO-POLMONARE

1. Bronchite acuta (già nei giovani)
2. Bronchite cronica (già nei giovani). Si assiste ad un abnorme allargamento degli alveoli con distruzione delle loro pareti
3. Asma bronchiale (già nei giovani)
4. Già dai primi anni vengono poste le condizioni per lo sviluppo del tumore polmonare
5. Aumento infezioni

ALTRI TUMORI

Già nei primi anni vengono poste le condizioni per lo sviluppo di altri tumori (in particolare: cavità orale, faringe, laringe, esofago, stomaco, intestino, pancreas, fegato, vie urinarie)

APPARATO GASTRO-ENTERICO

Già nei primi anni: cattiva digestione (dispepsia), dolori addominali (colon irritabile, alterazioni della motilità intestinale), reflusso-gastroesofageo, gastriti, duodeniti.

CUORE (aumento catecolamine e diminuzione ossigeno)

1. Ipertensione arteriosa
2. Tachicardia
3. Inizio dell'arterosclerosi coronarica
4. Il 15-20% dell'emoglobina è sotto forma di carbosiemoglobina (diminuzione rendimento cardiaco)
5. Spasmi della parete muscolare delle coronarie: aritmie, infarti giovanili, morti improvvise

RENI

Favorisce insufficienza renale.

APPARATO GENITALE

Riduzione virilità maschile, riduzione fertilità maschile e femminile

CUTE

Invecchiamento precoce

OSSA

Riduzione della densità ossea con aumento fratture (soprattutto radio, colonna e femore).

CANNABIS

Scheda parzialmente tratta da L. Gallimberti (Morire di Piacere, BUR, Milano 2012).

Principio attivo contenuto nelle foglie di marijuana e nell' hashish in concentrazioni molto più basse nelle prime (1-3%) che nel secondo (10-70%). Spiazza il rinforzante naturale anandamide.

Pianta di **marijuana**: sessanta diversi tipi di cannabinoidi
Principio attivo più efficace: delta-9-Thc (tetraidrocannabinolo)

Hashish: estratto dalla resina presente attorno ai fiori di marijuana. Si presenta sotto forma di «pasta». Concentrazione di Thc del 20% circa.

L'**olio di hashish** (ottenuto da un'ulteriore estrazione) può arrivare sino al 70% di principio attivo.

Hashish - pasta: fumato mescolandolo a del tabacco (canne/spinelli!)

Hashih - olio: mescolato a cibi o bevande oppure utilizzato per umettare il bordo della sigaretta o della propria canna

I recettori del Thc si trovano:

sistema nervoso (SN)*, fegato, pancreas, tessuto adiposo, sistema immunitario

NO RECETTORI IN SEDE RESPIRATORIA: no insufficienza respiratoria/no overdose

Recettori Thc e SN:

Aree responsabili del piacere, della memoria, del pensiero e della concentrazione, del coordinamento dei movimenti, delle percezioni sensoriali

Ippocampo (importante nella formazione della memoria): densità recettoriale particolarmente elevata.

Compromissione della capacità di apprendere nuove informazioni quando si è sotto l'effetto della sostanza.

Durante l'uso stato di insufficienza cognitiva.

Gangli della base e cervelletto altrettanto ricchi.

Compromissione movimenti muscolo-scheletrici e coordinamento movimenti fini.

Attività Scolastica/ Guida e Lavoro compromessi (effetto residuo: sino a 48 ore)

Insorgenza Tolleranza: per insorgenza di neuroadattamento

Sintomi: iporessia/anoressia (riduzione/ perdita di appetito), calo ponderale, irritabilità, stato ansioso, rabbia-aggressività, ritmo sonno-veglia alterato

Azione Cancerogena: soprattutto polmonare (benzopirene più concentrato nel fumo di marijuana rispetto a quello di sigaretta; una canna provoca il danno polmonare di quattro sigarette)

Aumento carico cardio-vascolare (inizio aterosclerosi, aritmie, ischemia, morte improvvisa)

Aumento frequenza infezioni sia batteriche che fungine

Aumento della frequenza di ragazzi con ansia e depressione

12-15% dei ragazzi consumatori svilupperanno gravi problematiche psicotiche

Il Thc influisce negativamente soprattutto sul sistema nervoso

ENERGY DRINK

Bevande costituite da elevate concentrazioni di caffeina. Già utilizzate dall'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 gr/l).

Nei ragazzi, quindi, anche per consumi molto ridotti è possibile riscontrare positività all'etilometro o con metodi di dosaggio più raffinati come l'alcolemia nel sangue. Nella slide 65 (alcol e guida) sono rappresentate le alterazioni che si associano ai vari livelli di alcolemia. Si ricorda che il fegato sano adulto impiega in media 90' per metabolizzare completamente una UA (enormi variazioni individuali). Nelle slides 66 a 69 viene rappresentata la perdita di visione laterale anche per bassi dosaggi.

SLIDE 65

SLIDE 66 - 69

ALCOL E DISTURBI ALIMENTARI

L'associazione di consumo di bevande alcoliche e disturbi alimentari (anoressia, bulimia, ecc) può arrivare al 60%. Naturalmente molte forme di disturbi alimentari sono sfumate.

È opportuno segnalare un nuovo fenomeno definito "drunkoressia". Una condizione molto grave e molto impegnativa dal punto di vista terapeutico.

Molti giovani avendo compreso che l'assunzione di elevate quantità di alcol riduce l'appetito (per apporto di "calorie vuote") possono contemporaneamente scivolare verso la doppia condizione patologica anoressia/alcol dipendenza.

COCAINA

Scheda parzialmente tratta da L. Gallimberti (*Morire di Piacere*, BUR, Milano 2012)

Danni psico-fisici devastanti

Sostanza naturale estratta dalla pianta *Erythroxylon coca* che produce:

1. Effetto Psico-Stimolante
2. Effetto Anestetico
3. Effetto Vasocostrittore
4. Effetti regolati da amine biogene o monoamine (azioni funzionalmente correlate)

Vie di somministrazione: endonasale (minore dip.), fumo, endovena

Meccanismo Azione Cocaina: reuptake (meccanismo di ricattura)

Viene impedita la ricattura di serotonina, noradrenalina e dopamina.

Serotonina e noradrenalina: effetto antidepressivo

Dopamina: effetto euforizzante (effetto responsabile della dipendenza)

Dipendenza: particolarmente intensa (irresistibile)

Via endonasale: minore dipendenza.

Soggetto sveglia, vitale e instancabile. Tachilalia.

Controllo cognitivo della corteccia orbito-frontale fortemente compromesso.

Fenomeni allucinatori di tipo paranoico/ distorsioni mentali

Fumo (crack): cocaina in cristalli che può essere riscaldata e i cui vapori possono essere inalati.

Indispensabile ottenere la «free base»: trasformazione mediante additivi quali bicarbonato di sodio o ammoniaca, che liberano la sostanza dal taglio e trasformano la polvere in cristalli che andranno poi posti nel braciere di apposite pipette (sfrigolio emesso dal cristallo quando viene riscaldata: crack)

Sensazioni euforiche istantanee e più intense (rush) (prostrazione grave anche in pochi minuti (crash) altra assunzione (run)

Via endovenosa: in pochi secondi «full-body orgasm»

Effetto vasocostrittore: cefalea, dolore toracico cardiaco, attacco ischemico cerebrale transitorio, ictus, ipertensione arteriosa, aritmie (crisi ipertensive se associazione con decongestionanti nasali)

Altre problematiche: alterazioni/distruzione setto nasale, iporessia/anoressia (riduzione/assenza appetito), calo ponderale (perdita di peso), assunzione di alcol per ridurre lo stato ansioso.

Craving (poderosa necessità di assunzione) scatenato attraverso il contatto di qualsiasi altra sostanza (alcol, nicotina, Thc...); dipendenza di estrema gravità.

Infarto Miocardio:

30' se via endovenosa, 90' se crack, 135' se via endonasale

Il rischio di infarto Miocardio è molto alto con l'assunzione di cocaina

Rischio massimo nella prima ora
Possibile entro le prime 15 ore
Rischio aumentato da 24 a 31 volte maggiore rispetto al rischio basale

Epatopatie (epatopatie subacute/ acute):

Le ragioni di questa complicanza sono da ricercare nella formazione di una sostanza chiamata "cocaetilene" particolarmente tossica per il fegato e, inoltre, spesso la cocaina viene "tagliata" con sostanze potentemente epatotossiche.

EROINA

SLIDE 74

Scheda parzialmente tratta da L. Gallimberti (Morire di Piacere, BUR, Milano 2012)

Danni psico-fisici devastanti

Sostanza semisintetica ricavata dalla morfina, che a sua volta è il principale principio attivo dell'oppio.
Sostanza lattiginosa estratta dalle capsule immature del papavero da oppio.

Rush-Flash: «fiammata di piacere» (respirazione rallentata, scomparsa dolori).

Neuroni responsabili «dello sballo»: ipotalamo. Questi neuroni usano come neurotrasmettitori betaendorfina (diffusione calma), enkefalina (controllo dolore), dinorfina (sensazioni sgradevoli).

Recettori per eroina in grande quantità nel tronco encefalico (stimolazione eccessiva grave insufficienza respiratoria o blocco dello stesso - overdose con decesso).

Recettori specifici: mu, delta, kappa.

Effetti: possono durare sino a 24 ore (variabili: dose, metodo assunzione, sesso, peso, caratteristiche cerebrali individuali)

Dipendenza: dolori agli arti inferiori, dolori diffusi, vampate di calore/ freddo improvviso, alvo diarroico, nausea/ vomito, allucinazioni, gravi alterazioni all'apparato respiratorio, stato depressivo, morte soprattutto per insufficienza respiratoria.

Associazione benzodiazepine/eroina: "speedball"

ALTRE SOSTANZE UTILIZZATE DAI GIOVANI

AMFETAMINE

Utilizzate in quanto creano euforia e disinibizione.

Tuttavia sono sostanze molto dannose: dipendenza precoce, comportamento aggressivo, alterazioni cardiache (aritmie, tachicardia o bradicardia), agitazione psico-motoria, stato ansioso-depressivo, alterazioni neurologiche (per esempio episodi epilettici) e possibile insorgenza di disturbi psicotici.

LSD (dietilammide dell'acido lisergico)

Distorsione della percezione del tempo e dello spazio e fenomeni paradossali a carico della percezione visiva ed uditiva. Si possono manifestare vere e proprie allucinazioni.

MDMA (3,4 metilenediossimetamfetamina, Ecstasy)

Gli effetti fisici e comportamentali si manifestano dopo circa 30' dall'ingestione e si protraggono fino a sei ore. Si assiste ad un calo della performance psico-fisica e soprattutto si verificano fenomeni di importante danno cerebrale (neurotossicità con talvolta danni irreversibili). Anche in questo caso si è esposti all'insorgenza di malattie psichiatriche. Inoltre, è possibile l'insorgenza di insufficienza epatica acuta che necessita di trapianto di fegato.

KETAMINA

Anestetico e tranquillante fornito di proprietà deliranti e psichedeliche.

NUOVE SOSTANZE E ALTRI APPROFONDIMENTI

Si rimanda al capitolo successivo "Nuove droghe e nuovi contesti" di A. Viotti ed E. Morsucci

NUOVE DROGHE E NUOVI CONTESTI

Alessandro Viotti
Maria Elena Morsucci

SLIDES DA 76 A 104

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.

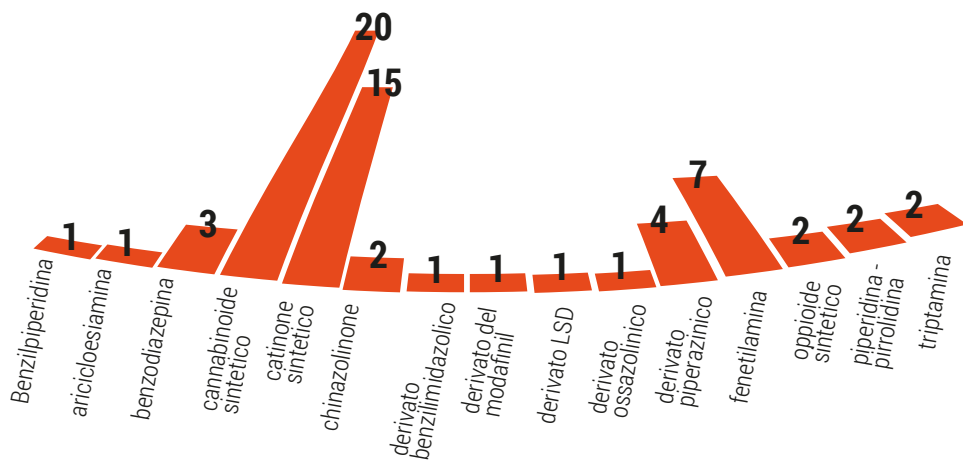
I dati e le informazioni riportate si basano su diverse fonti statistiche: sequestri di droga, impianti di produzione di stupefacenti smantellati, sequestri di precursori chimici, reati legati all'offerta di droga, prezzi della droga al dettaglio e infine analisi medico-legali dei sequestri di stupefacenti. 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)

Grafico A - Le nuove sostanze psicoattive segnalate dai diversi paesi europei



l'EMCDDA raccoglie tutte le nuove sostanze psicoattive in continua evoluzione

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.

Addiction è
una dipendenza
psicologica
= policonsumatori

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. **È 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.

Anche le forme di consumo e assunzione cambiano continuamente

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 usato nel trattamento di dolore neuropatico, epilessia e ansia generalizzata, il tropicamide, 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 fumate come sostituti della cannabis.

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.

All'arrivo al PS spesso è difficile capire che tipo di sostanza il paziente ha assunto

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.

È 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.

- 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.

www.espad.org/

I SOCIAL NETWORK

Roberto Surlinelli

SLIDES DA 105 A 114

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.

Non dobbiamo considerare internet come un mondo virtuale ma "reale"

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 agevolare 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**

Tutto ciò che si pubblica in internet rimane potenzialmente per sempre

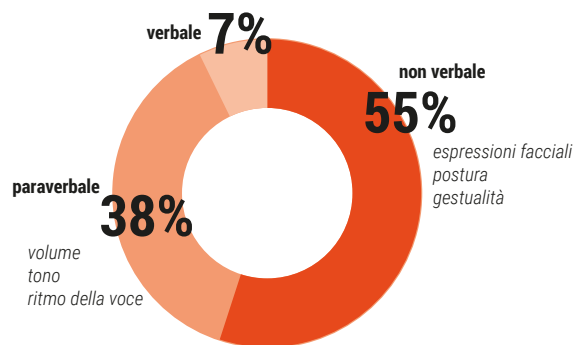
numeri paragonabile alla targa di un'autovettura, che rende possibile risalire all'intestatario di una determinata linea telefonica utilizzata per quel particolare accesso.

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.

Con internet il cyberbullismo ha incrementato il suo potere di pressione sulla persona

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 è 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, overrosia: 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:

www.poliziadistato.it

www.facebook.com/unavitadasocial

twitter.com/unavitadasocial?lang=it

www.commissariatodips.it/

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 sostituirne 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). È 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.

LE MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

**Antonio Di Biagio
Michele Tosato**

SLIDES DA 115 A 122

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),
- Nesseria gonorrhoeae (Gonorrea),
- Haemophilus ducreyi (Ulcera Venerea)
- Chlamydia trachomatis (Linfogranuloma 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).

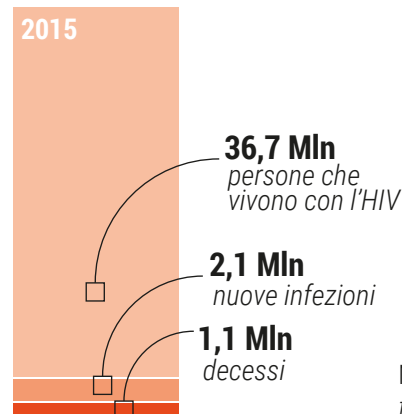
La diagnosi precoce di infezione al virus dell'HIV e l'avvio di una tempestiva terapia antivirale possono bloccare l'avanzamento della malattia ed impedire lo sviluppo di tale sindrome. Per questo motivo conoscere e prevenire HIV sono fondamentali, consentono di evitare nuovi casi di infezione da HIV 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.



Nel mondo
fonte OMS

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.

Serve un nuovo impegno per diffondere la consapevolezza del rischio HIV

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.

È 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.

È 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. È 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.

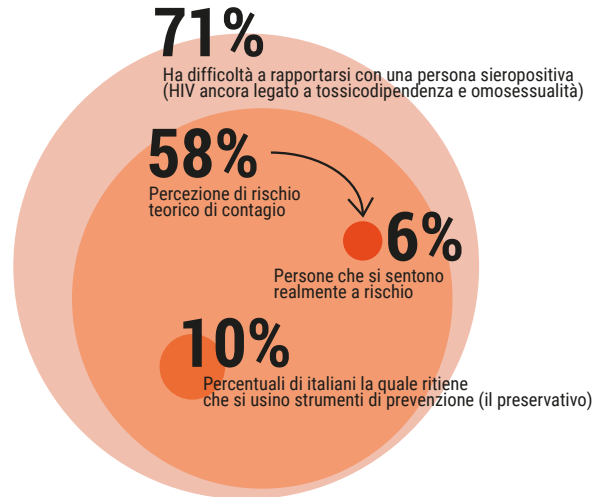
Una delle principali criticità sottolineate dal mondo della scuola, nel tentativo di affrontare le tematiche sessuali, è la resistenza delle famiglie. Alcuni insegnanti segnalano il rischio di denunce, ma questa difficoltà va affrontata incontrando i genitori e superando pregiudizi o paure ancorate al 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.

L'informazione sulla prevenzione deve cominciare nelle scuole medie

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 conoscenze e le percezioni"



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.

È 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
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 generazioni 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).

NOZIONI DI PRIMO SOCCORSO ANCHE PER I RAGAZZI

Anafilassi

Uso del defibrillatore

Manovra antisoffocamento

Alberto Ferrando

ANAFILASSI

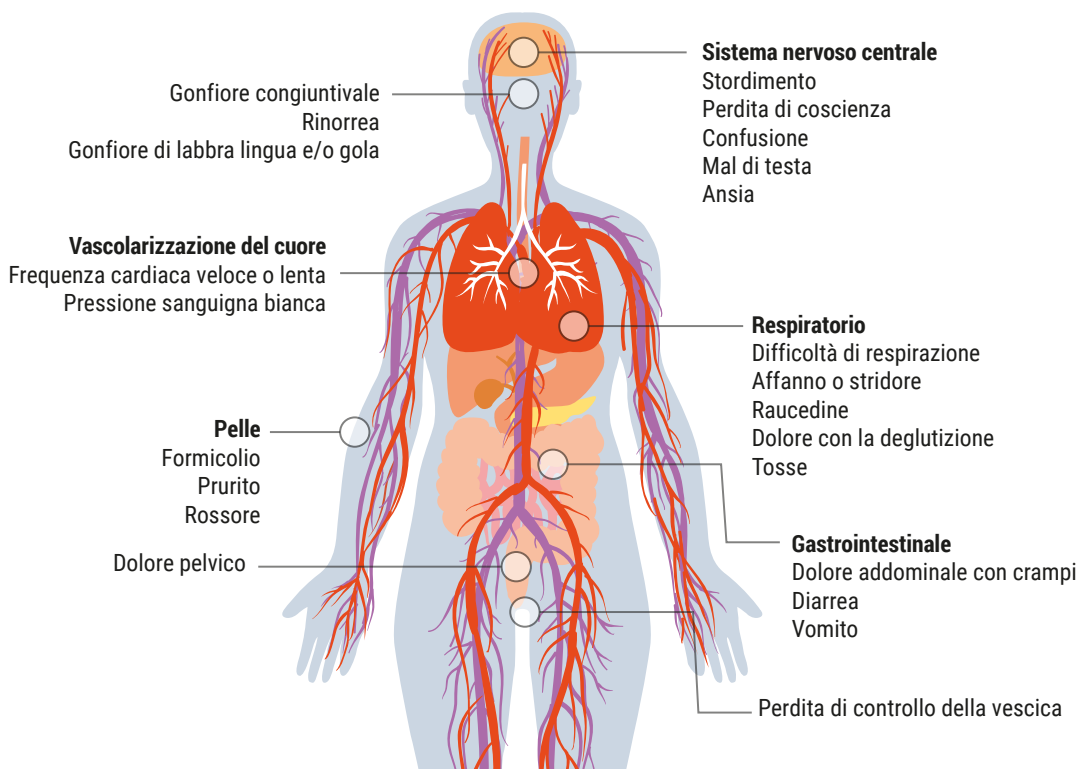
Cosa sapere

“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).

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.



Le principali cause di anafilassi sono gli alimenti

| 71

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 cuoio capelluto, 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 abbaiante, 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, per esempio, il pungiglione, se presente, il 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.

Come utilizzare correttamente l'adrenalina autoiniettabile:

filmato: www.youtube.com/watch?v=Wvk1KibTs_4

Fonti

Uso dell'adrenalina nell'anafilassi: 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 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 in modo da ristabilire il corretto battito cardiaco.
- 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:

- Una **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:

Accendere il DAE:

1. **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:

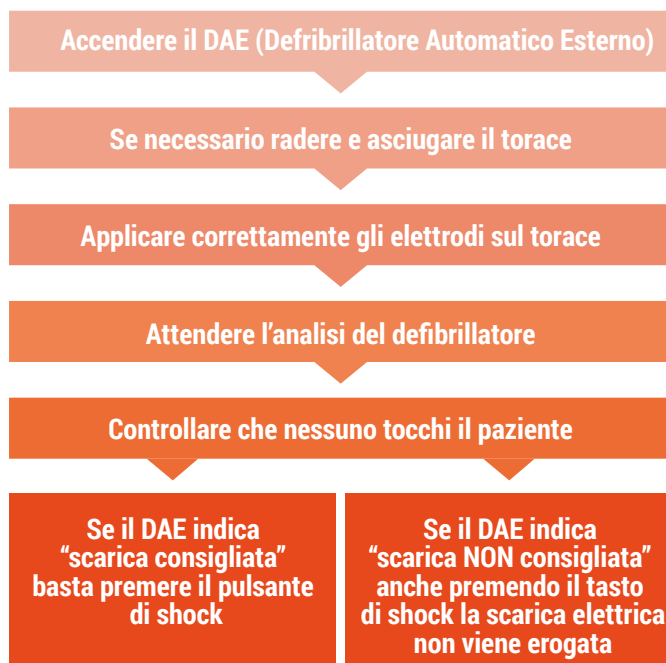
- **fino 8 anni di età**
- **fino 25 Kg**

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.



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 rischio da soffocamento da corpo estraneo è più frequente sotto i 4 anni

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. È una causa anche frequente nelle età successive tanto da essere la quinta causa di mortalità per età oltre ai 65 anni 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.
- 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, nocciole e pistacchi, ciliegie, carote.
- Farli giocare con giocattoli adatti per l'età.

Cosa non fare:

- Infilare 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.
- Afferrare 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 antisofoffocamento ma si invita il soggetto, se grande, a tossire e, nel caso, si allerta il 112.

Distinguiamo le manovre che si eseguono:

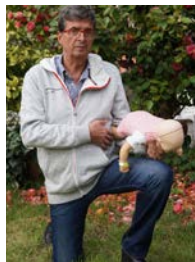
1. **Nel lattante (età < 1 anno)**
2. **Nel bambino grande e nell'adulto**

COSA FARE NEL LATTANTE

Figura I MANTENERE LA CALMA: Chiamare per aiuto, se siete in due uno può allertare il 118/112



con la mano assicurare il capo del lattante fissando la mandibola tra pollice e indice "posizione a C"



Posizionare il lattante a pancia in giù, e con la testa più in basso, sull'avambraccio. Appoggiarlo sulla gamba



5 pacche interscapolaria palmo aperto



In caso di insuccesso, tenendo il capo, ruotate il bambino



5 Compressioni con 2 dita sullo sterno

PROSEGUIRE ALTERNANDO 5 "PACCHE" SUL DORSO E 5 COMPRESIONI TORACICHE FINO A DISOSTRUZIONE O PERDITA DI COSCIENZA.

IN TAL CASO PASSARE ALLE MANOVRE DI RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE: -Porre il lattante su una superficie rigida e con il capo in posizione neutra -Chiamata al 118 se non fosse stato allertato in precedenza -30 compressioni toraciche (alla fine delle quali verificare se il corpo appare in bocca)

2 respirazioni bocca a bocca (o bocca a bocca/naso)

COSA FARE NEL BAMBINO GRANDE E NELL'ADULTO (MANOVRA DI HEIMLICH)

Figura II MANTENERE LA CALMA: Chiamare per aiuto, se siete in due uno può allertare il 118/112



individuare una zona tra sterno e ombelico con il pollice e l'indice di una mano



Fare un pugno con l'altra mano formando una superficie piatta con il pollice all'interno



Inserire la mano nella zona delimitata in precedenza tra lo sterno e l'ombelico



Appoggiare la mano che aveva delimitato la zona da comprimere



Comprimere con forza con un movimento "a cucchiaio" dall'avanti in dietro e dal basso verso l'alto

OSTRUZIONE NEL LATTANTE

Se il bambino è **sotto l'anno, si chiama aiuto, o se si è in due uno può allertare il 112, e si iniziano le manovre antisoffocamento:**

- 5 colpi sulla schiena tra le scapole.
- Se il corpo estraneo non viene eliminato si ruota il bambino e si comprime, per 5 volte, lo sterno per una profondità di circa 3-4 cm.

OSTRUZIONE NEL BAMBINO OLTRE L'ETÀ DI 1 ANNO

Nel caso in cui un bambino riesca a piangere, tossire o parlare a tavola, **NON dobbiamo effettuare alcuna manovra.**

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 il bambino NON riuscisse a liberarsi da solo e smettesse di parlare, respirare, tossire, se è ancora cosciente, si chiama aiuto, se si è in due si allerta il 112, e si iniziano a praticare le manovre per effettuare la disostruzione ("**Manovra di Heimlich**", dal nome del Medico americano Henry Jay Heimlich, che l'ha applicata e diffusa per primo nel 1974) che può essere effettuata senza pacche se si seguono le linee guida della American Heart Association, AHA, o associata alle pacche sulla schiena se si seguono le linee guida della European Resuscitation Council, ERC) come da poster.

Se il lattante/bambino diventa incosciente, bisogna iniziare a praticare la rianimazione cardiopolmonare: massaggio cardiaco e respirazione (30 compressioni toraciche e 2 respirazioni).

COSE DA NON FARE

Non mettere le dita in gola al bambino allo scopo di farlo vomitare o di cercare di estrarre l'oggetto in quanto così facendo si rischia di spingere più in basso.

Non mettere il bambino a testa in giù.

(Vedi poster)

Continuare con queste manovre fino a:

1. fuoriuscita del corpo estraneo
2. perdita di coscienza del bambino
3. arrivo del 112

DECALOGO PER PREVENIRE IL SOFFOCAMENTO

1. NON DARE AI BAMBINI CIBI SOLIDI PRIMA CHE SIANO IN GRADO DI MASTICARLI E DEGLUTIRLI.
2. NON FARLI MANGIARE E BERE A BORDO DI UN MEZZO IN MOVIMENTO.
3. NON FARLI GIOCARE MENTRE MANGIANO.
4. NON LASCIARE ALLA LORO PORTATA OGGETTI PICCOLI CHE POTREBBERO INCURIOSIRLI IN QUANTO, PER CONOSCKERLI, SE LI INFILEREBBERO IN BOCCA: BOTTONI, PERLINE, SPILLE, MONETE, GIOCATTOLE OD OGGETTI GRANDI CHE POSSANO ESSERE SMONTATI IN PICCOLE PARTI.
5. NON FARLI MANGIARE DA SOLI.
6. ACQUISTARE GIOCATTOLE A NORMA E ADATTI ALLA LORO ETÀ, FACENDO ATTENZIONE CHE NON SI POSSANO ROMPERE O SMONTARE IN PARTI TROPPO PICCOLE: LE DIMENSIONI DELL'OGGETTO DEBONO ESSERE SUPERIORI A 4,5 CM.
7. NON FAGLI METTERE TROPPO CIBO IN BOCCA.
8. EDUCARLI A MANGIARE E BERE DA SEDUTI CON LA SCHIENA ERETTA PER CONSENTIRE AGLI ALIMENTI DI RAGGIUNGERE AGEVOLMENTE LE VIE DIGESTIVE.
9. CON FIGLI DI ETÀ DIVERSA FARE ATTENZIONE A NON MISCHIARE I LORO GIOCATTOLE.
10. MANTENERE ALTA L'ATTENZIONE DURANTE LE FESTE OVE CI SONO BAMBINI DI ETÀ DIFFERENTE.

Riferimenti scintifici

WWW.ILCOR.ORG

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.it e www.ferrandoalberto.blogspot.it
(ferrandoalberto.blogspot.it/2016/07/manovra-antisoffocamento-poster-e-video.html)

**S.O.S. ... Genitori:
UN APPROCCIO
“ECOLOGICO SOCIALE”
AI PROBLEMI
DELL'ADOLESCENZA**

Giorgio Schiappacasse

SLIDES DA 207 A 231

INTRODUZIONE

Tutto comincia, alcuni anni fa, con il ricevimento di sempre più numerosi segnali di: **“S.O.S. ...---...**

Genitori...in difficoltà !!!” (i ragazzi, almeno in apparenza, neanche ci pensavano!)

Partono così le prime missioni di soccorso...e alcuni di noi si orientano DALLA PARTE DEI GENITORI anche perché gli adolescenti sono inafferrabili e, pochi si preoccupavano dei segnali che arrivano dai Genitori!

(su questo bisognerebbe riflettere molto). **Eppure “sappiamo” che è importante, soprattutto per i figli, il “recupero” dei genitori.** Infatti senza radici non si vola!

S.O.S. ...---... (Save Our Soul) (salvate le nostre anime)? Strano una volta si preoccupavano più delle loro anime.

Come definire l'approccio che si è andato strutturando gradualmente negli anni? **Forse un approccio socio-psico-educativo** Mah! speriamo, in ogni caso, che sia un approccio di buon senso!

Con le definizioni (diagnosi) ci troviamo sempre un po' a disagio figuriamoci se parliamo di adolescenza! Sicuramente ci siamo accorti che gli aspetti educativi sono molto, molto importanti. In questi anni li abbiamo dati troppo per scontati e ci siamo scordati che vanno sostenuti, valorizzati e che servono non solo agli adolescenti ma a tutti noi!

Anche noi (come gli adolescenti) abbiamo bisogno di curare le nostre radici! Che sia per questo che abbiamo tutti perso forza?

Noi professionisti, noi organizzazioni sanitarie, noi adulti, noi mass-media, noi politici, noi società abbiamo, in questi anni rispettato, sostenuto, cooperato e protetto veramente il ruolo educativo naturale dei genitori e della società tutta soprattutto nella impegnativa fase dello svincolo adolescenziale?

O piuttosto i genitori sono stati messi, in tutti i modi possibili ed immaginabili, sotto il tiro incrociato del cosiddetto fuoco amico di esperti, professori, politici quasi sempre in contraddizione uno con l'altro, poco chiari e slegati dalla realtà concreta? Quante vittime però ha fatto il fuoco amico?

RIFLESSIONI

(essere genitori, essere educatori oggi)

Assistiamo oggi ad una crisi complessiva del sistema educativo nelle sue componenti Sociali, Familiari e Individuali.

Possiamo affermare con sicurezza che la società ha disertato in questi anni dai suoi compiti educativi da molti punti di vista.

Le famiglie ed i genitori in particolare si trovano a remare “soli” e “controcorrente” ed in assenza di una chiara consapevolezza del loro ruolo e dei loro compiti educativi rischiano di essere travolti da modelli inadeguati, confusi o francamente falsi.

Questi **modelli dominanti sono più al servizio di una logica consumistica e di mercato** o di comode demagogie di bottega più che interessate a sostenere i genitori nell'impegnativa fase educativa dello

Aiutare i genitori e facilitare il loro auto-aiuto è il primo passo per noi specialisti

svincolo adolescenziale (vedi messaggi e modelli passati dai mass-media, vedi abolizione militare senza una sua sostituzione con un analogo servizio civile svolto, magari, in una logica Europea, vedi abbandono dei riti di passaggio, vedi problemi correlati all'uso di alcol, psicofarmaci, al gioco d'azzardo incentivati e accettati oggi dalla società tutta, ecc...).

Tutto e subito evitando le fatiche e il dolore della vita perché è assente la prospettiva di un domani di un futuro.

Una educazione drogata così come una finanza drogata!

Nella fase dello svincolo adolescenziale **è necessario per i Genitori essere consapevoli delle cose buone date, essere presenti e non disertare dalla necessità di porre i "limiti", essere consapevoli del loro**, ancora necessario, ruolo educativo accettando di attraversare momenti inevitabili di impopolarità (anche interna) che, nei fatti, è solo possibile condividere con altri adulti o altri genitori. (dov'è finita oggi la famiglia allargata di una volta?)

È una fase di trasformazione di tutto il "progetto famiglia" e **i genitori sono il perno attorno al quale si snoda questo processo di cambiamento.**

In questa fase i genitori attraversano contemporaneamente:

la crisi dei 40/50 (senti improvvisamente l'età e la coppia, dopo tanti anni, spesso, è in difficoltà), i figli adolescenti ti fanno sentire insufficiente (come loro nessuno), se infatti per il bambino piccolo parliamo di genitore "sufficientemente buono", per l'adolescente dovremmo parlare di genitore insufficientemente buono o sufficientemente scarso è dura da accettare!

L'età avanzata (o la mancanza) dei propri genitori fanno sentire le spalle scoperte e non è una bella sensazione.

Tutto si scarica sui Genitori non è certo un periodo facile è come nella sciatica: il disagio si manifesta nella gamba (adolescente) ma il problema è nella colonna che risente di un eccesso di carico con presenza di un'ernia (scontata) tra L3/L4 o L4/L5 (i due genitori) a causa spesso del sovrappeso e/o di scorretti atteggiamenti posturali che presentano il conto (è necessario, spesso, andare a rivedere, con la fisioterapia, alcuni aspetti non risolti nella relazione con la generazione precedente)

È per questo che sono proprio i Genitori che devono trovare adeguati punti di ascolto, indirizzo da parte dei professionisti (pubblici o privato) e sostegno duraturo nei gruppi di condivisione e ascolto territoriale (es: Genitori Insieme -www.genitoriinsieme.org).

Questi gruppi sono gli unici, infatti, che possono garantire un adeguato e accessibile sostegno e trattamento a medio e lungo termine su tutto il territorio. Si recupera, così, con uno sforzo di consapevolezza la dimensione fisiologica di **"famiglia allargata", oggi perduta, così necessaria ad ammortizzare e accompagnare i diversi passaggi della vita.**

È necessario, quindi, che calibriamo nelle nostre operatività un approccio più complessivo: tutto il sistema (in questo caso in primis i genitori) è e deve essere coinvolto da diversi punti di vista.

I genitori, per quanto possibile, devono essere informati, sostenuti, resi partecipi, protagonisti, consapevoli e co-responsabili dei percorsi di cura e trattamento (questo è un elemento terapeutico importantissimo).



I Genitori rappresentano, infatti, anche la prima risorsa sia per la propria situazione ma lo possono essere o diventare anche per altri Genitori con cui scambiando le reciproche esperienze e condividendo uno spazio di ascolto e accettazione dei problemi e delle difficoltà presenti possono costruire una "rete" di sostegno, crescita e maturazione unica e specifica.

La presenza dell'Associazione sul territorio, poi, rappresenta un importante stimolo di riflessione per tutta comunità in cui il gruppo è inserito.

Ricordiamo che questa come altre realtà di autotutela e promozione della salute fanno della gratuità un valore fondamentale che nasce dalla consapevolezza che non c'è chi da e chi prende ma uno scambio interattivo continuo, una cooperazione, una condivisione utile a tutti, una occasione di crescita e maturazione.

Riusciamo così a coprire con un solo intervento tre spazi:

- individuale
- familiare
- sociale.

Questi tre spazi sono necessari a stimolare un cambiamento della cultura generale. Sullo sfondo poi, rimane un quarto punto su cui implicitamente si lavora con questa impostazione: quello etico-spirituale.

Il bello è che possiamo ottenere questo a costo zero sia per le famiglie che per il sistema socio-sanitario in quanto sono proprio le famiglie (i genitori) che diventano risorsa sia per se che per gli altri (oltre che per noi)

Questo permette anche a noi professionisti di essere meno soli e di ottimizzare il nostro impegno rimanendo a disposizione per più situazioni, per le situazioni più problematiche e per lo sviluppo di altre aree di lavoro.

Lavorare in questo modo ci costringe, però, a cambiare i paradigmi a cui siamo abituati: **dobbiamo essere in una prima fase più attivi**, interventisti, assumendo, ove necessario, anche un ruolo di **attivatori** delle risorse territoriali per poi **in una seconda fase lasciare la presa per ridare ai genitori (e all'Associazione) la necessaria indipendenza ed autonomia.**

In una terza fase, **poi, si è interlocutori paritari** che confrontano e scambiano opinioni oltre che cooperare per obiettivi comuni.

È un ruolo molto più vicino a quello del medico condotto di una volta che a quello dell'iperspecialista così inseguito in questi anni. Il medico condotto viveva in pieno nella sua comunità e non per questo era meno rispettato o perdeva di professionalità.

È un recupero delle competenze umane, relazionali, partecipative e di insegnamento dell'essere operatore della salute, come si diceva una volta a tutto tondo.

Ci corre la nota differenza tra avere o essere. A ognuno la sua scelta.

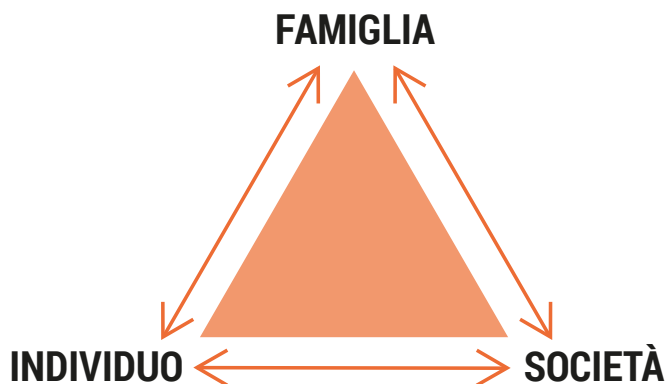


I tre spazi di
intervento:
individuo
famiglia
società

LA VISIONE ECOLOGICO-SOCIALE

L'importanza delle autonome Associazioni di autotutela e promozione della salute nello sviluppo di un sistema salute low-cost/high quality.

In una estrema sintesi potremmo visualizzare tale approccio in questo modo:



Questa visione complessa dà, però, ai nostri interventi maggiore libertà d'azione e possibilità di poter utilizzare **diverse porte di ingresso lavorando in ogni caso su chi è in quel momento maggiormente disponibile** a coinvolgersi senza dover necessariamente aspettare proprio chi ha maggiori difficoltà (l'adolescente).

Importanza strategica viene riconosciuta dall'OMS allo sviluppo delle **AUTONOME ASSOCIAZIONI DI AUTOTUTELA E PROMOZIONE DELLA SALUTE** (no-cost) nei vari settori di intervento del sistema salute. La loro presenza migliora le competenze del sistema influenzando positivamente la cultura della comunità locale di riferimento.

In molti campi dobbiamo, oggi, ringraziare i movimenti di auto-tutela e promozione della salute (ad es: Club degli Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi e sistema dei 12 passi, e in piccolo Genitori Insieme) **che hanno saputo, con la loro presenza attiva, imprimere una svolta decisiva agli interventi nei rispettivi settori e determinare un'opera di sensibilizzazione sociale che sta portando, in molti casi, a significativi cambiamenti culturali e che obbliga e sempre più obbligherà anche noi professionisti ad adottare diverse e più moderne strategie di intervento coerenti e cooperanti con l'approccio di queste Associazioni** (approccio ecologico sociale per lo sviluppo di una rete low-cost/high quality).

Molto è ancora da fare in ambito professionale in tale direzione perché troppo spesso **non vi è ancora la capacità di accogliere in modo adeguato la domanda diretta o indiretta dei genitori**. È necessario riflettere e operare concretamente in tale direzione.

CONCLUSIONI

(...continuiamo a lavorare)

È una strana battaglia questa tra genitori e figli, da questa guerra ne usciamo o tutti vincitori o tutti sconfitti!

Manteniamo la consapevolezza, tutti noi adulti, dei nostri compiti e ruoli educativi, non disertiamo e re-impariamo a guardare più lontano!

Un amico mi ha fatto osservare che i genitori non devono tanto avere in mente il futuro dei figli ma che i figli hanno un (loro) futuro!

Invito tutti a conoscere meglio l'Associazione Genitori Insieme, i suoi principi etici e il suo modo di "operare" www.genitoriinsieme.org!

È una risorsa concreta a disposizione di tutti

SLIDE 215-231

L'AUTOMUTUOAIUTO COME RISORSA FONDAMENTALE

Per un sistema salute low-cost ma di alta qualità

Giorgio Schiappacasse

Nei problemi delle dipendenze sono sempre più in evidenza, oggi, due fattori:

1) da una parte l'**importanza del livello di comunicazione di massa (pubblicità)** che oggi coinvolge tutti. Questi aspetti comunicativi sono costruiti, per evidenti fattori commerciali, per stimolare gli aspetti compulsivi delle persone e dei giovani in particolare. Tutti siamo condizionati e condizionabili da questi messaggi sempre più invasivi che stanno determinando una vera e propria intossicazione collettiva fin dalla prima infanzia.

2) l'evidenza dell'**urgente necessità strategica di saper valorizzare le persone, le loro famiglie e le risorse territoriali** come parte attiva consapevole ed indispensabile di moderni percorsi di cura-trattamento che sappiano coniugare qualità a sostenibilità.

È indispensabile, infatti, ridimensionare e contrastare quei meccanismi di delega (de-responsabilizzanti) che sono diventati, in questi anni, veri e propri veleni e che portano verso una passività che paralizza le capacità dei singoli, delle famiglie e delle comunità di riconoscere ed attivare le loro capacità terapeutiche intrinseche.

Il ruolo dei professionisti (e delle nostre organizzazioni) va oggi visto, soprattutto, come ri-attivatori di risorse e percorsi prima ancora, e forse più, che fornitori di risposte. Non a caso oggi si parla sempre più della necessità di sviluppare una nuova "medicina di iniziativa" e potremmo aggiungere "di cooperazione". Questa medicina non la compriamo certo in farmacia ma solo interagendo ed attivando in modo concreto e consapevole la nostra utenza all'utilizzo delle risorse della rete territoriale e a diventare essi stessi risorsa

Sentire e lavorare in questo modo deve rappresentare un vero e proprio valore etico-educativo per tutti (visione ecologico-sociale) in tutti i campi.

Le Associazioni di AutoMutuoAiuto sono state la vera novità in campo territoriale negli ultimi 20 anni e hanno dimostrato di rappresentare, in molti casi, la risposta più efficace, più territorializzata e più accettabile (anche come costi) per il trattamento a medio-lungo termine di numerosi disagi e rappresentano, ormai, un modello di riferimento consolidato ed indispensabile come segnalato costantemente nei documenti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

La loro presenza da un significato vero e concreto al concetto di cittadinanza attiva e co-partecipe. Nelle Associazioni di Auto-Mutuo-Aiuto, infatti, tutti danno e tutti prendono all'interno di uno scambio interattivo continuo, di una cooperazione e condivisione che crea occasioni di crescita e maturazione per tutti. Lo stesso spirito deve animare la cooperazione tra Servizi ed Associazioni stesse. In un recente corso abbiamo definito l'Auto-aiuto il farmaco del futuro che dobbiamo ancora conoscere a fondo, far conoscere, stimolare e praticare!

Possiamo vederlo come un "farmaco" con azione pentavalente:

- agisce sull'individuo (lo responsabilizza e fornisce sostegno e ascolto costante)
- agisce sulla famiglia (la rende partecipe e più consapevole),
- agisce sulla comunità (si riappropria delle sue competenze e responsabilità)
- agisce sulle pratiche professionali (vengono rese più sostenibili e "umanizzate")
- permette di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili (risorse a Km 0)

Le Associazioni territoriali di Auto-aiuto nell'ambito delle Dipendenze sono oggi, a Genova, una rete consolidata e specifica e cooperano ed interagiscono attivamente con la rete dei Servizi. Sono una risorsa aggiunta indispensabile e strategica.

Quadro Area Metropolitana Genovese:

Club Alcolisti in Trattamento	44 gruppi
Alcolisti Anonimi e "Sistema" dei 12 passi (Narcotici Anonimi, Giocatori Anonimi, Gruppi per i famigliari, Sex Anonimus, Over Eaters Anonimus, Debitori Anonimi, Codipendenti, ...)	30 gruppi
Genitori Insieme	17 gruppi
Segnaliamo poi i Gruppi AMA.li. impegnati su varie altre tematiche (lutto, ecc...)	

Queste Associazioni fanno della gratuità (= auto-responsabilità) un loro valore fondamentale di impegno e riabilitazione cooperando con i nostri Servizi e con il Privato sociale.

Sono tutte vere risorse aggiunte al nostro sistema salute! Il Servizio Pubblico, il Privato Sociale Accreditato e le Associazioni territoriali di Auto-Mutuo-Aiuto devono riuscire a formare un sistema che sappia cooperare ed interagire in modo sinergico e complementare onde garantire la migliore efficacia degli interventi di sostegno agli utenti e alle loro famiglie ma anche la loro sostenibilità e la loro territorializzazione. La frequenza ai gruppi permette sia alle realtà ambulatoriali che residenziali di ottimizzare il loro intervento - maggiore intensità - minore durata - garantendo il necessario sostegno nel tempo anche dopo i trattamenti intensivi. Tale lavoro di cooperazione nel campo delle dipendenze ha quindi assunto negli anni una forte valenza preventiva e terapeutica che nel caso specifico, ad esempio, delle problematiche alcol-correlate, ha evitato costosi e lunghi inserimenti in comunità terapeutiche consentendo un risparmio con un enorme lavoro di prevenzione di tipo sia primario che secondario



nonché una sensibilizzazione del territorio di tutta la ASL 3 Genovese costituendo un'esperienza di integrazione tra settore pubblico e privato unica nel suo campo. Inoltre questo modo di lavorare contribuisce a cambiare lo stile e la mentalità con cui vengono affrontati i problemi nei nostri territori: "non solo cura ma cultura".

"La lezione più importante che l'uomo possa trarre in vita sua non è che nel mondo esiste il dolore, ma che dipende da noi trarne profitto, che ci è consentito trasformarlo in gioia." Tagore

IN ALLEGATO:

Alcuni brani tratti dalla una lettera del Santo Padre Benedetto XVI del 2008 alla diocesi di Roma... sul compito urgente dell'educazione.

[...]Educare non è mai stato facile, e oggi sembra diventare sempre più difficile. Lo sanno bene i genitori, gli insegnanti, i sacerdoti e tutti coloro che hanno dirette responsabilità educative. Si parla perciò di una **grande "emergenza educativa"**, confermata dagli insuccessi a cui troppo spesso vanno incontro i nostri sforzi per formare persone solide, capaci di collaborare con gli altri e di dare un senso alla propria vita. Viene spontaneo, allora, incolpare le nuove generazioni, come se i bambini che nascono oggi fossero diversi da quelli che nascevano nel passato. Si parla inoltre di una "frattura fra le generazioni", che certamente esiste e pesa, ma che è l'effetto, piuttosto che la causa, della mancata trasmissione di certezze e di valori.

[...] In realtà, sono in questione non soltanto le responsabilità personali degli adulti o dei giovani, che pur esistono e non devono essere nascoste, ma anche **un'atmosfera diffusa, una mentalità e una forma di cultura che portano a dubitare del valore della persona umana, del significato stesso della verità e del bene, in ultima analisi della bontà della vita.** Diventa difficile, allora, trasmettere da una generazione all'altra qualcosa di valido e di certo, regole di comportamento, obiettivi credibili intorno ai quali costruire la propria vita.

[...]A differenza di quanto avviene in campo tecnico o economico, dove i progressi di oggi possono sommarsi a quelli del passato, nell'ambito della formazione e della crescita morale delle persone non esiste una simile possibilità di accumulazione, **perché la libertà dell'uomo è sempre nuova e quindi ciascuna persona e ciascuna generazione deve prendere di nuovo, e in proprio, le sue decisioni. Anche i più grandi valori del passato non possono semplicemente essere ereditati, vanno fatti nostri e rinnovati attraverso una, spesso sofferta, scelta personale.**

[...]Quando però sono scosse le fondamenta e vengono a mancare le certezze essenziali, il bisogno di quei valori torna a farsi sentire in modo impellente: così, in concreto, **aumenta oggi la domanda di un'educazione che sia davvero tale.**

La chiedono i genitori, preoccupati e spesso angosciati per il futuro dei propri figli; la chiedono tanti insegnanti, che vivono la triste esperienza del degrado delle loro scuole; la chiede la società nel suo complesso, che vede messe in dubbio le basi stesse della convivenza; **la chiedono nel loro intimo gli stessi ragazzi e giovani, che non vogliono essere lasciati soli di fronte alle sfide della vita** [...].

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.

Come ci ricorda Giorgio Schiappacasse **la pubblicità in particolare possiamo definirla il "vero cancerogeno mascherato"**. La pubblicità è buona e 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, inquinò 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, perchè la gente felice non consuma". (Figura I)

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"**.

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 ⁽²⁾: **"vivetela bene la vostra piccola vita perché 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.

SLIDE 232

Con la speranza che questo manuale (e kit di slides) possa diventare un modo di comunicare ed educare ad 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 al bene comune.

(1) Vito Mancuso. La vita autentica. Raffaello Cortina Editore, Milano: 2013

(2) Eugenio Scalfari. Scuote l'anima mia eros. Einaudi, Torino: 2011

Figura I - La corretta informazione scientifica disattiva le antenne che ci hanno costretto ad indossare media, pubblicità, atteggiamento dei pari e modelli di ruolo per infonderci false informazioni tese ad imporre uno scorretto stile di vita che induce a consumare in modo afinalistico e a ridurre la qualità di vita. (disegno di Silvia Testino, dr.ssa in DAMS, Università degli Studi di Bologna).



Progetto realizzato con il contributo incondizionato di:

