

"Perché tu vali... ...anche senza"

Percorsi di educazione alla salute
e di prevenzione primaria in ambito socio-sportivo

a cura di
SOFIA TAVELLA

Il Progetto Drug-Stop è stato finanziato dal
Ministero
del Lavoro e delle Politiche Sociali

Indice

Presentazione	
Domenico Ricca - <i>Presidente Federazione SCS/CNOS</i>	5
Gianni Gallo - <i>Presidente Associazione Polisportive Giovanili Salesiane</i> .	7

Introduzione	9
Sofia Tavella	

Parte prima

UNA PANORAMICA TEORICA SUL DIS-AGIO DEI GIOVANI CHE FANNO USO DI SOSTANZE E POSSIBILI SOLUZIONI

L'adolescenza tra autonomia e dipendenza	13
Guido Crocetti - <i>Università "La Sapienza", Roma</i>	

Le ragioni del doping in età evolutiva	29
Sofia Tavella - <i>Università "Carlo Bo", Urbino</i>	

Doping nello sport e tossicodipendenze	43
Pasquale Bellotti - <i>Medico dello sport</i>	

La formazione dell'operatore della salute nella prospettiva psico-educativa	63
Sofia Tavella - <i>Università "Carlo Bo", Urbino</i>	

Adolescenti e sostanze: evoluzioni di un fenomeno sempre nuovo e contesti familiari	77
Massimo Vasale - <i>Università Pontificia Salesiana, Roma</i>	

Parte seconda
REPORT DEL PROGETTO “DRUG STOP”

Il progetto Drug-Stop	103
Presentazione del Progetto	103
Durata del Progetto.....	105
Obiettivi generali e specifici	105
Enti promotori e/o coordinatori del Progetto	106
Destinatari e/o popolazione target.....	106
Metodologia di intervento	106
La formazione	107
La verifica	108
 La verifica finale del progetto	 109
Verifica finale Responsabili di Progetto.....	109
Verifica finale Operatori di Progetto	114
Verifica finale Incaricati Enti Partner.....	117
In sintesi	123
 Indagine sulle abitudini di vita degli adolescenti: risultati	 125
Analisi dati Scuole Medie	126
Analisi dati Scuole Superiori.....	133
Conclusioni.....	144

Parte terza
APPENDICI

Appendice I	
Scheda Presentazione Enti	147
 Appendice II	
Questionari sulle abitudini di vita	149
 Appendice III	
Questionari di verifica finale del progetto.....	161
 Appendice IV	
Scheda di monitoraggio.....	167

Presentazione

Domenico RICCA - Presidente Federazione SCS/CNOS

Un progetto complesso, articolato quello che con questo report conclusivo si vuole presentare. Il progetto *DRUG-STOP. Perché “ci sei dentro”, anche senza...*, finanziato dall'Osservatorio delle Associazioni di promozione sociale del Ministero della Solidarietà sociale, iniziato ad ottobre 2005 per la durata di 21-18 mesi è stato realizzato dalla Federazione Servizi Civili e Sociali del Centro Nazionale Opere Salesiane (SCS/CNOS) in collaborazione con l'Associazione Polisportive Giovanili Salesiane (PGS).

L'estensione geografica di 6 Regioni e 6 Province (dal Piemonte, alla Sicilia e Sardegna) ha visto coinvolti Enti locali come il comune di Sassari, di Giarre (Ct), di Verona, di Boscoreale (NA), di Manduria (TA) ed infine il Comune e la Provincia di Alessandria.

Vi hanno partecipato soggetti del mondo della scuola statale e privata: a Verona il Liceo della Comunicazione, Seghetti dell'Istituto “Figlie del S.Cuore di Gesù” e l'Istituto professionale “C. Don Brenzoni”; a Boscoreale (NA) il Circolo didattico 37; a Torre Annunziata (NA) l'Istituto paritario “S.M. Mazzarello”, a Manduria (TA) l'Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri “Luigi Einaudi”, la Direzione didattica statale II circolo “Don Bosco”, il Liceo classico statale “Francesco De Sanctis” e quello scientifico “Galileo Galilei”; a Sassari la Scuola Media Statale “G. Biasi” e la Scuola Media Statale “P. Tola”; ad Alessandria, infine, il Liceo scientifico statale “Galileo Galilei” e l'Istituto comprensivo di Spinetta Marengo. Hanno poi aderito al Progetto altri soggetti della società civile e dell'area formativa: a Giarre (CT) le Acli Provinciali di Catania, a Verona la Parrocchia Santa Croce, a Torre Annunziata (Napoli) l'Istituto Salesiano “S. Cuore”, a Sassari il Cospes – Centro orientamento scolastico e professionale, infine a Roma l'Ente CNOS – Centro Nazionale Opere Salesiane e sempre a Roma il Centro italiano di psicoterapia psicoanalitica per l'infanzia e l'adolescenza.

Il progetto attivato dalle due Associazioni nazionali, da sempre impegnate in ambito educativo a servizio dei giovani, realizzato nelle sedi periferiche di Verona con la Cooperativa sociale “Comunità dei giovani”, di Sassari con la Cooperativa sociale “Il Sogno”, di Giarre con l'Associazione “Metacometa” e con le Associazioni locali di PGS di Torre Annunziata (NA), Manduria (TA) ed Alessandria si è avvalso di competenze specifiche e tecniche o nel campo dell'uso di sostanze o comunque di forte attenzione ai bisogni dei ragazzi ed adolescenti a rischio uso sostanze.

Il progetto è sorto dal bisogno di un confronto quotidiano con le problemati-

che legate alla diffusione di sostanze psicoattive e dopanti tra gli adolescenti, dal bisogno di progetti sinergici e innovativi per operare in una direzione che tenga conto di due dimensioni: la necessità di creare collaborazioni tra tutte le istituzioni formali ed informali che operano con e per gli adolescenti e la valorizzazione di un approccio preventivo ed infine dai nuovi fenomeni legati al doping ovvero dal desiderio di dare risposte ad un fenomeno nuovo ed in forte diffusione tra i giovanissimi, il doping.

Intenzione del progetto è stata quella di sostenere e valorizzare l'esercizio e le responsabilità educative di tutti i soggetti che sono coinvolti nell'azione educativa formale (in primo luogo insegnanti, educatori) ed informale (volontari, allenatori, ecc.); di offrire agli adolescenti strumenti ed esperienze per affrontare in modo positivo il disagio evolutivo, migliorando le capacità di *selfcare*, autostima e *self efficacy*; di coinvolgere gli adolescenti in attività ed esperienze aggregative e socializzanti nelle quali possano sentirsi accolti ed accettati nella loro specificità; di offrire agli adolescenti spazi di sperimentazione delle loro abilità, delle loro conoscenze e delle loro competenze ed infine di aumentare negli adolescenti e adulti il livello di conoscenza e consapevolezza sugli effetti di droghe e sostanze dopanti.

Speriamo ed abbiamo modo di ritenere, dall'esperienza di pubblicazioni precedenti a seguito di progetti realizzati (es. il Progetto "Sentirsi a Casa" con il libro "Oltre il disagio dei preadolescenti", giugno 2006), che il materiale qui riprodotto possa rilevarsi uno strumento utile per chi ne voglia capire di più, per chi non si accontenta della propria esperienza di educatore pur interessante, mai del tutto adeguata all'alto compito da affrontare.

È anche un modo di dire grazie ai soggetti istituzionali e non che abbiamo sopra menzionato, di restituire a quanti vi hanno direttamente o indirettamente lavorato, a reti più larghe di educatori, animatori ed operatori del sociale quanto si è avuto modo di sperimentare in ambiti più ristretti. Noi abbiamo un po' la presunzione di pensare che possa essere un materiale utile almeno per chi cerca e trova il tempo per simili approfondimenti.

Presentazione

Gianni GALLO - Presidente Associazioni Polisportive Giovanili Salesiane

Come mai un'associazione di promozione sportiva salesiana ha partecipato al progetto "Drug stop" ed è interessata al tema del doping? In effetti parlare di doping per il nostro mondo sportivo potrebbe sembrare eccessivo, ma non lo è parlare di dipendenze.

È pur vero che oggi esiste tutta una gamma di nuove dipendenze che sarebbe da approfondire. Da un sondaggio recentissimo promosso da sanità e istruzione emerge che i giovani stessi riconoscono nelle tecnologie la prima causa alla base di comportamenti di abuso, non correlati a sostanze. Al primo posto i videogames soprattutto per i più giovani, seguiti da computer, TV e cellulare. Esistono quindi nuove forme di dipendenza che minacciano il mondo giovanile: un pericolo riconosciuto anche dagli insegnanti che non solo denunciano la scarsa conoscenza da parte dei ragazzi dei problemi di dipendenza in generale, ma confermano che telefono cellulare, TV e computer sono le dipendenze più sottovalutate.

Ma le tossicodipendenze sono un tema di cui urge parlare con i giovani perché si dimostrano totalmente impreparati ad affrontarne le espressioni e gli effetti. I ragazzi dimostrano di avere poca paura di tabagismo, anoressia/bulimia, tossicodipendenza ed alcool. Il rischio è che i ragazzi, percependo queste patologie come controllabili, tendano a sottovalutarle a scapito della prevenzione e di un precoce intervento.

Circa le dipendenze, per gli adolescenti, uno dei problemi più pericolosi è l'ignoranza, anche se si parla di doping: ben il 35% non sa cos'è il doping e il 47% non conosce quali danni per la salute comporta. Un ulteriore dato ribadisce quanto i ragazzi siano poco consapevoli dei problemi connessi al doping: le sostanze dopanti sono indicate all'ultimo posto tra quelle ritenute capaci di portare a gravi conseguenze e molti, moltissimi ammettono di assumere sostanze dopanti e di averle utilizzate dietro consiglio dell'allenatore o di amici.

Per questo ci sta a cuore il progetto Drug stop.

Siamo un'associazione che fa educazione, abbiamo a cuore i giovani con tutto quello che riguarda il loro mondo, crediamo nello sport come luogo privilegiato di crescita per i ragazzi... per questo siamo consapevoli che il tema della dipendenza da ciò che può favorire un risultato o una prestazione più soddisfacenti è molto attuale nelle nostre realtà, nelle nostre palestre e anche nelle famiglie dei nostri ragazzi.

Il progetto ci ha trovati partecipi e interessati soprattutto nella sua parte ap-

plicativa e sperimentale nelle sedi pgs di Torre Annunziata (NA), Manduria (TA) e Alessandria. Le sperimentazioni attuate in queste realtà diventeranno infatti patrimonio prezioso per l'associazione, buone prassi da ripetere e adottare da parte di chiunque voglia affrontare il tema della dipendenza.

Il nostro obiettivo è infatti favorire l'attenzione verso il tema della dipendenza in tutte le sedi pgs per attivare sinergie di intervento a rete e realizzare il sistema preventivo di Don Bosco, come specifica competenza della nostra associazione, fedeli a Don Gino Borgogno, fondatore dell'associazione e fedeli a Don Bosco stesso.

Ringraziamo pertanto chi ha dedicato tempo, studio e passione alla realizzazione di questo progetto e ringraziamo anche coloro che vorranno avvalersi delle esperienze qui riportate e farne tesoro per le proprie realtà.

In questo volume viene presentato il progetto “Drug-stop” realizzato dalla Federazione SCS/CNOS e dall’associazione PGS in varie città del Nord e del Sud d’Italia e finanziato dal Ministero della Solidarietà Sociale. Il suo scopo è quello di attuare un intervento di natura informativa e preventiva a favore degli adolescenti, costruendo, attraverso il coinvolgimento delle forze presenti sul territorio, una rete sociale capace di monitorare e riflettere sulla propria incidenza educativa e attivando vari progetti d’intervento.

Il lavoro si articola in tre parti.

Una **parte iniziale teorica** che raccoglie i contributi dei formatori che si sono preoccupati di offrire spunti di riflessione e approfondimento sulle tematiche specifiche del progetto: dall’uso/abuso di sostanze, all’analisi delle motivazioni e alla proposta di una metodologia d’intervento in un’ottica psico-educativa.

La **seconda parte** propone la descrizione e la presentazione del progetto nei suoi aspetti e caratteristiche fondamentali: obiettivi, popolazione target, metodologia d’intervento, formazione, monitoraggio. Vengono presentati poi i risultati della valutazione complessiva del progetto e i risultati dell’indagine sugli stili di vita degli adolescenti condotta durante la realizzazione del progetto medesimo.

La **terza parte** comprende tre appendici. La *prima appendice* consiste nelle schede di presentazione degli enti coinvolti. La *seconda appendice* propone il questionario sulle abitudini di vita che è stato somministrato agli adolescenti. La *terza appendice* contiene i questionari di valutazione finale del progetto per i responsabili di progetto, gli operatori e gli enti o partner. La *quarta appendice* contiene la scheda di monitoraggio somministrata a metà progetto agli operatori locali di progetto.

UNA PANORAMICA TEORICA SUL DIS-AGIO DEI GIOVANI CHE FANNO USO DI SOSTANZE E POSSIBILI SOLUZIONI

L'adolescenza tra autonomia e dipendenza

di Guido Crocetti, *Università "La Sapienza" di Roma*

Le ragioni del doping in età evolutiva

di Sofia Tavella, *Università "Carlo Bo" di Urbino*

Aspetti medici della tossicodipendenza e del doping

di Pasquale Bellotti, *Medico dello sport*

La formazione dell'operatore della salute nella prospettiva psico-educativa

di Sofia Tavella, *Università di Urbino*

Adolescenti e sostanze: tra percorsi e contesti familiari

di Massimo Vasale, *Università Pontificia Salesiana*

L'adolescenza tra autonomia e dipendenza

Guido CROCETTI - Università "La Sapienza", Roma

Premessa

“L'adolescenza consiste... Nella ripresa di vie precedenti in un contesto psico-biologico ambientale più o meno radicalmente nuovo, partendo da un materiale vecchio e condizionante, se non ineluttabile. Ogni incontro, qualunque esperienza felice o infelice, potrà diventare occasione di rimaneggiamento, di nuova elaborazione, o, al contrario, di un trauma più o meno destrutturate, se va a convalidare il passato. Spesso il processo comporta ondate e vortici talora considerevoli, tali da rovesciare la barca. Altre volte può essere a tutta prima silenzioso eppure altrettanto attivo. Talvolta, infine, il silenzio può essere di ben altra natura, espressione di un crollo vero e proprio del processo di soggettivazione, come appunto in quelle adolescenze terribilmente mute o in quelle pseudolatenze di puntuale riscontro, secondo Bergeret, in età adulta o adolescenziale, prima che si instauri la sintomatologia dello stato limite” (R.Chan,1980).

L'adolescenza è, dunque, una fase dello sviluppo caratterizzata da uno stato di crisi che interessa sia il corpo che la psiche.

Con le sue trasformazioni fisiologiche e pulsionali, il corpo mette in discussione l'immagine di sé costruita precedentemente nell'infanzia e causa di profonde ripercussioni sul sentimento d'identità con reazioni ansiose, ambivalenti e vissuti contraddittori. Si crea, inoltre, una divaricazione tra l'immagine di sé (corpo immaginato) e la percezione del proprio corpo reale; una divaricazione risolta poi in un percorso evolutivo che prevede tre momenti: destrutturazione ed attacco all'immagine di sé, elaborazione della stessa ed assestamento; integrazione dell'immagine di sé e acquisizione di una identità sessuata.

Le modalità con le quali ciascun adolescente affronta ed integra i diversi momenti del percorso appena delineato sono strettamente correlate alle vicissitudini degli investimenti oggettuali e narcisistici. Pertanto l'immagine di sé che l'adolescente offre agli altri contribuisce in modo sostanziale a definirlo. Così le diversità individuali, rispecchiate nel gruppo dei pari, diventano luoghi esperienziali di confronto e di conoscenza di parti di sé altrimenti silenti.

Da non dimenticare, poi, che a livello cognitivo ed intellettuale l'adolescente raggiunge il pieno possesso del pensiero operatorio formale; una conquista evo-

lutiva che mette il ragazzo nella condizione di confrontarsi, in modo paritario, con gli adulti di riferimento, di cogliere le loro incongruenze, di confrontare situazioni ipotetiche con quelle reali arricchendo così non solo il mondo esterno ma anche quello interno.

Infatti, le nuove conquiste evolutive si accompagnano al piacere di esercitarle, di qui le infinite disquisizioni intellettuali fine e se stesse e le utopie.

Ne consegue la caduta degli Dei: la scoperta cioè che gli adulti sbagliano e l'apertura agli orizzonti del possibile.

Il futuro non è più certo e lineare, ma comporta scelte e rischi.

L'apertura, infatti, all'universo delle possibilità coincide con l'assunzione di responsabilità che l'adolescente vorrebbe evitare. Alla possibilità si associa anche la virtualità, cioè la convinzione di riuscire in qualunque impresa con il rischio di deliri transitori e di incidenti di percorso.

Ovviamente il cambiamento cognitivo-intellettuale è strettamente legato a quello emotivo.

Il conflitto edipico governa le relazioni oggettuali generative, i primi innamoramenti e l'assunzione del piacere-rischio della propria sessualità.

La svalutazione dei genitori diventa allora un modo per difendersi dai desideri incestuosi e per canalizzare l'interesse sessuale verso una persona esterna alle relazioni parentali.

La stessa ricerca di nuovi oggetti d'identificazione si colloca su questo versante.

Le soluzioni a portata di mano dell'adolescente sono rappresentate dal taglio netto tra il bene ed il male, dal rifiuto esplicito della propria famiglia, dall'adesione piena a nuove figure d'attaccamento e dalla socializzazione cinica e maniacale.

1. La terza nascita

L'intera adolescenza può essere concepita come una sorta di organizzatore psichico. A mio avviso è una terza nascita.

La prima nascita psicologica può essere collocata intorno agli 8-9 mesi di vita, età in cui il bambino si mette in piedi ed incomincia, barcollando, a muoversi nell'ambiente. In quel momento il bambino nasce come persona, come individuo, capace cioè di articolare autonomamente la relazione mente-corpo e di organizzare le proprie azioni in funzione della propria sopravvivenza.

La seconda nascita può essere collocata intorno ai 3 anni, quando il bambino esce dall'utero di coppia ed entra nell'utero socio-educativo (scuola materna). Il passaggio dall'istituzione famiglia all'istituzione educativa richiede la capacità del bambino e della coppia genitoriale di riorganizzare tutto il periodo esperienziale precedente; di riorganizzare la struttura della personalità, gli affetti, le relazioni oggettuali, ecc.

Tutto questo comporta una **prima ricapitolazione dell'esperienza di vita** con una revisione profonda e significativa dei legami oggettuali: la seconda nascita.

L'adolescenza è la fase della terza nascita e della seconda ricapitolazione dell'intera esperienza di vita.

Per capire il complesso processo evolutivo che si articola nella fase in oggetto farò riferimento all'esplicitazione dell'esperienza più dolorosa che, sebbene con sfumature psicopatologiche diverse caratterizza l'intera fase: la noia, il tempo lungo della rabbia, della solitudine e della delusione. Ovviamente con "noia" non intendo fare riferimento soltanto a quello stato generale di malessere, di rincretimento, di molestia che si traduce nello sbadiglio, nel non sapere dove o con chi trascorrere il fine settimana o gli spazi liberi da impegni; ma a quello stato dell'esperienza di sé caratterizzato dal magma della informità, della indefinizione, della indeterminatezza di tempo e spazio; una condizione esperienziale a cui possiamo accedere solo attraverso le sue molteplici, articolate e sintomatiche manifestazioni psico-fisiche.

È necessario, dunque, tralasciare gli schemi interpretativi correnti, le pretese astrazioni cliniche, sociologiche, filosofiche utili spesso ai soli cultori della materia.

È necessario incontrare l'adolescente attraverso una indagine puntuale della sua realtà, una indagine che recuperi il gioco complesso della interazione tra:

- il livello attuale dello sviluppo della personalità del ragazzo/a;
- la qualità dei suoi rapporti oggettuali (dei rapporti con le figure significative interne ed esterne);
- la qualità dei processi identificativi e delle difese impiegate non solo nella gestione delle specifiche angosce della fase (angosce di derealizzazione, di depersonalizzazione, di destrutturazione), ma anche nella gestione delle fantasie inconsce.

Per soddisfare l'esigenza posta dall'indagine sopra delineata cercherò di esplicitare il nucleo dinamico che sostiene il vissuto di noia, di rabbia, di solitudine e di delusione.

A mio avviso, il nucleo dinamico, interno e profondo della noia in adolescenza è concettualizzabile come nucleo della **"Informità di base"**.

Nucleo di informità che non coincide con la cosiddetta "crisi di identità", ma che si pone, semmai, nel suo centro ed interessa il senso più profondo della dignità personale, là dove si radica il senso di sé e della propria storia.

Il nucleo di "informità" è il luogo esperienziale interno e soggettivo su cui si addensano tutte le contraddizioni, ed è anche il luogo in cui tutte le contraddizioni si annullano, il luogo del nulla e, insieme, del tutto. Contraddizioni che, poi, grossolanamente, vengono espresse dalle polarità esistenziali riproposte ogni giorno dall'adolescente che ora è grande ora piccolo; ora è autonomo, ora dipendente; ora è riservato, ora sfacciato; ora è maschio, ora femmina; ora è fuori, ora dentro, ecc.

Queste polarità dovranno essere intergrate con la crescita e le sue direttive, intanto alimentano il magma della informità di base. Nucleo dal quale poi ogni forma futura, ogni definizione di sé, ogni equilibrio ha origine.

È pertanto da questo luogo fondamentale che l'adolescente prende le mosse verso la stabile integrazione in sé di un corpo sessuato e di una identità di genere e di ruolo definita.

È da questo luogo fondamentale che l'adolescente nasce persona capace di relazioni affettive stabili e di progetti lavorativi concretamente realizzabili.

Sto cercando di caratterizzare l'esperienza più profonda e dolorosa della fase. Esperienza che l'adolescente, nel momento in cui la incontra descrive come "vuoto", come annichilimento. Termini che traducono nel mentale la rabbia senza oggetto, senza meta, dunque, senza sbocco progettuale e la solitudine come essenza, quella che scaturisce dalla sensazione profonda di non appartenersi; sensazione che emana dall'incontro con il proprio "ignoto interiore", con la propria "informità".

I ritorni sull'Io, sulla necessità dell'autogestione, degli affetti legati all'esperienza della informità di base (quelli connessi alla rabbia ed alla solitudine) produce quella particolare angoscia esistenziale (la noia appunto) che paralizza l'Io stesso, dilatandone il tempo (tempo lungo, dove tutto scorre con la lentezza della esasperazione) e lo spazio (spazio senza confini, spazio che non contiene, ecc.).

Fenichel (1951) che più di ogni altro ha dato un contributo significativo sulla noia, parla di questa come di uno stato di tensione pulsionale trattenuta in cui gli oggetti e le mete sono rimosse. E ne descrive due forme, che ritroviamo in adolescenza: una caratterizzata dalla apparente tranquillità emotiva e l'altra dalla irrequietezza psicomotoria. Nella prima prevale la solitudine impotente che blocca e paralizza, nella seconda la rabbia d'essere solo che spinge al protagonismo a tutti i costi.

Altri autori come Spitz (1970), Ferenczi (1972), Winnicott (1975), hanno dato il loro parere sulla noia, sul vuoto, sulla solitudine; un parere che non si discosta, nella sostanza, da quello espresso da Fenichel.

Molte sono poi le forme linguistiche, le metafore, i "come se" utilizzati dalla cultura degli adulti e per conseguenza dall'adolescente, per esprimere il disagio connesso alla noia-solitudine. Si parla, ad esempio, di insoddisfazione profonda di sé, di stato di tensione desiderante senza oggetto di soddisfacimento, di condizione di stallo depressivo e rabbioso o di speranza senza meta o di solitudine in assenza di oggetti di riferimento, etc.

Potrei continuare a lungo, voglio, invece, sottolineare come queste verbalizzazioni sulla noia interessino, con modalità fluttuanti, spesso sintomatiche, sia il corpo che la mente; entrambi coinvolti, entrambi (corpo e mente adolescenziali) mutilati della metafora progettuale di sé realizzata nel tempo genitoriale (quello della prima infanzia e della latenza) e personale (quello appena abbozzato nella adolescenza).

Voglio ancora sottolineare che, nonostante la terminologia fin qui usata

possa indurre a ritenere lo stato della noia-solitudine assimilabile a condizioni psicopatologiche rintracciabili nella schizofrenia o nella melanconia descritta da Freud (1915), nonostante la plausibilità di un simile accostamento, l'esperienza della noia-solitudine, a mio avviso, è assolutamente normale e funzionale alla crescita.

L'adolescente, da solo, tuttavia, non ce la fa. Ha bisogno di incontrare nel mondo interno e in quello esterno l'adulto, la società con i suoi riti ed i suoi valori. Di questi ultimi voglio sottolineare non tanto la valenza morale, sociale o culturale, quanto piuttosto la tensione desiderante individuale che li anima (valeo= "ho potenza", "sto bene"). Questa dà senso ai contenuti di cui i valori sono riempiti; questa è comunicata dagli adulti agli adolescenti; ed è questa tensione desiderante ad essere la più compromessa, nella nostra società, in quanto frantumata in infiniti rivoli. Spesso contraddittori ed ambigui.

2. Il destino dell'aggressività e della libido

In adolescenza le due energie che sono a fondamento della nostra esperienza, l'aggressività e la libido, vengono organizzate, canalizzate e finalizzate in modo precipuo e specifico su oggetti di riferimento che sono quelli condivisi da tutti e cioè l'aggressività viene gradualmente messa al servizio del lavoro, del sacrificio, della tolleranza della frustrazione e la libido al servizio delle relazioni affettive.

Questo processo ha ovviamente una partenza molto antica. L'inizio di questo processo lo possiamo rintracciare nella disponibilità dei genitori a dare, comunque, piccole frustrazioni ai propri bambini. Frustrazioni fisiologiche che preparano gradualmente il bambino a dilazionare nel tempo la gratificazione di un bisogno. Compare così il tempo del desiderio e del suo soddisfacimento che richiede "lavoro", impegno, sacrificio, rinuncia, ecc.

In adolescenza questo processo raggiunge il suo punto critico.

Il ragazzo deve coniugare la disponibilità al lavoro, alla assunzione di impegni che comportano rinuncia e sacrificio con la sensazione psicofisica, di onnipotenza volitiva ed esecutiva per cui vuole ed esegue; vuole e vuole fare, subito ed immediatamente. Sarà l'incontro-scontro tra questa presunzione narcisistica e la realtà a finalizzare, gradualmente, l'aggressività su oggetti che sono socialmente condivisi. L'adolescente ha fame di realtà concreta, di esempi realizzati per accettare il sacrificio che lo porterà ad acquisire un diploma, una laurea, una condizione lavorativa che gli permetta, infine, l'autonomia.

Un altro compito sostanziale della fase riguarda la libido.

L'energia sessuale deve essere messa al servizio delle relazioni affettive, dei legami d'amore. E anche questo non è un compito facile. Comporta anzitutto la piena acquisizione della consapevolezza dell'appartenenza a sé del proprio corpo sessuato. Una consapevolezza che viene raggiunta nella pre-adolescenza,

intorno agli undici-dodici anni. Poi l'adolescente la deve, gradualmente, mettere al servizio della propria identità di genere.

Queste precondizioni possono, infine, favorire la piena realizzazione di legami affettivi che comportino anche la presenza di una sessualità genitale assunta, sperimentata e goduta.

Si tratta, come dicevo, di processi complessi che danno forma alle diverse organizzazioni di personalità adulte.

Il tentativo, infatti di gestire non solo il nucleo di informità di base, ma anche il destino delle energie aggressive e sessuali dà vita a risposte adattative che organizzano, nel tempo, strutturano le diverse organizzazioni stabili di personalità.

Quando parliamo di organizzazioni stabili di personalità intendiamo fare riferimento all'intera persona, come insieme integrato di mente e di corpo.

Il percorso delineato e le componenti di personalità coinvolte sollecitano fortemente il narcisismo dell'adolescente.

Viene messa in discussione, infatti, la dignità personale, sistematicamente sollecitata dalla necessità di risolvere ed ordinare varie polarità esperienziali.

3. Le polarità esperienziali in adolescenza

Vediamo dunque quali sono gli ambiti entro cui si gioca la normalità e la patologia dell'adolescente, le polarizzazioni conflittuali, le oscillazioni problematiche:

<i>Dipendenza</i>	<i>Autonomia</i>
<i>Continuità</i>	<i>Discontinuità</i>
<i>Confusione</i>	<i>Chiarezza, Organizzazione, Identità</i>
<i>Sentirsi considerato adulto</i>	<i>Sentirsi accolto e apprezzato come bambino</i>
<i>Maschile</i>	<i>Femminile</i>
<i>Pubblico</i>	<i>Privato</i>

3.1. Dipendenza/autonomia

Il conflitto esistenziale e dinamico è tra il bisogno e la ricerca di legami che consentano una dipendenza, a tratti, infantile, regressiva ed assoluta e il bisogno e la ricerca di ambiti esperienziali e relazionali da sperimentare con modalità completamente autonome, "libere". Questo conflitto, in specifico, si gioca proprio sul tempo e sullo spazio. Ricordo, ad esempio, le liti furibonde, fino ai pesanti ricatti che scaturiscano dai ritardi di rientro serali, ritardi anche di 5 minuti. "Ti ho detto di tornare alle 8, sei rientrato alle 8.05". A parlare è lo stesso padre che tarda sistematicamente ogni rientro adducendo scuse da considerare tutte credibili.

In realtà queste situazioni si producono e si sono sempre prodotte in quanto il tempo dell'adolescente non è il tempo dell'adulto. Lo spazio dell'adolescente non è lo spazio dell'adulto.

Il tempo e lo spazio dell'adolescente non tengono conto della realtà.

Quel povero genitore deve dare la realtà al proprio figlio e come gliela può dare se non mettendosi a discutere sui minuti? Come può dare la realtà, attraverso quale altra logica? La realtà adulta integra dipendenza ed autonomia nella assunzione di responsabilità e nell'operare scelte.

Il tempo dell'adolescente è il tempo dell'onnipotenza, è il tempo della megalomania, è il tempo del tutto e del niente. "Io posso fare qualunque cosa. Cosa ti cambia se arrivo invece che alle 8, alle 8.05. Se voglio fare del male lo posso fare prima, lo posso fare dopo" dicono. Ma è l'organizzazione mentale del tempo che non tiene conto dei principi di realtà nell'adolescente e l'adulto cerca in tutti i modi di dare questi principi invitandolo ad assumersi la "responsabilità" degli impegni presi.

Questo vale anche per lo spazio: "la cameretta è mia e la gestisco io". Regna il disordine più assoluto, ambito del lutto e della confusione interiore; un disordine, pertanto, irrinunciabile, come irrinunciabile è, per l'adolescente, la protesta della madre in quanto evidenzia l'imposizione di uno spazio completamente autogestito ed autoreferenziale.

3.2. Continuità/discontinuità

Il conflitto è tra l'esigenza profonda di continuità con tutto ciò che era prima e quindi di conservazione e stabilizzazione in sé dell'esperienza precedente, nella illusione di tenerla in sé come elemento portante della propria vita, e l'esigenza profonda ed irrinunciabile di discontinuità, di trasgressione, dunque, di rottura con la tradizione personale e familiare. Così i primi innamoramenti solitamente interessano partner "lontani" di altre città o cultura.

In tal modo il ragazzo e la ragazza si permettono l'esperienza, spesso inconciliabile della continuità affettiva (infinite telefonate quotidiane) e della discontinuità relazionale (pochi incontri, data la distanza, per poche ore).

3.3. Confusione/chiarzza

L'adolescente ha bisogno di confusione. È il luogo, come dicevo, delle sue angosce depressive, dei suoi "lutti", delle sue "perdite", degli abbandoni e dei ri-fiuti. Metterà poi ordine. Intanto quel disordine è funzionale alla sua esperienza attuale. "Entrare nella camera di Antonella, che ha 15 anni, significa non sapere dove mettere i piedi", lamenta una mamma. Se è vero che ha bisogno di confusione è, tuttavia, anche vero che ha bisogno di ordine, di chiarezza, di precisione, di organizzazione.

La confusione presente nello spazio fisico e nel tempo quotidiano dell'adolescente è espressione diretta della confusione, del disordine interno, in particolare della confusione e del disordine che interessa l'identità di genere, il corpo sessuale, le relazioni affettive. Ambiti esperienziali caratterizzati da una sommatoria continua e costante di lutti, perdite, abbandoni e delusioni.

Sappiamo che il primo stadio del lavoro del lutto è la confusione.

La morte di una persona cara si traduce, in chi resta, in una doppia perdita: la prima è relativa all'oggetto perso (il morto), la seconda alle parti di sé perse con l'oggetto perso (il legame di attaccamento). La mente non regge la doppia perdita e va in confusione. Così, tanto più il legame di attaccamento è forte (ad esempio il legame madre-figlio) tanto più chi è nel lutto è "perso", confuso fino ad avere bisogno di un altro a fianco che lo prenda sottobraccio e lo orienti nello spazio e nel tempo.

Ma l'adolescente cosa ha perso di così importante da essere costantemente nel lutto e dunque nella confusione?

Ha perso tutte (o quasi) le certezze legate alla sua identità infantile. Sta diventando un'altra cosa, non sa più chi è! Perde anche i riferimenti genitoriali, non sa più chi sono i suoi genitori, cosa vogliono, verso cosa lo stanno orientando. Pertanto tutto ciò che prima era certo, sicuro, rassicurante, sparisce, diventa confusione, problema.

3.4. Adulto/bambino

L'adolescente ha, poi, bisogno di sentirsi considerato adulto e nello stesso tempo ha bisogno di sentirsi accolto, apprezzato e tenuto come bambino.

Questa polarizzazione è il luogo delle contraddizioni adolescenziali che fanno "impazzire" i genitori. Disorienta un ragazzo di quindici anni che ora ragiona come un trentenne e subito dopo cerca le "coccole" come un bambino di due anni. In realtà questa apparente contraddizione è al servizio della necessità di assumersi i rischi del nuovo senza rinunciare alle esperienze gratificanti e consolatorie del passato.

Dovrà pervenire alla interiorizzazione del "bambino" per coniugarlo, poi, in tutte o in quasi tutte le esperienze adulte. Un adulto sano tiene in sé, nella propria parte adulta, la dimensione infantile, non rinuncia né all'una né all'altra. Le tiene insieme e le mette in gioco insieme sapendo dare più spazio ora all'una ora all'altra a seconda delle circostanze.

3.5. Maschile e femminile

È un'altra polarità estremamente importante. Coinvolge l'identità di genere, il modo di porsi nelle relazioni e quindi l'identità di ruolo. Per un maschio, ad esempio una cosa è sentirsi maschio e un'altra mostrarsi, mettersi in gioco, assumere un ruolo da maschio e, dunque, da uomo. Sappiamo che, perché questo accada, l'adolescente deve arrivare ad avere piena consapevolezza dell'appartenenza a sé del proprio corpo sessuato. Molto precocemente il bambino comincia ad essere consapevole di essere portatore di una identità di genere maschile o femminile, non solo per le differenze anatomiche, ma anche per le differenze di relazione attivate dagli adulti di riferimento. Una identità, tuttavia non "sessuata", non centrata sulla attivazione degli organi genitali maschili o femminili come luogo del desiderio per l'altro. L'identità interessa ed include l'intero corpo, la mente e le relazioni.

Intorno agli undici/dodici anni i preadolescenti iniziano ad acquisire la consapevolezza di avere un corpo sessuato. Immediatamente prima (a otto/nove anni) il maschietto si confrontava con gli altri maschiotti nei giochi di potenza e di prestazioni fisiche. Iniziavano così i giochi “erotici”, le confrontazioni, le masturbazioni; ma iniziavano soltanto! La genitalità era ancora totalmente inclusa, aderente, adesiva all’identità di genere. A otto/nove anni un maschietto è tale perché ha il “pisellino” che confronta con altri maschiotti, ma che non lo spinge alla ricerca della femminuccia come oggetto del desiderio sessuato; così la ragazzina è una femminuccia perché ha la “passerina”, che tuttavia, mentre la rende, ad imitazione dei modelli resi disponibili dalla cultura in cui vive, “deduttiva”, civettuola o, per reazione, “maschiaccio”, non la induce a cercare il maschio con cui realizzare una intimità fisica. Prima deve maturare la consapevolezza di avere un corpo sessuato e, poi, in adolescenza, deve mettere, questa consapevolezza, al servizio dell’identità di genere. E non è facile.

Così, non è così difficile incontrare persone che, pur avendo un’identità sessuale definita, non riescono ad accedere alla sessualità e ad “usarla” al servizio della propria identità. Hanno trent’anni e nessuna relazione affettiva sessuata.

Oltre a questa conquista evolutiva il destino della polarità in oggetto è legato anche alla necessità di trovare un partner maschile o femminile in grado di accogliere in sé la parte maschile della ragazza e quella femminile del ragazzo. In altre parole, il ragazzo dovrà cercare una ragazza a cui cedere la sua parte femminile per “curarla” in lei; e la ragazza dovrà cercarsi un ragazzo a cui cedere la sua parte maschile per gestirla in lui. Questo gioco di accudimento reciproco è uno degli elementi centrali nella scelta di coppia.

3.6. Pubblico/privato

L’adolescente ha bisogno del “pubblico”, cioè della realtà esterna con la quale si confronta e nella quale poter mettere in gioco il suo privato per verificarlo, per sperimentarlo.

La possibilità di mettere in pubblico il proprio privato è uno dei passaggi più difficili in adolescenza. Pensiamo, ad esempio, al primo innamoramento. Mettere in pubblico l’essere innamorato, parlarne a casa non è affatto semplice. Sono in agguato imbarazzi, sensi di colpa per le profonde inadeguatezze soggettive evidenziate, spesso dai coetanei e dagli adulti di riferimento. È in agguato la vergogna e l’esperienza di umiliazione. Eppure l’adolescente deve osare, se vuole accedere all’età adulta.

I riti di passaggio, in molte civiltà antiche ed attuali, hanno a che fare proprio con il superamento di questa esperienza evolutiva complessa e difficile.

Queste sono sicuramente le principali polarità, su cui si articola l’intera “scommessa” adolescenziale.

L’adolescenza scommette sul superamento e sulla integrazione di queste polarità. La fase adolescenziale viene superata quando queste polarità vengono recuperate e integrate. Questo movimento, questa oscillazione coinvolge gli inve-

stimenti sul mondo interno, e gli investimenti sul mondo esterno, sull'ambiente, sulla realtà sociale. È un'oscillazione che interessa direttamente e continuamente il pensiero e l'azione, il mondo pulsionale e il mondo affettivo ed emotivo. È una polarizzazione che mette continuamente in gioco il bisogno forte che l'adolescente ha di vicinanza e dipendenza dall'adulto e quello di distanza e autonomia, che è la prima polarizzazione. Questa polarizzazione la troviamo come tratto caratteristico in tutte le altre polarizzazioni, perché il troppo vicino e il troppo lontano crea importanti problemi agli adolescenti, sia relativamente alla dipendenza-autonomia, che relativamente al pubblico-privato che al maschile-femminile. Aderire troppo ad un polo esperienziale crea sempre scompensi evolutivi importanti. Mantenere l'equilibrio è una condizione estremamente difficile per l'adolescente.

Quanto è più ampia l'oscillazione, ossia quanto più l'arco esperienziale tra i poli è ampio, tanto più l'adolescente può meglio esprimere sé stesso, e darsi esperienze varie in diversi ambiti. E queste esperienze confluiranno nella organizzazione di personalità futura più o meno stabile e più o meno ricca.

Viceversa, se l'oscillazione tra i poli è ridotta e pertanto le esperienze di sé limitate, anche l'organizzazione di personalità sarà rigida e povera. Questa condizione si produce in conseguenza di esperienze traumatiche precedenti che confluiscono nel nucleo di inferiorità, lo coartano attaccando, danneggiando il senso della dignità personale; ne consegue una riduzione ed un irrigidimento della oscillazione, con una limitazione, anche patologica delle esperienze stesse.

L'adolescente in questo caso non si assume i piaceri-rischio connessi al narcisismo sano.

4. L'assunzione dei piaceri-rischio

I piaceri-rischio che l'adolescente deve assumersi sono:

- il piacere-rischio della propria mente;
- il piacere-rischio della propria autonomia;
- il piacere-rischio della propria sessualità;
- il piacere-rischio della propria aggressività.

4.1. Il piacere-rischio della propria mente

L'adolescente gradualmente assume il pensiero logico-formale. Il pensiero simbolico. A questa acquisizione si accompagna la possibilità, tutta da sperimentare, di un pensiero capace di autoriferimento critico. Iniziano così a comparire i ragionamenti più o meno radicali ed assoluti, le ruminazioni mentali, le prese di posizione ideologiche e politiche sostenute, spesso, contro ogni logica e contro gli interessi dell'adolescente stesso. Sperimentare la potenza della propria mente per incontrare e riconoscere quella dell'altro.

Questa è la meta.

4.2. Il piacere-rischio della propria autonomia

È il bisogno di sperimentarsi nella soluzione delle difficoltà quotidiane; il bisogno di mettersi in gioco direttamente e senza filtri protettivi adulti. Gli adolescenti passano dai sogni di avventura per collocarsi nella realtà quotidiana. Sperimentare l'autonomia per concedersi la dipendenza.

Questa è la meta.

4.3. Il piacere-rischio della propria sessualità

L'intimità sessuale è l'ambito esperienziale in cui l'essere umano si espone nella sua nudità fisica e psico-emotiva. È l'ambito in cui ognuno si assume il rischio della messa in gioco delle proprie fragilità e dei propri difetti. È l'ambito pertanto in cui il proprio narcisismo, l'autostima ed il senso della propria dignità sono fortemente sollecitati. L'adolescente, deve affrontare questo territorio, esplorarlo, familiarizzarlo a sé fino a confermarsi nella propria adeguatezza come maschio e come femmina.

Questa è la meta.

4.4. Il piacere-rischio della propria aggressività

È il compito evolutivo più difficile. L'aggressività è una energia per la vita messa al servizio della esigenza di proteggere l'autostima. Ma come? Reagendo ad ogni provocazione? Tollerando le sfide? È necessario coniugare questa energia con un adeguato esame di realtà che modula la sua espressione e le forme che può assumere. Questa è la meta. Spesso raggiunta in tarda età e non da tutti.

Da non dimenticare, poi, che la rottura della stabilità precedente e la conseguente perdita delle sicurezze personali attiva in adolescenza le angosce di morte, che confluiscono nel nucleo di infirmità. Sono le angosce di **depersonalizzazione, di disintegrazione (o di disgregazione) e di derealizzazione**.

4.5. L'angoscia di depersonalizzazione

È dovuta alla minaccia di rottura o alla rottura vera e propria dell'integrazione psiche-soma (Winnicott 1975). Il corpo perde la mente o la mente il corpo. Questa esperienza si traduce in un senso di estraneità o di irrealtà rispetto alla parte persa. Ad esempio non sentire il corpo o una parte di esso, oppure avere l'impressione di osservarsi dall'esterno.

4.6. L'angoscia di disintegrazione

Altrimenti detta angoscia di disgregazione, si esprime nella sensazione di andare a pezzi sul corpo e sulla psiche; nella paura di perdere la gestione del corpo e della mente, nella paura di impazzire. È la paura assai frequente in adolescenza relativa alla fragilità del Sé. L'adolescente teme che il proprio sé si possa frammentare, sperimentando così una condizione di morte psicologica.

4.7. L'angoscia di derealizzazione

È l'angoscia dovuta alla minaccia di perdere il progetto di sé, di perdere il proprio futuro. Si esprime anche come estraneità al proprio ambiente di vita familiare ed istituzionale.

In questa età queste angosce sono attive nella quotidianità esperienziale, riempiendo il nucleo di infirmità di base di lutti e perdite.

Lutti e perdite che derivano sia dalla compromissione delle sicurezze precedenti, dalla necessità di ridefinire la propria identità fisica e mentale instabile e in continua trasformazione anche per il fatto che in adolescenza, come sappiamo, riemergono e sono ricapitolati tutti i traumi depressivi e narcisistici precedenti.

Tutta l'adolescenza può essere intesa come un lungo percorso del lavoro del lutto che prevede tre fasi:

- *Prima fase.* Il periodo che va dai 13 ai 15 anni coincide con la prima fase del lavoro del lutto, quella della confusione: è la fase delle trasgressioni, della confusività, dei conflitti, delle dismorfofobie o meglio delle dismorfofossessioni.
- *Seconda fase.* Interessa il periodo che va dai 14/15 ai 17 anni. È fase della assunzione dei piaceri-rischio della propria mente, della propria autonomia, della propria sessualità e della propria aggressività. È una fase che prevede anche la richiesta autonoma di aiuto ai coetanei o ad adulti significativi.
- *Terza fase.* È quella della risoluzione del lutto. Si colloca nella fascia d'età che va dai 22 ai 25-30 anni e si conclude con la piena assunzione della proprie responsabilità e scelte.

L'adolescenza è dunque una età "triste", dominata dalle angosce di morte. La depressione, pertanto, è normale e fisiologica. Serve a produrre quel ripiegamento in sé stessi, necessario per esplorare parti di sé sconosciute, magari coperte da difese di compiacenza, oppure 'occupate' dalle identificazioni proiettive genitoriali. Un meccanismo quest'ultimo usato poi dall'adolescente stesso per ricollocare sui genitori o su altri adulti di riferimento le parti di sé sperimentate come esigenti o estranee.

L'identificazione proiettiva, che consiste nel mettere una parte di sé nell'altro, identificando poi l'altro con quella parte di sé collocata su di lui, infatti, è la difesa prevalente in adolescenza. Può assumere, negli adolescenti più disturbati, la dimensione e le caratteristiche dalla pulsione al dominio, per cui l'oggetto di riferimento dell'adolescente è un oggetto di cui l'adolescente stesso cerca di "impadronirsi", come se fosse una preda. Ovviamente "impadronirsi", dominare un oggetto (ad esempio, la madre) in un contesto di crisi evolutiva gestita da difese adeguate e non esasperate crea molte difficoltà, che, tuttavia, si risolvono nelle quotidiane diatribe e discussioni su tutto e per niente; mentre, qualora le difese siano esasperate e fuori controllo, dominate dall'agito megalomane ed onnipotente la spinta al dominio rende l'adolescente difficile, pericoloso, a rischio suicidale o delinquenziale. L'altro, in questi casi, diventa davvero una preda.

5. Conclusione

“In me vi è qualcosa di inappagato, di inappagabile e vuole manifestarsi.

In me è una brama d’amore, che parla da sola la lingua dell’amore.

Io sono luce: oh, se fossi notte! Ma la mia solitudine è questa, che sono circondato dalla luce.

Ah, se fossi buio e notturno! Come vorrei succhiare alle mammelle della luce!

E vorrei anche benedire voi, stelline sfavillanti e lucciole lassù! E beatificarmi per vostri doni di luce.

Me vivo nella mia povera luce, ribevo in me le fiamme che da me prorompono.

Non conosco la felicità del prendere, e spesso ho sognato che rubare debba essere una felicità ancora maggiore.

La mia povertà è che la mia mano mai non riposa dal dare; la mia invidia, il vedere occhi in attesa e le rischiarate notti del desiderio.

Dalla mia bellezza cresce una fame: vorrei far male a coloro che illumino, vorrei derubare coloro cui ho donato: dunque ho fame di malvagità

Tale vendetta medita la mia pienezza: tale perfidia sgorga dalla mia solitudine.

La mia felicità di donare è morta nel donare, la mia virtù si è stancata della sua sovrabbondanza.

È notte, ed io devo essere luce! E sete di notturno! E solitudine!” (Nietzsche, 1881).

Questa è l’adolescenza con le sue cocenti contraddizioni. Questi sono gli accenti dinamici ed esistenziali con i quali questa fase dello sviluppo è raccontata dagli adolescenti, poeti e narratori di se stessi.

Alessandro, tredici anni, invitato a svolgere un tema sull’adolescenza scrive:

“L’adolescenza! È una età di transizione che ci fa cambiare mutando il nostro corpo e il nostro carattere interiore. Ricordo l’infanzia, quando mi divertivo con i soldatini e con le macchinine; ora provo vergogna a giocarci. Guardo il mondo e vedo la luce del sole, i suoi raggi che mi abbagliano e riflettono il mio Io. Trovo sfogo con la musica, con i libri Per uscire dai problemi che mi vedono protagonista. L’adolescenza è un periodo buio per noi ragazzi, un periodo nel quale dobbiamo intraprendere la strada che percorreremo per il resto della nostra vita. Non è facile. I problemi mi circondano. Mi giro e trovo droga e tangenti, sequestri e rapine. Cosa devo fare? Credo di essere una nuova stella pronta ad accendersi. Ma anche a spegnersi. Quando esco di casa incontro gente chiusa, che ha paura incontro però il sorriso delle persone anziane. Mi vedo allo specchio, quasi non mi riconosco. Cresce la peluria sulla mia pelle, mi vedo brutto, aumento di peso e voglio dimagrire. Voglio uscire, per andare dove? Mi sento abbastanza autonomo. I miei genitori non mi fanno uscire. A scuola litigo con il mio compagno e non capisco come sia possibile. Credo di aver trovato la mia anima gemella, ma poi mi pento. Un sistema nuovo sta crescendo. Tante luci riflettono il mio modo

di essere e tante ombre. Guardo dalla finestra. Vedo su un ramo due nuovi boccioli; spero che con l'arrivo della Primavera mi possano aiutare a cambiare.”

Sentimenti di invidia, di egocentrismo, di disinteresse, di altruismo, di oblatività, uniti a chiusure senza speranza rigide e disperate e a slanci artistici e creativi che evocano dinamismi infantili e che soddisfano il desiderio di intimità arricchendolo di contenuti personali originali, configurano il percorso adolescenziale verso l'età adulta.

Con “adolescenza” abbiamo, dunque, fatto riferimento a quello stato globale della personalità che può andare dalla scarsa coesione, alla frammentazione-scissione del Sé.

L'azione della maturazione puberale costringe la ragazza prima ed il ragazzo subito dopo a rinunciare alla propria autosufficienza difensiva del periodo di latenza. Il Sé, dunque, vacilla.

Il centro dinamico, il cuore della personalità, le sue strutture, le sue funzioni centrali ed integranti, entrano in uno stato magmatico confuso e confusivo ove l'aggressività e la libido rompono gli argini abituali ed attivano tensioni e conflitti con gli oggetti interni e con la realtà esterna. Si costituisce così quello che abbiamo chiamato: nucleo di informità di base.

“La centrale intima forza comune a tutti gli esseri umani, eppure unica in ciascuno che è la profonda determinante dello sviluppo individuale” (Hornay, 1924); il “Vero Sé”, il potenziale innato prima (alla nascita) ed il principio dinamico poi (dalla realizzazione del legame di attaccamento), che guida e dà impeto costruttivo all'individuo nella sua lotta verso la realizzazione di se stesso, si sfalda, dando vita a quel nucleo di informità da cui riemergerà una nuova persona adulta creativa e generativa, perfettamente integrata nel contesto socio-culturale in cui vive e vivrà.

In particolare, come abbiamo visto, l'adolescente individua la causa dei suoi maggiori disagi nella sessualità attivata dalla maturazione puberale e dall'acquisizione della consapevolezza dell'appartenenza a sé del proprio corpo sessuato. Centra, pertanto, la sua attenzione soprattutto sul suo corpo ed i suoi cambiamenti.

Sa, infatti che riuscirà ad affrontare con successo i cambiamenti psico-fisici che lo turbano solo se saprà mettere gli impulsi distruttivi, aggressivi e sessuali al servizio, i primi del lavoro e dello studio, i secondi, al servizio dei rapporti d'amore.

È questa la condizione dello status adulto.

L'adolescente è, perciò, preoccupato di capire; di portare ordine e di appropriarsi, in modo stabile e definitivo, del diritto di svolgere liberamente l'attività sessuale.

Diritto, questo, fondamentale dell'adulto la cui acquisizione equivale, perciò stesso ad essere tale.

Intanto combatte la “confusione” con sentimenti di onnipotenza volitiva ed esecutiva; sentimenti propri del narcisismo difensivo, capaci perciò di dare sicu-

rezza e di contenere la depressione e l'isolamento che si impiantano sul nucleo profondo di infirmità di base.

Secondo Winnicott (1973), l'adolescente è essenzialmente un isolato, anche quando si confonde nel gruppo dei pari, che assume il valore di un Sé coesivo sostitutivo.

È solo in quanto egosintonicamente alla ricerca di se stesso.

Gli altri sono l'occasione di verifica, di confronto, di sostegno e di scambio emozionale; sono cioè oggetti parziali, di identificazioni transeunte.

Anche nella situazione gruppal e l'adolescente cerca se stesso.

Vuole conoscere, in quanto conoscere equivale ad esperire, possedere, essere potente come potente è l'adulto che conosce e pratica liberamente l'attività sessuale e come potente si sentiva quando, bambino, attraverso le reazioni emotive (pianto, grida, sorrisi, ecc.) dominava l'adulto pronto a soddisfare ogni suo bisogno o capriccio.

L'adolescente va, dunque, avanti recuperando meccanismi difensivi che lo avevano protetto nel periodo pre-lar tenza. Va avanti cercando di porre rimedio, con meccanismi narcisistici, all'esperienza di un Sé fluttuante informe e labile che produce esperienze di instabilità emozionale, da cui derivano sentimenti ed atteggiamenti opposti e contrastanti, spesso subiti e più spesso presenti contemporaneamente: le polarità esperienziali a cui abbiamo accennato.

Ritengo che l'età adolescenziale abbia bisogno di adulti coerenti con le proprie funzioni di genere e di ruolo, anche se Winnicott (1975) riteneva che il tempo sia la migliore terapia per ogni adolescente in crisi.

È del senso comune l'idea secondo cui il trascorrere del tempo, il passare degli anni, fa sì che molte delle esigenze adolescenziali vengano soddisfatte dalla società stessa che le ha prodotte per scopi inerenti la propria economia strutturale e sovrastrutturale.

Non sono d'accordo con questo punto di vista in quanto il disagio adolescenziale che assume caratteristiche nevrotiche o psicotiche può e deve essere "trattato" da adulti competenti, se non altro, nel tentativo di alleviare la sofferenza e come prevenzione di ulteriori facili complicanze evolutive.

Bibliografia

- CHAN R., *De quelques vicissitudes de l'espace transitionnel à l'adolescence*, Rev. Fr. Psychanal., 1980, 44, 531-542.
- CROCETTI G. (a cura di), *La noia in adolescenza*, Borla 1996.
- CROCETTI G., *Legami imperfetti. Psicodinamica delle relazioni d'amore*, Armando, Roma 1997.
- HORNEY K., *Psicologia femminile*, Martinelli, s.l. 1971.
- FENICHEL O., *Trattato di Psicoanalisi della nevrosi e della psicosi*, Astrolabio, Roma 1951.
- FERENCZI S., *Fondamenti di psicoanalisi*, Guarraldi, s.l. 1972.
- FREUD S., *Lutto e melanconia*, in *Opere*, vol. VII, s.l. 1915.
- NIETZSCHE F., *La gaia scienza*, Adelphi, s.l. 1965.
- WINNICOTT W., *La delinquenza come sintomo di speranza*, in S.C. FEINSTEIN - P.L. GIOVACCHINI, *Psichiatria dell'adolescente*. Vol. II, Armando, Roma 1989.

Le “ragioni” del doping in età evolutiva

Sofia TAVELLA - Università “Carlo Bo”, Urbino

Il potere di attrazione che le droghe esercitano sulle persone è strettamente collegato alle credenze e alle aspettative ad esse attribuite a proposito dei loro possibili effetti¹. Una droga può essere assunta soprattutto per modificare e/o alterare gli stati normali di coscienza, per espandere i livelli di consapevolezza personale, per sperimentare sensazioni intense e inusuali, per ricercare una dimensione altra da quella della quotidianità.

Può altresì essere identificata come un mezzo che consente di semplificare, migliorare e rendere più intense le relazioni con gli altri, favorendo comportamenti più sciolti, disinibiti, socievoli o per facilitare sentimenti di fusione nei confronti di un gruppo. Può rendere più soddisfacente l'immagine di sé favorendo sentimenti di maggiore efficacia e controllo personale, rafforzando l'autostima, attenuando auto-valutazioni negative o, addirittura, favorendo la definizione dell'identità.

Può inoltre essere espressione pseudo-simbolica di un passaggio ad una nuova fase di vita; può costituire una sfida; può facilitare esperienze di similarità e di appartenenza, o rappresentare un mezzo per fronteggiare disparate esperienze personali di disagio.

Nel presente capitolo passeremo in rassegna le principali motivazioni al *doping*, correlandolo con i tratti della personalità coinvolti.

1. Il bisogno di modificare e di espandere gli stati di coscienza

La prima spiegazione del perché gli atleti ricorrono a sostanze psicoattive sta proprio nel fatto che la maggior parte di esse consente di alterare lo stato normale di coscienza, di ottenere cioè sensazioni e stati psicologici percepiti come piacevoli².

Tart³, lo studioso più autorevole in materia, definisce gli stati alterati come consistenti cambiamenti delle funzioni della coscienza che in genere il soggetto percepisce come positive modificazioni di cui in qualche modo gode. Modificazioni che sono rilevabili anche da parte di un osservatore esterno. Questi stati

¹ Cf. M. RAVENNA, *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna 1997, p. 115.

² Cf. *Ibid.*, p. 116.

³ Cf. C.T. TART, *Altered States of Consciousness: A Book of Readings*, John Wiley & Sons, New York 1969, pp. 45-48.

sono correlati a profondi cambiamenti di tutte le funzioni psicologiche. I processi cognitivi possono perdere coerenza; la percezione del tempo può rallentare o accelerare; il soggetto sperimenta nuove sensazioni e nuove emozioni o può evocarne altre inattese sulla base della percezione di stimoli diversi da quelli abituali; l'attività fantastica s'intensifica tanto da prevalere sulla percezione del mondo fisico assumendo un carattere di realtà; il senso di identità personale si può temporaneamente espandere o restringere includendo o escludendo oggetti della esperienza di sé.

Anche l'esigenza di modificare gli stati di coscienza attraverso l'assunzione delle più disparate sostanze non è un fenomeno nuovo. È sempre esistita nella storia dell'umanità e in ogni tipo di società, e ha sempre spinto a scoprire e inventare nuove sostanze che permettessero di conseguire lo scopo⁴.

2. La ricerca di sensazioni forti

Tutta l'età evolutiva è caratterizzata dall'esigenza di ampliare i confini del proprio spazio di vita e dalla curiosità di sperimentare nuovi stili di comportamento anche ricercando esperienze avventurose e inusuali. In adolescenza, a cui farò soprattutto riferimento nei capitoli che seguiranno, questa esigenza diventa centrale. È infatti la fase delle sfide megalomane agite nelle condotte a rischio suicidale. L'esperienza con una droga, per la sua illegalità e potenziale dannosità, ha in sé, per l'adolescente, una forte valenza seduttiva⁵.

Fatta questa premessa generale voglio ricordare quanto sostiene Zuckerman⁶ il quale ricorda che vi sono diversi individui che per raggiungere e mantenere un livello ottimale di attivazione hanno più bisogno di altri di sperimentare sensazioni e di compiere esperienze sempre nuove, variate e complesse. Si tratta di persone che se si trovano in situazioni ripetitive sperimentano la noia⁷ e l'indifferenza al compito, assai più velocemente di altre. In generale appaiono più centrate sulle sensazioni interiori che interessate a conformarsi con le regole e con le norme sociali. Avendo più bisogno di altri di ricevere stimolazione dal loro ambiente di vita, la ricercano attraverso vie diverse, fra cui anche la droga.

3. Il bisogno di facilitazione sociale

Fra le ragioni che spingono molti giovani ad assumere delle droghe, quelle socio-ricreative sono certamente le più note. Il ricorso a sostanze psicoattive en-

⁴ Cf. M. RAVENNA, *Op. cit.*, pp. 116-117.

⁵ Cf. *Ibid.*, p. 119.

⁶ Cf. M. ZUCKERMAN, *Behavioral expressions and biosocial bases sensation seeking*, Cambridge University Press, New York 1994, pp. 214-221.

⁷ Cf. G. CROSETTI, *La noia in adolescenza*, Borla, Roma 1996, p. 13).

fatizza il senso di cameratismo e di benessere in diverse situazioni sociali contribuendo a creare un'atmosfera di apertura, facilitando la comunicazione e la condivisione di sentimenti e di esperienze⁸.

Rispetto al *doping*, l'esigenza di conformarsi ai coetanei rappresenta un rischio. Infatti, la forte pressione sociale esercitata dal gruppo dei pari, facilmente idealizzati e assunti come riferimento per identificazioni transitive e sostitutive rispetto agli oggetti genitoriali, può ampliare fenomeni come l'abuso di anabolizzanti o di altri ormoni che viene praticato in numerose palestre per acquistare un aspetto particolarmente muscoloso. Tuttavia più frequentemente il fenomeno del *doping* è da collegare alla persuasione esercitata da un adulto sul giovane.

Fra i vari personaggi adulti che circondano un giovane atleta la persona più significativa e dominante è l'allenatore. Se si tratta di un allenatore senza scrupoli che punta al successo con ogni mezzo, può rendere il suo atleta dipendente da lui al punto tale da far sì che si lasci manipolare acriticamente⁹. L'adulto può tentare di illuderlo e dunque ricorrere ad ogni mezzo per aumentare la prestazione e ricevere consenso. La possibilità dell'atleta che riceve il messaggio di resistere¹⁰ al persuasore¹¹ dipende principalmente dalla sua capacità di decidere autonomamente e dalla fiducia in se stesso. Quanto più il ragazzo avrà sviluppato negli anni, soprattutto nell'ambiente familiare, una buona capacità decisionale e una solida autostima, tanto meno si lascerà convincere a cambiare atteggiamento nei confronti dello sport sano e dunque del *doping*¹².

⁸ Cf. *Ibid.*, pp. 121-122.

⁹ Cf. C. PESCE, *Gli aspetti psico-pedagogici*, in COMUNE DI ROMA. *Campagna di informazione e sensibilizzazione sul problema del doping*- Quaderni dello sport 1, Roma 1999, p. 177.

¹⁰ La presa di decisione non è mai un processo totalmente razionale. Alcuni giovani atleti arrivano a doparsi anche se razionalmente ci sarebbero validissime ragioni per non farlo. Per ridurre la probabilità che i ragazzi, se posti di fronte all'offerta, decidano in favore del *doping*, occorre rinforzare la loro capacità di prendere decisioni razionalmente e autonomamente. A tal fine occorre farli esercitare in tutte le operazioni di cui si compone un processo decisionale razionale: la presa di coscienza degli obiettivi che si prefiggono di raggiungere, l'analisi delle alternative di azione possibili e la valutazione delle probabilità di occorrenza di conseguenze positive e negative. Allenare la presa di decisione è tanto più utile nel caso della scelta se fare ricorso al *doping*, perché si tratta di una decisione che comporta una situazione di conflitto e di dilemma morale. Questo allenamento va attuato al di fuori di un reale incontro con il persuasore, in modo da consentire al ragazzo di riflettere sul problema senza pressione temporale ed emotiva e di prendere dei reali rischi del *doping* e della possibilità di raggiungere i propri obiettivi attraverso altre vie (cf. *Ibid.*, pp. 179-181).

¹¹ Tra i persuasori ci potrebbero essere: un medico sportivo senza scrupoli, che gestisce il *doping* per aumentare l'importanza del proprio ruolo e, quindi, per interesse economico. Un altro potrebbe essere l'allenatore che acconsente a questa pratica o, addirittura, la sollecita perché focalizza la sua attenzione solo sul risultato sportivo, specie a breve termine, e ritiene che il fine giustifichi i mezzi. Gli stessi genitori che proiettano sul figlio le proprie aspettative e non sanno valutare i rischi a cui va incontro, potrebbero incoraggiarlo in prima persona ad assumere sostanze dopanti. Infine, alcuni coetanei che hanno già iniziato la pratica, potrebbero esercitare una pressione sul ragazzo perché si conformi all'uso di sostanze proibite (cf. *Ibid.*, pp. 176-178).

¹² Cf. *Ibid.*, p. 178.

4. Il bisogno di salvaguardare e migliorare l'immagine di sé

Tutti gli esseri umani adottano comportamenti per incrementare aspetti e dimensioni salienti del sé e dell'identità. Dal momento che la ricerca e la definizione dell'identità sono cruciali nell'adolescenza, è possibile pensare che alcune condotte, quelle rivolte alla salvaguardia della salute o all'opposto quelle che implicano dei rischi, siano intraprese per mantenere e/o accrescere certi attributi o caratteristiche personali¹³.

Quanto più l'esigenza di definire la propria identità o di sperimentare ruoli e modelli diversificati assume centralità psicologica nell'esperienza di vita di un adolescente, tanto maggiore è la probabilità che egli possa identificare l'assumere droghe come un modo per migliorare l'immagine di sé¹⁴.

Nell'educazione dei giovani rispetto al problema del *doping* sembra che serva ben poco fornire loro una lunga lista dei rischi a cui andrebbero incontro se si servissero di sostanze nocive per la salute.

Ben più importante è favorire lo sviluppo di quelle caratteristiche psicologiche che li rendono consapevoli di non aver bisogno di potenziare artificialmente la loro prestazione, ma di poter contare sulle proprie capacità e abilità fisiche, cognitive, emotive e sociali per gestire i successi e gli insuccessi che accompagnano il perseguimento dei loro obiettivi. Si tratta cioè di favorire lo sviluppo dell'autostima¹⁵.

L'autostima¹⁶ rappresenta una sorta di sistema di riferimento che la persona usa per stabilire mete adeguate alle proprie possibilità attuali. In sostanza è l'esperienza di valore che una persona ha di se stessa. Essa si sviluppa fin dalla primissima infanzia attraverso l'interazione prima con i genitori e poi con gli educatori e i coetanei.

Mentre nell'infanzia¹⁷ e nella fanciullezza si sviluppa prevalentemente la

¹³ Cf. *Ibid.*, pp. 127-128.

¹⁴ Stern invita a prendere in considerazione quattro differenti sensi del Sé: il senso di un sé emergente, che si forma dalla nascita ai due mesi; il senso di un sé nucleare che si forma dai due ai sei mesi; il senso di un sé soggettivo, che si forma dai sette ai quindici mesi; il senso di un sé verbale che si forma per ultimo (cf. D. STERN, *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati-Boringhieri, Torino 1987, p. 23).

¹⁵ Cf. C. PESCE, *Op. cit.*, p. 182.

¹⁶ Strettamente connesso con l'autostima è l'orientamento al *compito* e all'*ego*. Specificatamente, un eccessivo orientamento all'*ego*, soprattutto se associato a uno scarso orientamento a impegnarsi nei propri compiti, sembra costituire un fattore di rischio *doping*. È facile comprendere che i ragazzi che praticano attività sportiva perché sono orientati all'*ego*, e cioè vogliono primeggiare sugli altri, sono quelli che hanno una bassa stima di sé e tendono a cercare conferme del proprio valore confrontandosi con gli altri, sopportano male le sconfitte, poiché a ogni insuccesso mettono in discussione il valore della propria persona *in toto*, e saranno perciò più propensi a infrangere le regole o a ricorrere al *doping* pur di non perdere e di non ricevere disconferme del proprio valore (cf. C. PESCE, *Op. cit.*, p. 190).

¹⁷ In senso etimologico (dal latino *infans*), indica la condizione dell'essere umano che non ha ancora acquisito l'uso della parola. Nella sua attuale accezione in psicologia, designa la tappa di sviluppo dell'essere umano che si colloca, a seconda degli autori, fra la nascita e la maturità, fra la nascita e la pubertà. Si distingue la prima infanzia (fino ai 3 anni) dalla seconda (dai 3 ai 7 anni) e dalla

componente emotiva dell'autostima, sulla base dell'attribuzione di valore da parte di altri significativi, adulti o coetanei¹⁸. più avanti si sviluppa maggiormente la componente più cognitiva, sulla base dei successi e degli insuccessi vissuti nel perseguimento degli obiettivi autonomamente definiti¹⁹.

L'insegnante o l'educatore è chiamato a favorire la presa di coscienza del livello di autostima²⁰. stimolando gli allievi a effettuare una valutazione chiara dei propri prerequisiti e dei propri progressi, e motivandoli a migliorare le proprie competenze. Con alcuni accorgimenti metodologici l'insegnante può favorire lo sviluppo dell'autostima globale.

Nella tabella seguente è descritta l'autostima nelle sue componenti *emotiva*, *cognitiva* e *fisica*. Per innalzare ciascuno degli aspetti dell'autostima sono indicati – nelle colonne – dei suggerimenti di tipo didattico-educativo.

A partire dai 12-13 anni assume una grande importanza l'interazione con i coetanei. Il confronto tra pari è centrato, per i maschi, sulla potenza fisica, e per le femmine, sulla seduttività e sull'attrattività.

Pertanto una bassa autostima centrata sul corpo può sostenere comportamenti a rischio. Sappiamo, infatti, che il desiderio di corrispondere a modelli ideali di attrattività fisica, peraltro enfatizzati dalla società, risulta essere un fattore di rischio molto elevato per l'instaurarsi di patologie alimentari sempre più diffuse nelle femmine, mentre i maschi adolescenti ricorrono più facilmente all'abuso di anabolizzanti allo scopo di assumere un aspetto più vigoroso e aumentare la forza fisica²¹.

terza (dai 7 ai 12 anni), sfociando quest'ultima nell'adolescenza. Il concetto d'infanzia come età specifica della vita umana separata dalla condizione dell'adulto si è sviluppato insieme alla privatizzazione della famiglia intorno al XIV e XV secolo, sotto la spinta delle idee del Rinascimento e soprattutto della Riforma, e si è evoluto nel corso dei secoli (cf. J. VONËCHE, *Infanzia*, in R. DORON - F. PAROT - C.M. DEL MIGLIO (edd.), *Nuovo Dizionario di Psicologia*. Borla, Roma 2001, p. 363).

¹⁸ Un elemento che fa della squadra un luogo privilegiato di socializzazione è la possibilità che i ragazzi hanno di fare esperienza diretta dei rapporti interpersonali, di sperimentare in modo diretto una gamma variegata di relazioni, di provare i primi sentimenti di amicizia e di amore, di affermazione e di approvazione, ma nello stesso tempo di sperimentare le prime delusioni, i primi conflitti, le competizioni, forse anche la sfida o il rifiuto; esperienze che già durante l'infanzia hanno sicuramente costellato la vita sociale di ognuno, ma che adesso sembrano acquistare un'importanza e un significato decisamente nuovi. Il motivo è da ricercarsi nel fatto che lo sfondo sociale che fa da contesto significativo a tutte le esperienze che i ragazzi fanno in questa età non è più il teatro familiare o parentale, ma il gruppo dei pari (cf. P. BOZZARO, *Psicologia didattica, apprendimento. Una guida per conoscere ed affrontare con efficacia i processi di apprendimento e le dinamiche del gruppo-classe*, La Tecnica della Scuola, Catania 2000, p. 172).

¹⁹ Cf. C. PESCE, *Op. cit.*, p. 183.

²⁰ L'autostima è una dimensione psicologica fondamentale nel processo di costruzione della personalità. Attuabile come intervento sia terapeutico che di prevenzione, il programma educativo per il potenziamento dell'autostima è uno strumento essenziale per psicologi e pedagogisti, ma può essere molto utile anche per insegnanti ed educatori, ai quali fornisce un esauriente quadro teorico dell'autostima e della sua influenza nell'apprendimento, oltre che innovative metodologie per il lavoro educativo concreto (cf. A. POPE - S. METTALE - E. GREIGHEAD, *Migliorare l'autostima. Un approccio psicopedagogico per bambini ed adolescenti*, Erikson, Trento 2005).

²¹ Cf. *Ibid.*, pp. 184-185.

Tab. 1 - Le 3 componenti fondamentali dell'autostima²²

Componente emotiva	Componente cognitiva	Componente fisica
Essere incoraggiante, ma evitando lodi eccessive (la lode eccessiva veicola sempre una richiesta).	Insegnare all'allievo a effettuare lui stesso un'analisi corretta dei propri prerequisiti, dei compiti e delle situazioni, in modo da poter stabilire autonomamente mete realistiche.	Far comprendere all'allievo che il valore fisico è influenzato sia da capacità/abilità, che da impegno/esercizio.
Evitare giudizi di valore costantemente negativi.	Fornire <i>feedback</i> chiari e analizzare con lui le cause di successi e insuccessi, bilanciando realisticamente l'attribuzione di causalità interna ed esterna.	Aiutare l'allievo a differenziare le sue percezioni di valore fisico e dargli l'opportunità di allargare le sue esperienze di successo e di competenza.
Rendere il messaggio verbale e non verbale sempre consistenti.	Motivare l'allievo alla pratica orientandolo al processo (fare bene) e al raggiungimento della maestria più che alla prestazione e al suo prodotto (risultato scolastico o sportivo).	Insegnare all'allievo a discriminare gli effetti di capacità e impegno in vari ambiti di competenza fisica.

5. Le profezie che si auto-determinano

Un altro presupposto psicologico di tutela contro il *doping*, strettamente connesso a un'autostima positiva e realistica, è la capacità dei ragazzi di pensare in positivo che può essere appresa e sostenuta dagli adulti di riferimento.

L'insegnante, ad esempio, autenticamente orientato verso la positività delle esperienze di vita, può scegliere espressioni costruttive per comunicare istruzioni o *feedback*²³, in modo tale da aiutare i propri allievi ad orientare i propri progetti verso mete possibili e soddisfacenti.

Espressioni costantemente negative invece possono abbassare il livello di abilità percepita dal ragazzo e incidere negativamente sulla sua autostima e sulla sua stessa capacità di pensare in termini positivi, portandolo ad avere prestazioni scadenti.

Si tratta di un circolo vizioso che si traduce spesso nelle cosiddette profezie che si auto-determinano²⁴. Per "profezie che si auto-determinano" si intende quel processo per cui, partendo da una credenza non oggettiva, si innescano una serie di eventi che fanno sì che tale profezia, pur inizialmente ingiustificata, si avveri.

²² Cf. C. PESCE, *Op. cit.*, p. 183.

²³ Il *feedback* è l'effetto delle conseguenze del comportamento sul comportamento futuro. Il *feedback* negativo si verifica quando le conseguenze diminuiscono il livello di prestazione del futuro comportamento o la sua probabilità. Il *feedback* positivo si verifica quando le conseguenze accrescono il livello del futuro comportamento (cf. W. HACKER, *Feedback*, in R. HARRÈ - R. LAMB - L. MECACCI (edd.), *Psicologia. Dizionario Enciclopedico*, Laterza, Roma 1998., p. 387).

²⁴ Cf. C. PESCE, *Op. cit.*, p. 185.

Tale fenomeno, frequente nella vita quotidiana, ha risvolti importanti anche in ambito sportivo e scolastico²⁵.

La spiegazione di tale fenomeno è da ricercarsi nel processo motivazionale, collegato alla percezione di competenza e quindi all'attribuzione di autostima con la reazione circolare che ne deriva, illustrata nella figura di seguito:

Grafico 1 - Motivazione al successo²⁶



La persona che possiede un buon livello di autostima, evidentemente ricavata da precedenti esperienze positive, anche in altri campi diversi da quello dell'apprendimento, affronta le situazioni che gli vengono proposte con il desiderio di superarle.

Questa aspirazione al successo attiva nell'individuo i meccanismi motivazionali interiorizzati – quindi impegno, determinazione, attenzione al compito, ecc. – con la conseguenza che cresce anche la probabilità di riuscita. Naturalmente ad ogni esperienza positiva il grado di autostima si accresce e la reazione circolare positiva si rinforza.

²⁵ Cf. *Ibid.*, p. 186.

²⁶ Cf. P. BOZZARO, *Op. cit.*, p. 108.

Al contrario nella persona con basso livello di autostima, quindi con sentimenti d'inferiorità rispetto alla prova, si sviluppa una reazione circolare di questo tipo:

Grafico 2 - Motivazione all'insuccesso²⁷



I sentimenti d'inferiorità, specie se avvalorati da una serie ripetuta di esperienze negative e da atteggiamenti di disconferma, derisione e disprezzo da parte degli altri, contrariamente a quanto hanno sostenuto anche psicologi illustri, come Adler,²⁸ non si trasformano in genere in forze reattive, ma o in manifestazioni di aggressività o in ansie, in timori, in incertezze che si condensano a livello metapsicologico in aspettative di insuccesso o profezie che si autoavverano²⁹.

²⁷ Cf. *Ibid.*

²⁸ Adler parlava di *volontà di potenza*. La psicologia individuale di Adler scorge nella *volontà di potenza* quella energia che indirizza ogni uomo, sia a livello conscio che inconscio, verso finalità di elevazione, di affermazione personale, di competizione o, almeno, di autoprotezione e di sopravvivenza (cf. L.M. LORENZETTI [ed.], *Psicologia e Personalità*, Franco Angeli, Milano 1995, p. 161).

²⁹ Cf. P. BOZZARO, *Op. cit.*, pp. 108-109.

Il circolo vizioso delle profezie che si auto-determinano può essere ovviato o minimizzato cercando di trasformare consapevolmente le espressioni negative in espressioni positive che vanno a supporto dell'autostima dei ragazzi e li abitano a pensare in positivo. Ecco alcuni esempi di espressioni da evitare o da usare:

Tab. 2 - Esempi di comunicazione verbale positiva e negativa in ambito sportivo³⁰

Espressione negativa	Espressione positiva
Sbagliato!	Esatto!
Sei un incapace	Sei capace
Stai peggiorando	Puoi migliorare
Bravo!	Bravo, ora concentrati e confermalo ancora
Sei proprio bravo!	Bene, ora riprova aumentando ancora un po' la difficoltà
Non sei bravo	Per ora va bene, puoi migliorare
Buono per te, questa volta ti è andata bene	Esatto, vedrai che riesci a confermarlo
No!!	Riprova, cercando di correggerti
È completamente sbagliato	Il problema maggiore è ... per superarlo alla prossima prova cerca di ...
Ma proprio non sei capace di ...	Sono convinto che ce la puoi fare a ...

6. La ricerca di autonomia, di emancipazione, di sfida

Nella ricerca di occasioni concrete in cui verificare il grado di indipendenza emotiva e di specificità soggettiva raggiunti in rapporto ai modelli proposti dai genitori, è possibile che l'esperienza con una droga rappresenti per gli adolescenti una sfida nei confronti delle norme proposte. L'intraprendere un'esperienza ignota e stigmatizzata dalla maggior parte degli adulti consente al giovane di affermare e rimarcare la propria distanza soggettiva dal loro mondo, e di esprimere in qualche modo il suo bisogno di urtare e di sconcertare³¹.

Il fatto che la società non riconosca esplicitamente certi passaggi, come quello dall'infanzia all'adolescenza, e da questa all'età adulta, può far sì che l'adolescente identifichi la droga come un mezzo che gli consente di accorciare le tappe del percorso verso lo *status* adulto e di simboleggiare la sua definitiva emancipazione dall'infanzia.

Ciò risulta particolarmente vero per gli adolescenti che, maturati precocemente sul piano biologico, devono sostenere la psiche per adeguarsi alle aspettative adulte e per quelli più sensibili alle pressioni esercitate dai pari, per apparire più maturi, indipendenti, spavaldi³².

³⁰ Cf. C. PESCE, *Op. cit.*, p. 188.

³¹ Cf. M. RAVENNA, *Op. cit.*, pp. 132-133.

³² Cf. *Ibid.*, p. 133.

7. Il bisogno di appartenenza e di prestigio

L'adolescenza rappresenta la fase di vita in cui le relazioni con i coetanei sono più intense, frequenti e coinvolgenti. Ciò è in stretta relazione con un compito di sviluppo cruciale per ogni adolescente: quello di definire la relazione con i genitori raggiungendo l'indipendenza emotiva, diventando cioè in grado di assumersi responsabilità, di prendere decisioni in relazione a diversi ambiti quali la salute, la sessualità, l'istruzione, le amicizie, le idee politiche, le scelte lavorative.

Nello sforzo di differenziarsi dalle figure adulte significative e di ricercare una propria specificità è particolarmente necessario avere dei coetanei a cui sentirsi simile, con cui sperimentare scelte e comportamenti autonomi, con i quali condividere difficoltà e conflitti.

In questa fase diventa particolarmente intenso il bisogno di sentirsi accettati e stimati. È perciò possibile che l'adolescente, per sentirsi integrato e valorizzato in un gruppo di amici che sono già consumatori o che condividono atteggiamenti favorevoli nei confronti della droga e del *doping*³³, diventi disponibile a provare egli stesso.

Si tratta di un'esperienza che può contribuire a farlo sentire più coraggioso, più forte e più libero dai condizionamenti, consentendogli allo stesso tempo di costruire la propria reputazione, la propria immagine e il proprio *status* nel gruppo e di ottenere ammirazione e popolarità³⁴.

8. La ricerca di una moralità autonoma

Per riuscire a costruire una barriera morale contro il doping gli educatori devono conoscere il mondo etico-morale degli allievi³⁵, in modo da aiutarli a sviluppare una moralità autonoma partendo dal loro livello di sviluppo morale³⁶ attuale³⁷.

³³ Cf. N. PORRO, *Doping. Il patto con il diavolo*, in *Movimento* 15, 1 (1999), pp. 12-13.

³⁴ Cf. M. RAVENNA, *Op. cit.*, pp. 134-135.

³⁵ L'autrice fornisce agli insegnanti gli strumenti per promuovere lo sviluppo concettuale all'interno dell'ambito morale, delle convenzioni, e lo sviluppo personale per coinvolgere gli studenti in una riflessione morale critica sulle questioni nelle quali si sovrappongono moralità, valori e norme sociali e non morali (cf. L.P. NUCCI, *Educare il pensiero morale. La costruzione di sé e i concetti di giustizia, diritti, uguaglianza e benessere*, Erikson, Trento 2005).

³⁶ Per morale si intende di solito una particolare disciplina o forma di sapere e di insegnamento, con un suo oggetto specifico, una sua collocazione epistemologica nell'ambito delle scienze dello spirito e una sua metodologia. Oggetto di questa forma di sapere è il comportamento umano, non dal punto di vista della sua attualità, ma ai fini di una valutazione dal punto di vista della sua corrispondenza con il "bene morale" o, in altre parole, dal punto di vista della sua bontà o negatività morale. Il significato della parola "morale" dipende quindi da ciò che si ritiene essere il "bene morale" (Cf. G. GATTI, *Etica delle professioni formative*, LDC, Leumann [TO] 1992, p. 10).

³⁷ M. RAVENNA, *Op. cit.*, pp. 132-133.

Per analizzare lo sviluppo morale dei ragazzi adottiamo uno dei modelli più noti dello sviluppo morale, quello proposto da *Kohlberg*³⁸ che si evolve in sei stadi:

Tab. 3 - Lo sviluppo morale secondo Kohlberg

Livello	Stadio	Caratteristiche socio-morali	Comportamento nello sport
Pre-convenzionale	1	Ubbidienza all'autorità e paura delle punizioni.	Rispettare le regole del gioco per evitare la punizione.
< 10 anni	2	Fare i propri interessi e lasciare che gli altri facciano i loro.	Violare le regole del gioco perché così fanno anche gli altri.
Convenzionale	3	Non fare agli altri quello che non vorresti fosse fatto a te.	Infrangere le regole a vantaggio della propria squadra.
> 10 anni	4	Credenza nelle leggi, nelle regole e nell'ordine sociale.	Rispettare le regole di gioco per far sì che proceda bene.
Post-convenzionale	5	Distinzione tra moralità e legalità.	Non fare torto a nessuno in gioco anche se è lecito.
Età	6	Adesione autonoma a principi etici universali.	Rispettare le regole per il benessere di tutti i partecipanti.

In base a questo schema i preadolescenti e gli adolescenti si trovano a livello convenzionale, in cui fanno proprie le regole di appartenenza e, in senso più lato, della società, per ragioni di conformismo e per non deludere le aspettative degli altri adulti significativi.

Proprio questa forte e fragile – per le spinte trasgressive – necessità di risultare accettabile agli occhi degli altri e di assecondarne le aspettative, sulla quale si fonda il rispetto delle regole in questa fase della vita, rende il ragazzo disponibile a infrangere le regole del *fair play*³⁹ e a fare ricorso a sostanze dopanti, se a

³⁸ L. KOHLBERG, *The Philosophy of moral development*, vol. 1 of: *Essay on Moral Development*, Harper and Row, New York 1981, pp. 23-30.

³⁹ In alcune persone lo spirito del *fair play* è innato, altri invece devono impegnarsi assiduamente per sviluppare tali capacità. Tuttavia, l'acquisizione dei principi del *fair play* è importante tanto quanto l'apprendimento delle abilità tecniche di una determinata disciplina sportiva ed offre le stesse soddisfazioni. Sintetizziamo alcuni dei principi del *fair play* che bisognerebbe mettere in pratica: stringersi la mano prima e dopo la gara, a prescindere da chi abbia vinto; non ricorrere mai all'inganno, ma rispettare sempre le regole senza eccezioni; non ricorrere mai alla violenza; utilizzare il contatto fisico soltanto quando ciò è consentito dalle regole di gara; non urlare o litigare con arbitri, ufficiali di gara, compagni di squadra o avversari; aiutare gli avversari quando si feriscono; accettare le scuse degli avversari, esercitare l'autocontrollo ed essere tolleranti; essere pazienti durante i ritardi e le interruzioni della gara; agire onestamente e con dignità; non assumere mai sostanze vietate; essere modesti in caso di vittoria e amichevoli in caso di sconfitta; rendere il proprio spirito di *fair play* un esempio per gli altri (cf. C. VARESE, *Il Coni contro il doping*, CONI, Roma 1999, pp. 59-60).

proporglielo sono altri significativi e autorevoli come l'allenatore o il medico sportivo⁴⁰.

Inoltre è da evidenziare che proprio fra gli 11 e i 15 anni l'autostima, pur rimanendo positiva, raggiunge i suoi minimi individuali e questo può far aumentare la tendenza a cercare conferme del proprio valore nell'approvazione altrui e a lasciarsi persuadere da coloro di cui si ritiene importante il giudizio.

L'esperienza scolastica ricevuta riveste un ruolo fondamentale. La lezione di educazione fisica può rappresentare un contesto privilegiato per favorire il passaggio degli allievi da una moralità eteronoma ad una autonoma, che implica la capacità di emettere giudizi morali, di immedesimarsi negli altri e di sentirsi responsabili.

Tre sono gli aspetti che l'insegnante deve sfruttare se vuole favorire, oltre all'acquisizione di abilità motorie, anche lo sviluppo morale dei propri allievi: lo stile d'insegnamento, il comportamento verbale e il clima motivazionale⁴¹.

Lo stile d'insegnamento⁴² dovrebbe essere flessibile a seconda delle situazioni e soprattutto interattivo, in modo da stimolare gli allievi ad assumersi responsabilità e a interagire fra loro. Per quanto riguarda il comportamento verbale si dovrebbe preferire il metodo maieutico⁴³ che consiste nel porre domande che fanno arrivare gli allievi a trovare essi stessi la soluzione per approssimazioni successive.

Infine, un aspetto essenziale da considerare è il clima motivazionale che deve essere innanzitutto improntato all'entusiasmo e alla voglia di impegnarsi. L'insegnante dovrebbe enfatizzare l'importanza del progresso personale più che il risultato derivante dal confronto con i compagni.

In questo modo, infatti, si fa leva su una motivazione intrinseca che ha effetti sul comportamento più forti e duraturi delle regole estrinseche (evita di ricorrere a metodi illeciti per vincere)⁴⁴.

⁴⁰ M. RAVENNA, *Op. cit.*, pp. 187-188.

⁴¹ *Ibid.*, p. 188.

⁴² Gli stili d'insegnamento rappresentano uno dei punti di sintesi di tutte le problematiche legate all'insegnamento stesso dell'educazione fisica e dello sport. Mooston analizza la struttura dello stile di insegnamento. Egli precisa che ogni stile di insegnamento ha una specifica struttura che delinea il ruolo dell'insegnante e dell'allievo e identifica gli obiettivi che si possono realizzare quando questo stile opera. Ogni stile è definito dalle decisioni prese dall'insegnante e dall'allievo in ogni episodio. Gli stili considerati da Mooston sono 7: a) lo stile del comando; b) lo stile pratico; c) lo stile reciproco; d) lo stile auto verifica; e) lo stile inclusione; f) lo stile della scoperta guidata; g) lo stile divergente; h) lo stile dell'andare oltre (cf. R. MANNO, *Strategie didattiche per la formazione tecnico sportiva nella scuola e nello sport*, in P. BOZZARO - F. GIARDINA - A. MADELLA - G. MASTRUZZO [edd.], *Dal gioco allo sport. Modelli pedagogici e strategie di apprendimento nel campo motorio e sportivo*, Franco Angeli, milano 1998, pp. 82-83).

⁴³ Il termine "maieutico" deriva da *maieutica*. Secondo l'etimologia greca, è l'arte della levatrice. Storicamente, è conosciuto come il metodo usato da Socrate per stimolare i discepoli a cercare la verità che avevano nel fondo dell'animo, coperta da opinioni false, e che le domande del maestro aiutavano a venire alla luce (cf. MODERSINISSIMO DIZIONARIO ILLUSTRATO, *Arte, Scienze, Storia e Geografia*, Vol. 1/ 2, Istituto Geografico De Agostani, Novara 1971, p. 618).

⁴⁴ Cf. M. RAVENNA, *Op. cit.*, p. 188.

9. Il bisogno di ridurre gli stati di disagio e di regolare le emozioni

L'adolescente, proprio perché attraversa una fase di profonde trasformazioni, può comprensibilmente sperimentare, in modo a volte acuto, sentimenti di incertezza, d'inadeguatezza, di scarsa fiducia in se stesso; può temere di sbagliare, di non essere all'altezza delle situazioni con le quali si confronta, di non essere considerato dagli altri come desidererebbe.

Quanto più l'adolescente avverte la difficoltà e il peso dell'affrontare e superare i compiti di sviluppo che sono specifici della sua fase di vita, tanto più aumenta la probabilità che la droga possa apparirgli un mezzo per ridurre stati psicologici negativi quali ansia, angoscia, incertezza, tensione, depressione, sentimenti di bassa autostima, per proteggere il sé e per meglio rispondere alle richieste del suo ambiente di vita⁴⁵.

Oltre alle esperienze di disagio che si associano ai compiti evolutivi, il ricorso alla droga può essere anche favorito da alcuni diversificati eventi stressanti: traumi improvvisi quali una malattia, la morte o la separazione da un familiare; conflitti familiari relativi alla coppia o alla relazione genitori-figli; particolari transizioni di vita come un cambio di residenza o di lavoro; esperienze di disagio che si protraggono nel tempo e non appaiono facilmente superabili, quali ad esempio il vivere la condizione di disoccupato o il confrontarsi con un ambiente di vita particolarmente svantaggiato⁴⁶.

10. In sintesi

Si è voluto evidenziare i motivi che stanno alla base dell'assunzione di sostanze e i fattori di rischio *doping*. Alla luce di questo quadro che riassume i bisogni, le aspettative, le credenze e i comportamenti che possono influenzare in maniera significativa la decisione degli adolescenti verso il *doping*, si deduce che la sensibilizzazione tra i giovani contro il *doping* non può essere solo informativa, ma anche formativa, e che la formazione a livello psicologico deve essere intrapresa ben prima che i giovani entrino in contatto con il problema.

Un elemento fondamentale sembra essere quello di evitare che si sviluppi un eccessivo orientamento all'egocentrismo di risultati, al narcisismo della esteriorizzazione di sé (*ego*) favorendo al contrario la motivazione⁴⁷ a impegnarsi,

⁴⁵ Cf. M. RAVENNA, *Op. cit.*, p. 139.

⁴⁶ Cf. *Ibid.*, p. 141.

⁴⁷ Il campo percettivo viene descritto come un insieme di processi coscienti dai quali l'energia organistica viene trasformata in comportamento. Uno di questi processi è la motivazione. Per capire meglio questo processo è necessario chiarire la nozione di bisogno. Il bisogno può essere definito come un'esigenza che scaturisce dalla natura umana e dalla stessa vita sociale. L'energia organistica da una parte e l'ambiente dall'altra sono i fattori che sostanzialmente contribuiscono a far emergere, nel campo della coscienza, un complesso di bisogni che, a loro volta, orientano forte-

dando importanza ai progressi individuali compiuti dai ragazzi e creando un opportuno clima motivazionale nel gruppo-squadra.

Questo capitolo, illustrando i motivi che sostengono il comportamento di assunzione di sostanze dopanti, evidenzia dunque come il *doping* si collochi nella più vasta area delle dipendenze; in particolare delle dipendenze legate alle condotte alimentari. Il capitolo che segue ne analizza il punto di confluenza.

mente il comportamento della persona. Le scienze dell'educazione si sono interessate molto della motivazione. Sono molteplici, infatti, i modi d'identificare i bisogni umani. Possiamo, in linea generale, distinguere i bisogni in tre categorie: *fondamentali*, considerati come propri della natura umana e universali; *strutturanti*, acquisiti nel corso dello sviluppo attraverso il contatto e l'esperienza; *situazionali*, identificabili spesso nell'esperienza quotidiana, nelle scelte di ogni giorno (cf. L. MACARIO, *Imparare a vivere da uomo adulto. Note di metodologia dell'educazione*, LAS, Roma 1993, pp. 98-99).

Doping nello sport e tossicodipendenze

Pasquale BELLOTTI - Medico dello sport

Gli adulti sanno che devono consegnare il futuro ai giovani? Sembrerebbe di no, dal momento che sono sotto gli occhi di tutti i problemi nei quali si dibatte la società e che sembrano aggravarsi nel tempo, invece di trovare, volta per volta, adeguate soluzioni. Dovrebbero farlo, invece, prendendo a cuore problemi ed esigenze delle classi giovanili e prendendosi, così, davvero cura di loro. La consegna dovrebbe essere la seguente: “Io ti mostro la strada, quella giusta, quella corretta”.

Lo Sport nella nostra società. Un pezzo di futuro della nostra società è di certo lo Sport, quello che ha un impatto sociale davvero grande¹, quello che interessa larghe fasce di popolazione e che ereditiamo – evidentemente – a nostra volta. Ma quale sport stiamo consegnando al futuro ed alle generazioni che sono il nostro futuro? Va da sé, e non può essere smentito, che ci sono poche cose in crisi come lo sport in questo nostro Paese (ma l’osservazione può essere fatta – né questo è comunque un motivo per essere allegri! – per moltissimi altri Paesi dell’Europa e del Mondo).

Diciamo che siamo di fronte ad un malessere generalizzato: lo sport che abbiamo e con cui ci stiamo avviando nel futuro è uno sport malato. Malato e perciò in crisi.

Ma in crisi perchè? Buona parte delle “cose” negative dello sport sono sotto gli occhi di tutti: corruzione, violenza, falsi e scandali di diversa natura. Nessun pudore, da parte di chi commette reati nello sport (vi risulta che qualcuno si pente e lo dichiara e cambi vita?).

Nemmeno i *mass media* hanno pudore: sanno di osannare, assai spesso, degli atleti imbrogliatori: lo fanno senza pudore e senza pudore sono capaci, poi, di distruggere il mito, quando la verità è scoperta ed è meglio tirarsi fuori dalla mischia. Sembra, poi, che tutto sia congegnato per non arrivare mai a punire: insomma, si può barare, tanto poi c’è senz’altro un rimedio. Strano a dirsi, ma c’è un “dopo” sempre diverso dal “prima”, come dire che ci sono tecniche del manipolare la verità, l’obiettività, complici il sistema, i suoi organi, i suoi giudici, il

¹ Secondo i dati ISTAT dell’anno 2000, in Italia, su 57 milioni di abitanti, 280.000 fanno gare sportive anche all’estero; altri 1.810.000 fanno gare in Italia anche fuori della loro provincia; altri 4.360.000 fanno gare, ufficiali o non ufficiali, solo nell’ambito della loro provincia; altri 10.250.000 dicono di fare sport, ma non fanno gare; altri 17.400.000 praticano solo qualche attività fisica; altri 21.600.00 non praticano alcuna attività fisica o sportiva nel loro tempo libero.

movimento sportivo stesso per quieto vivere e per interesse, addirittura le Istituzioni. Insomma, spesso si scopre qualcosa, ma – poi – non si va a fondo: si rimanda, si esamina, si prende tempo, si cambia versione dei fatti, si addolcisce sempre di più il problema riscontrato, fino a non farlo essere più un problema. Così i colpevoli di una frode diventano anime candide, si riabilitano e si promuovono.

Il Doping nella nostra società. Bella domanda (ma senza alcun senso, la risposta è scontata) quella che mira a sapere se ci sia oppure no il *doping* nello sport italiano. Molti se la fanno questa domanda e la fanno a chi reputano che possa rispondere con cognizione di causa. In realtà, è domanda davvero ingenua, una finta domanda: il *doping* nello sport italiano c'è. Eccome, se c'è. Come ingenua è l'altra delle possibili domande: e se c'è quanto ce ne è? Ce ne è, ce ne è abbastanza per spaventarsi e per dire che il *doping*, come le tossicodipendenze, è fenomeno che richiede misure urgenti ed un "allerta" da parte dei molti aventi voce (e potere e responsabilità).

Tristi realtà. Triste realtà, quella del *doping*; triste, come quella della tossicodipendenza. Tristi, entrambi, e così simili, per strano che possa apparire ... *Doping* e tossicodipendenze hanno diversi elementi in comune (Tabella 1).

Tabella 1 - Gli elementi comuni delle tossicodipendenze e del doping nello sport

Aspetto particolare	Tossicodipendenza	Sport
Tipo di farmaci	Molti farmaci in comune	Molti farmaci in comune
Fasce di età	Comuni	Comuni
Coinvolgimento giovanile	Intorno a 11 anni il primo possibile contatto	Intorno a 12-13 anni il primo possibile contatto
Traffico	Medesimi gestori	Medesimi gestori
Portata del fenomeno	Mondiale	Mondiale
Complessità dell'approccio	Comune	Comune
Motivazioni di fondo	Molti aspetti comuni	Molti aspetti comuni
Rischio per la vita	Rilevante	Spesso rilevante
Significato di "Repressione"	Rilevante	Rilevante
Significato di educazione	Fondamentale	Fondamentale

Del resto, una buona parte delle sostanze di cui si fa abuso sono presenti anche nel mondo dello sport (Tabella 2).

Il CIO messo alle strette. Sembra incredibile, visti i tempi e gli avvenimenti più e meno recenti, ma è stato proprio il massimo organismo mondiale dello sport, il CIO, a dichiarare (vi è stato costretto – da solo non l'avrebbe mai fatto, probabilmente – costretto da un'opinione pubblica che recepiva proclami ma osservava tutt'altro) di trovarsi a fronteggiare – oggi – 4 grandi malesseri, che minano lo sport dalle fondamenta e ne tracciano confini incerti e strade malsicure:

Tabella 2 - Gli elementi costitutivi delle tossicodipendenze e la presenza di droghe nello sport

Farmaco/ sostanza	Tolleranza	Dipendenza psichica	Dipendenza fisica	Psicosi tossiche dose dipendenti	Psicosi tossiche e da assistenza	Presenza nel doping dello sport
Morfina e derivati	+	+	+	–	+	–
Barbiturici ed ipnotici	+	+	+	–	+	+
Cocaina	– +	+	–	+	–	+
Amfetamine	+	+	–	+	–	+
Cannabis (hashish e marijuana)	– ?	+	–	+	–	+
LSD	+ ?	+	–	+	–	– ?
Caffeina	+	+	–	–	–	+
Nicotina	+	+	–	–	–	– +
Alcool	+	+	+	+	+	+

- il *gigantismo* (per esempio, quello delle grandi competizioni mondiali, come i Giochi Olimpici, dove il valore commerciale dell'impresa – stratosferico valore –, sopravanza e soffoca il senso ed il significato dell'incontro per competere senza scontro;
- il *nazionalismo* (per esempio delle nazioni che puntano al successo nello sport, costi quello che costi, per vantare campioni nell'arena delle rivalità internazionali e riscuotere crediti all'estero come all'interno, perché il livello dello sport di un Paese, il numero dei campioni e delle medaglie, costituirebbe – così si dice e si pensa – l'espressione della bontà di un sistema, anche politico, di gestire;
- la *corruzione* (per esempio, quella di alcuni degli stessi membri del CIO, incredibilmente mandati via – nel recente passato – per il diretto coinvolgimento in scandali connessi all'assegnazione dei Giochi Olimpici ad una città candidata piuttosto che ad un'altra;
- il *doping*, infine, sul quale converrà ritornare più avanti con ulteriori accenni, perché non si può, tutte le volte che capita, non fare i conti con questa terribile piaga, che in molti fanno finta di non vedere e moltissimi, per comodità e per ignoranza, cercano di ridurre ai minimi termini, perché – così si esprimono – fenomeno di vertice (ma così, senza saperlo, sono essi stessi a condannare ciò che hanno interesse a salvare: i campioni, i vertici!) e fenomeno contenuto a pochi, sporadici casi. Sarebbero campioni quelli che ricorrono al doping e sarebbero, però, pochi. Ma chi ragiona così (sono davvero in molti) si incammina per un sentiero da cui non si ritorna, pericoloso sentiero dove sarebbe stato meglio non avventurarsi.

Gigantismo, nazionalismo, corruzione e *doping*. Tutti fenomeni comportanti *malpractice*, una “malapratica” e della peggiore specie. Il fatto è che non finisce qui. C'è dell'altro, molto altro, che è in gioco e che ci è più vicino, più alla portata delle nostre osservazioni quotidiane e della nostra possibilità di riflessione.

Sottintende – la *malpractice* – il fallimento nella resa di servizi professionali di cui si è investiti, richiedenti il previo possesso di perizia e di conoscenze specifiche, da applicare con la cautela e la prudenza richieste, nelle diverse circostanze nelle quali ci si può imbattere, da professionisti, da esperti, da responsabili di attività e di funzioni utili per la collettività, da semplici cittadini pur investiti di un compito sociale ed umano, essere padri e madri, essere educatori, essere dirigenti volontari, essere istruttori, essere animatori, essere sponsor, essere mass media, essere arbitri, essere sistema sportivo, essere uomini di Stato, essere atleta praticante ai diversi possibili livelli, fino a quello della competizione di altissimo livello. Vi è tanta *malpractice* nello sport di oggi, e proprio da parte di chi non dovrebbe permetterselo, *malpractice* che uccide con lo sport i valori di cui questo è portatore ed i diritti delle persone.

Qualche dato sul Doping. Bastano pochi dati, pochi numeri e tratti di penna ed il disegno è fatto. Ma quale è la diffusione attuale del doping? Che stime possono essere fatte? Esistono stime preoccupanti sui soggetti che assumono con regolarità sostanze dopanti (Tabella 3) e dati anche essi allarmanti sulle sostanze abitualmente sequestrate dalle forze dell'ordine (Tabella 4).

Tabella 3 - Assuntori abituali in Italia di sostanze dopanti - (Dati e stime di Libera, 2005 - *610.000, secondo i dati raccolti dalle forze di Polizia, della GdF, dei Carabinieri)

Anno	Numero
2003	~ 400.000
2004	~ 450.000*
2005	~ 500.000

Tabella 4 - Sostanze doping abitualmente sequestrate - (Dati e stime di Libera, 2005)

Casi in %	Sostanze sequestrate
81,0 %	Steroidi anabolizzanti
28,6 %	Ormone della crescita
14,3 %	Eritropoietina
16,7 %	Stimolanti

Si guardi, per avere un'idea del mercato e del numero enormemente elevato di soggetti per forza di cose coinvolti, la seguente tabella su alcuni dei sensazionali sequestri di sostanze *doping* effettuati in località dell'Europa (la civilissima Europa).

Tabella 5 - Sequestri celebri in Europa - (Dati e stime di Libera, 2005)

Anno	Località	Sostanze	Osservazioni
1999	Cipro	EPO	Milioni di dosi
2002	Vienna	steroidi	2,5 tonnellate
2002	Bruxelles	steroidi	Nona spedizione
2004	Barcellona	GH, EPO, steroidi, stimolanti	
2005	Madrid	steroidi	Vera rete criminale, 70 arresti, 6 laboratori clandestini, 30.000.000 di dosi da produrre

1. I pronunciamenti delle Assise dello Sport

Nella riunione di Atene del 1999, era stata chiara (tanto chiara nella formulazione di allora, quanto poco applicata in seguito) la denuncia delle Assise europee dello Sport. Bisognava ascoltare e darsi da fare fin da allora: ma si fece poco o niente.

1.1. Assise dello sport dell'Unione Europea (I)

“Le pratiche illegali relative al doping nello sport sono in aumento. La produzione clandestina e il traffico di sostanze anabolizzanti rappresentano ormai un problema di polizia e diversi Paesi hanno già modificato il loro diritto penale per perseguire tali reati. Perché l'azione risulti efficace occorre potenziare il coordinamento a livello di governi, polizie e dogane”.

1.2. Le Assise dello sport dell'Unione Europea (II)

“È necessario combattere soprattutto le cause concrete che contribuiscono alla proliferazione del doping. Ci si deve quindi opporre alla cultura della droga, al permissivismo, all'eccessiva competitività, agli interessi in gioco troppo alti e alla pressione degli sponsor sia commerciali sia istituzionali”.

Certezze, spaventose certezze di oggi. I dati di cui siamo in possesso sono inequivocabili: più atleti si dopano; più giovani si lasciano coinvolgere; non si abbandonano i metodi antichi, già abbondantemente condannati (Tabella 6).

Tabella 6 - Dati di fatto sull'uso di sostanze dopanti nello Sport

Le certezze di oggi relativamente al doping nello sport	
1	Aumenta il numero di atleti che assumono sostanze dopanti
2	Vengono utilizzate sempre le stesse categorie di farmaci
3	Aumenta il numero di giovani coinvolti nel doping

Ma come percepisce il doping la nostra società? Cosa dicono e pensano i nostri addetti ai lavori? Passiamo rapidamente in rassegna il “vissuto di *doping*” nella nostra quotidianità, esaminando i punti di vista (certo, i plausibili, quelli che spesso si osservano, evidentemente senza generalizzare, ma senza nemmeno minimizzare e sottovalutare la profonda ignoranza sul *doping* (e – prima che sul *doping* – sullo sport) delle diverse figure che fanno una società, un popolo, una cultura, un Paese.

2. Il Doping e la famiglia

Si nasce in famiglia, dalla famiglia si ricevono i primi e più importanti insegnamenti:

- ◆ Certo, è fondamentale che la famiglia consideri lo Sport una “cosa” importante e che ne faciliti, incoraggi la pratica, avviando alla stessa i propri componenti (specie bambini, ragazzi, adolescenti...).
- ◆ Alcuni luoghi comuni: Lo Sport è utile, fa crescere bene, toglie dalla strada, previene pericoli di diverso genere, allontana dalla droga (pensate!), fa socializzare, può “far diventare”, ecc.
- ◆ Una frase spesso sentita: “Non dobbiamo esagerare: dov’è tutto questo doping? Solo i campioni di qualche sport ...”.
- ◆ Una affermazione che rivela una buona dose di superficialità ed ignoranza, anche essa spesso pronunciata: “Noi stiamo attenti alla salute dei nostri figli, non siamo mica matti a rischiare la loro integrità (la famiglia non sa che gli “integratori” danneggiano “l’integrità” dell’organismo!)”.
- ◆ Altra stupenda boutade: “In Società c’è un medico che segue i ragazzi; anche l’allenatore ed i dirigenti lo fanno; anche il nostro “medico di famiglia”.
- ◆ Non c’è limite alla non-conoscenza dei fenomeni: “Teniamo alla salute dei nostri figli: vitamine e supporti diversi per contrastare la fatica della scuola e dell’allenamento”.

3. Il Doping e la scuola

Dalla famiglia si passa al mondo della scuola, mondo degli educatori per eccellenza:

- ◆ È considerata modello una scuola (a tutti i livelli) in cui si dia spazio allo Sport e alle competizioni sportive, in cui lo sport entri con la stessa dignità di altre occupazioni della mente e del corpo. Ma quello che risalta è che il fenomeno è sporadico, non è generalizzato, non è sentito da tutti, non è obbligatorio: il movimento dei giovani sarebbe, perciò, meno importante della letteratura, della matematica, della fisica, ecc. ecc.
- ◆ La *mens sana in corpore sano* che si è ripetuto e si ripete ad ogni piè sospinto, la tradizione scolastica, coppe e medaglie conquistate nei decenni, ecc. ecc. hanno un senso? Nella scuola si fa ... scuola di sport? No, non si fa. E nemmeno scuola di antidoping.
- ◆ Il *doping* non riguarda la scuola, così si dice, così ci si esprime nella scuola. Invece, il doping deve riguardare proprio la scuola. Lì devono nascere (visto che non sono nate prima) le basi per la sua conoscenza (del doping) ed il suo rifiuto.
- ◆ I professori dicono: “Abbiamo fatto fare anche una specifica ricerca agli studenti”: utile, bello; ma le ricerche non risolvono i problemi, aiutano, ma bisogna prodigarsi in mille altri modi.
- ◆ Patetiche osservazioni: “Sono tutti ragazzi sani e senza particolari problemi”. Invece, si comincia assai presto, con il doping come con le sostanze d’abuso.

4. Il Doping e la società sportiva

Chi pratica sport, arriva in una società sportiva. Cosa fanno le società sportive per combattere il doping? O si tratta di problema che non le riguarda?

- ◆ È nella Società Sportiva che trova la consacrazione e la più idonea organizzazione la pratica dello Sport. L'associazionismo sportivo ha garantito la diffusione capillare dello sport, perché ha creato le basi della sua pratica regolare e guidata.
- ◆ Abbiamo – dice (ma è solo un esempio) una Società Sportiva celebre – oltre 100 anni di attività alle spalle e ne abbiamo viste diverse di generazioni che si sono formate con lo sport. E ne abbiamo avuti di campioni. Sì, d'accordo, e allora. Questo presente impresentabile?
- ◆ Noi, da sempre, il doping lo combattiamo (solo parole e dichiarazioni formali, di rito e di circostanza oppure anche qualche fatto concreto, qualche confessione, qualche rivelazione, qualche ammissione, qualche denuncia?).
- ◆ Noi siamo contrari (sì, lo dice il 100% degli intervistati, sempre).

5. Il Doping e il dirigente dello Sport

Già, allo sport mancavano i dirigenti, i nocchieri che dirigessero il timone ora qua ora là. Fondamentali, non si discute: ma quanta responsabilità dei dirigenti vi è a proposito del doping nello sport?

- ◆ È il Dirigente che, nei diversi ambiti, ha preso in mani le redini dello sport: lo organizza, lo gestisce, lo modifica, lo adatta, lo interpreta, lo amministra, lo domina come fosse (così egli sente e pensa, in buona fede) una «cosa sua».
- ◆ Io sono – dice (ma anche questo è solo un esempio) l'artefice di un contratto televisivo di molte centinaia di migliaia di euro, che porterà grandi benefici allo sport. E ciò solo in cambio di piccole modifiche ecc. ecc. Lo Sport – a questo punto – mi è debitore, ecc. ecc. Va da sé che piccole modifiche possono rappresentare grandi stravolgimenti regolamentari, di preparazione, ecc. ecc.
- ◆ “Il doping? Certo, esistono aspetti di politica sportiva che non si possono ignorare. Lo spettacolo ha le sue esigenze. Lo *Sponsor* anche ... E poi, una minima parte soltanto ... La struttura e la base dello sport sono pulite e ben salde!” Queste sono alcune delle frasi fatte che, ad ogni pie' sospinto, sentireste pronunciare.

6. Il Doping e l'allenatore, il tecnico, l'istruttore, il preparatore

Sarebbero gli artefici e dovrebbero essere i veri “padroni”, depositari del senso e della pratica dello sport. In realtà, sono addirittura poco riconosciuti dal CIO e dalle istituzioni sportive: conoscete la professione dell'allenatore, regolar-

mente codificata, con un suo Status ed un percorso formativo per accedervi, un proprio codice deontologico, ecc. ecc.? Che c'entra tutto ciò con il doping? C'entra, c'entra!

- ◆ Tutti questi “conoscitori” dello sport e del suo contenuto di “motricità”, utilizzabile ai fini della crescita e dello sviluppo ad alto livello delle capacità di prestazione, sono in grado di forgiare e formare campioni in erba e in assoluto, traendo il meglio dai soggetti (grandi e piccoli) loro affidati.
- ◆ Essi conoscono la anatomia e la fisiologia, la pedagogia e la psicologia, la biomeccanica e l'arte di allenare. Sanno stabilire (così ritengono) il numero dei giorni di allenamento che bisogna effettuare, la durata e i contenuti delle sedute. Sanno (si tratta sempre di un loro pensiero) far entrare in forma gli atleti. Li fanno vincere. Programmano i record.
- ◆ Conoscono le vie maestre per arrivare al grande risultato. Le vie dell'impegno e del sacrificio, della dedizione totale. Giungere al traguardo, possibilmente primi, ad ogni costo, dando se possibile più del massimo.
- ◆ Conoscono anche le scorciatoie. Per questo, molti di loro si considerano (nel senso che essi considerano se stessi) bravi e più furbi degli altri.

7. Il Doping e il medico

Il medico? Ma cosa c'entra l'esperto di ammalati nel mondo dei sani, anzi dei super-sani?

- ◆ Il medico, con le sue conoscenze e la sua formazione, è punto di riferimento sicuro, per genitori, per società e federazioni sportive, per gli atleti di tutte le età e le qualificazioni.
- ◆ I medici possono dirvi quando praticare e che cosa praticare, a seconda del soggetto. Possono indirizzare alla pratica corretta anche i portatori di disabilità, anche le persone affette da patologie croniche (indubbio merito, grande utilità sociale di quest'opera). Possono prescrivere l'esercizio fisico e sportivo, magari moderato, per la terza e la quarta età.
- ◆ E poi sono esperti nell'arte di prescrivere farmaci. C'è un farmaco per ogni problema. Anche un farmaco che “non è *doping*” ma “può aiutare ad arrivare primo”. Solo aiutare, e non fa male! Possono, insomma, fare davvero molto, i medici! Del resto, quasi sempre si comincia così, da qui!

8. Il Doping e il Giudice di Gara

Asettiche e sacrali figure, sono vicine o lontane dallo sport, in realtà?

- ◆ Garantisce, il giudice, il corretto svolgimento ed il rispetto delle regole nello Sport. Senza di lui, non c'è sport.

- ◆ Rende possibile la realizzazione di complessi campionati Sancisce i record e li consegna alla Storia.
- ◆ Ci sono molti tipi di giudici nello sport: messi lì, a salvaguardare lo sport.
- ◆ Il giudice è sacro. Infatti, occorre crederci, perché è proprio così, non sono solo parole. Ma i giudici salvaguardano davvero lo sport? Oppure ad una parte di loro non importa nulla, proprio nulla, con tutte le conseguenze del caso?

9. Il Doping e lo Stato

Già lo Stato, c'è mai stato lo Stato dentro lo Sport?

- ◆ Legifera sullo sport e ne tutela la promozione nella Nazione, in tutti i suoi luoghi. Pone e difende lo sport sul territorio (lo sport o i praticanti lo sport?)
- ◆ Quando sventolano le bandiere e suonano gli inni, lo Stato si inorgoglisce, giustamente. E allora, dai con le strette di mano ufficiali, dai con le tute delle squadre azzurre, dai con le interviste, dai con i proclami, ecc. ecc.
- ◆ “Ma che doping di Stato! Qui, in Italia? Ma siamo matti?” Quanti politici hanno detto così, salvo poi doversi ricredere ...
- ◆ E poi, la gran parte dei nostri campioni, maschi e femmine, fanno parte dei gruppi sportivi militari (gli atleti sono essi stessi lo Stato!). E allora? Far parte di un gruppo sportivo militare tutela dal doping? Se sì, allora via, tutti nei gruppi sportivi militari.
- ◆ “Che bello stringere mani di campioni!” (lo dicono ministri, presidenti, ecc. ecc.). Mani pulite!
- ◆ Mani pulite?

10. Il Doping e i mass media

Quinto potere? Nello sport, primo potere, senza dubbio!

- ◆ Diffondono lo sport, ne amplificano i confini, ne dilatano all'inverosimile gli echi.
- ◆ Dipende da loro quanto e come un atleta, una squadra, vengono conosciuti, “colti” dalle masse dei fruitori (lettori, ascoltatori, osservatori). Essi fanno il pronostico e dietro loro tutto il mondo. Essi giudicano e gli altri ripetono. Essi osannano, essi distruggono.
- ◆ Essi sanno, essi vedono, essi decidono cosa è meglio fare, volta per volta, oggi e poi domani. A favore del buon nome dello sport, ovviamente ...
- ◆ Il “grande campione” che si tolse la vita con una droga faceva vendere milioni di copie di giornali. Epiche le sue imprese. Nessuno notò che erano disumane? Divine? No, ma impossibili per un essere umano. Perciò disumane. A parlarne si sarebbe rotto il giocattolo nazionale e l'incantesimo!
- ◆ Si può decidere di non scrivere di doping, per non far male allo sport!

11. Il Doping e lo Sponsor

Lo sponsor, il bene e il male dello sport:

- ◆ È lo Sponsor che, più di tutti, ha investito nello sport e perciò in parte lo organizza, lo gestisce, lo piega alle proprie esigenze, magari facendo anche la concorrenza al dirigente.
- ◆ “Io sono – così dice – colui che consente al grande atleta di prepararsi a lungo e bene, di competere ad alto livello, di guadagnare, ecc. e che rende possibili le grandi manifestazioni, ivi inclusi i Giochi Olimpici,” ecc.
- ◆ “In fondo cosa chiedo? Che tu, atleta, gareggi e vinci, che sia intervistato, che appaia in TV, che diventi un mito. Tranquillo, pago tutto io! Tranquillo penso a tutto io”. L’atleta non deve, infatti, pensare.
- ◆ A ragion veduta, lo Sponsor, infatti, dice: “io sostengo l’atleta, con i miei danari, io rendo possibile l’allenamento e le gare. E l’atleta lo pago davvero bene”...
- ◆ È così che l’atleta *deve* allenarsi, *deve* essere in forma, *deve* vincere, *deve* fare i record, ecc. Perché è per lui che si fa tutto (!). Lo sponsor allora è davvero un benefattore.

12. Doping e l’atleta

Ah già, l’atleta. Ci stavamo forse dimenticando dello... sport? Perché l’atleta, che piaccia o no, è lo Sport, lo impersonifica, gli dà connotazioni, senso, valori.

- ◆ L’atleta, il grande unico protagonista: è l’atleta che compete, che migliora, che peggiora, che fa i record. È l’atleta che si allena duramente, nei giorni, nei mesi, negli anni. Sull’atleta si puntano i riflettori, si incentrano interviste, si organizzano spettacoli. Emblemi dello sport.
- ◆ Assai spesso, nel bene e nel male, una vita è segnata dallo sport, ne è condizionata. Studi, affetti, carriera, stile di vita, salute, tutto.
- ◆ Lo sport riempie la vita di molti atleti totalmente. È la vita stessa per quegli atleti.
- ◆ I sacrifici chiedono di essere ripagati: gloria, celebrità, danaro, la garanzia di un futuro.
- ◆ In cambio di ciò, anche molti rischi, anche osare, anche superare limiti mai superati Ricorrere a tutto, per superare i limiti!

13. Gli effetti sulla prestazione delle sostanze e dei metodi proibiti

Tra le sostanze e i metodi proibiti indicati nella lista WADA aggiornata al 2007 ci sono:

Agenti anabolizzanti
Steroidi anabolizzanti androgeni
Altri agenti anabolizzanti
Ormoni e relative sostanze affini
Beta-2 agonisti
Agenti ad attività anti-estrogenica
Diuretici ed altri agenti mascheranti

Tra le sostanze proibite prendiamo in considerazione la categoria degli stimolanti psicoattivi, gli steroidi anabolizzanti, i diuretici e gli ormoni.

13.1. Specifica attività degli stimolanti psicoattivi

Le amfetamine sono sostanze stimolanti il sistema nervoso, eccitanti che – nel breve periodo – comportano un miglioramento delle prestazioni ed elevano il morale; in un certo senso, possono essere considerate dei veri e propri stupefacenti e allucinogeni (dimetossimetilamfetamina o DOM, STP; metilendiossiamfetamina o MDA; metilendiossimetamfetamina o MDMA, “ecstasy”), pertanto il loro uso, al di fuori delle prescrizioni mediche e di una chiara indicazione terapeutica, è anche perseguibile penalmente.

Scoperte, come detto, nel secolo scorso, il loro impiego nello sport si è diffuso a partire dagli anni '50. Sono utilizzate soprattutto nel trattamento della narcolessia e nei disturbi da deficit di attenzione con iperattività psicomotoria; nelle obesità gravi, dove pure vengono utilizzate, se ne sfrutta la capacità di inibire lo stimolo della fame.

Le amfetamine sono, in definitiva, sostanze molto efficaci in gara, utilizzate soprattutto negli anni '70. Si sono verificati vari decessi nel mondo dello sport, che sono riconducibili all'uso di stimolanti (amfetamine). Pertanto, essi furono inseriti nel 1967 nella lista delle sostanze doping. Grazie all'adozione di più efficaci controlli antidoping durante le gare, attualmente si utilizzano meno frequentemente.

In molte discipline sportive, si fa ricorso alle amfetamine allo scopo di aumentare l'aggressività, la competitività e la resistenza alla fatica. Quest'ultimo effetto è raggiunto, in quanto le amfetamine permettono proprio di superare la soglia del dolore e della fatica.

La potente stimolazione del sistema nervoso determinata dalle amfetamine comporta un'ampia serie di effetti collaterali: tremori, insonnia, convulsioni, delirio, allucinazioni e psicosi. Possono verificarsi anche disfunzioni del sistema cardiocircolatorio come palpitazioni, angina, aritmie e collasso.

L'interruzione improvvisa dell'assunzione di amfetamine provoca una vera e propria crisi d'astinenza, caratterizzata da depressione, stanchezza e fame smodata.

13.2. Gli effetti sulla prestazione degli steroidi anabolizzanti

In questa classe di sostanze, rientrano due gruppi differenti di molecole dotate di azione farmacologica: gli androgeni e gli steroidi anabolizzanti, cui va aggiunta una terza categoria, quella dei beta-2 agonisti.

Gli androgeni sono considerati comunemente come gli ormoni sessuali maschili (dotati cioè di effetti mascolinizzanti), il cui prototipo è individuato nel testosterone; va tuttavia notato che tale ormone, così come altri di natura steroidea, è prodotto sia nelle gonadi maschili, che in quelle femminili.

Sono detti, invece, steroidi anabolizzanti i farmaci che, pur presentando la struttura steroidea di base degli androgeni, se ne differenziano per un minor effetto mascolinizzante e per un maggior effetto sull'anabolismo organismico, ed in particolare su quello proteico.

Sia i cosiddetti androgeni (questi accanto all'azione androgena specifica), sia i cosiddetti steroidi anabolizzanti presentano un notevole effetto sul "ricambio organico", nel senso che essi agiscono potentemente sull'attività anabolica dell'organismo, consistente in una serie complessa di trasformazioni biochimiche, che utilizzano – a scopo sia energetico sia costruttivo – le diverse sostanze nutritive introdotte nell'organismo con gli alimenti.

Di qui la denominazione di uso comune di sostanze anabolizzanti.

Le sostanze anabolizzanti vengono utilizzate come sostanze dopanti in considerazione di almeno 3 fondamentali effetti "anabolizzanti" che producono sull'organismo:

- quello relativo all'azione generale che hanno sui muscoli scheletrici: provocano lo sviluppo della massa muscolare, sia nei soggetti normodotati sia in quelli con sviluppo deficitario;
- quello relativo alle variazioni indotte nella stessa composizione chimica dei muscoli scheletrici, specie per quanto attiene al contenuto di glicogeno e di elettroliti;
- quello relativo all'azione generale sull'apparato osteo-articolare.

Si tratta, in definitiva, di sostanze ad azione farmacologica che agiscono in maniera simile al testosterone, il più importante ormone maschile (che determina e regola il normale sviluppo fisico e sessuale).

Il loro effetto anabolizzante si riferisce, come detto, alla capacità di stimolare la sintesi delle proteine. Per queste proprietà, esse sono impiegate in terapia medica, nel trattamento delle patologie derivate da un'insufficiente produzione di testosterone o da un'eccessiva distruzione delle proteine. In ambito sportivo, sono utilizzati, come detto, perché in grado di sviluppare in misura considerevole la massa muscolare e di aumentare le capacità di resistenza e di forza dell'atleta.

Gli effetti collaterali degli steroidi anabolizzanti non lasciano dubbi sulla loro pericolosità: rottura dei tendini sotto sforzo, ipertensione, infarto, trombosi, arresto cardiaco, psicosi paranoide, stati maniaco-depressivi e aumento dell'aggressività (questo effetto viene utilizzato nel doping sportivo, in quanto in grado di influenzare la prestazione sportiva). Ancora più devastanti (e frequenti) sono le conseguenze relativamente alla sfera sessuale: diminuzione delle dimensioni e della funzionalità dei testicoli, impotenza e infertilità nell'uomo; acne grave, cisti sebacee, perdita dei capelli, mascolinizzazione irreversibile e alterazione del timbro vocale nella donna.

Possiamo così riassumere, nella tabella seguente gli effetti sull'organismo:

Effetti degli steroidi sull'organismo	
1. sfera genitale maschile	ipotrofia del testicolo, ipertrofia prostatica, stato uremico, nel giovane dapprima aumento di dimensioni del pene e della quantità dei peli pubici e del numero di erezioni, poi oligospermia e azospermia, a volte irreversibili nonostante la sospensione del trattamento
2. Sfera genitale femminile	inibizione gonadotropine ipofisarie (effetti su ovaio), soppressione della maturazione dei follicoli, dell'ovulazione, con atrofia della vagina, dell'utero e della ghiandola mammaria. Comparsa di oligomenorrea (mestruazioni più diradate), ipomenorrea (minore durata della mestruazione e minore entità del flusso), dismenorrea (mestruazione dolorosa), amenorrea (scomparsa della mestruazione). Virilizzazione (timbro baritonale della voce; crescita di peli sul viso, sul torace, sugli arti; cute più spessa ed oleosa; acne; aumento della libido; aumento delle dimensioni del clitoride)
3. funzionalità epatica	stasi biliare con passaggio di bile in circolo (stanchezza, sete abnorme, nausea o vomito, difficoltà digestive, stitichezza, prurito, ittero), alterazione dei valori ematici della bilirubina, della SGOT e della SGPT (transaminasi), della fosfatasi alcalina e degli isoenzimi della lattico deidrogenasi, lesioni pretumorali (per es. peliosi epatica, ovvero cisti ematiche che possono rompersi con possibilità di gravi emorragie, che possono degenerare in adenoma oppure carcinoma epatocellulare)
4. alterazioni della pelle	acne, cute spessa, nelle donne ipertricosi
5. muscoli scheletrici	diminuzione del glicogeno muscolare; ritenzione di sodio, calcio, fosfati, potassio, cloro ed acqua.

Gli steroidi anabolizzanti sono utilizzati, nello sport, fin dagli anni cinquanta, soprattutto nelle specialità sportive che richiedono forza, ma attualmente sono diffusi in tutte le discipline. Sono utilizzati anche nello sport del tempo libero (ad es., nell'ambito del fitness) e per quella che viene definita (erroneamente) attività fisica per una migliore qualità di vita.

Il divieto di utilizzazione nello sport degli steroidi anabolizzanti risale al 1976.

13.3. Gli effetti sulla prestazione dei diuretici

L'azione sostanziale dei diuretici consiste nella loro caratteristica di **favorire l'eliminazione di acqua e sali** dall'organismo. La diminuzione dei liquidi in circolo ha come conseguenza l'abbassamento della pressione sanguigna: per questo motivo, soprattutto, i diuretici sono impiegati in terapia, nella cura dell'ipertensione e dello scompenso cardiaco.

Gli **effetti collaterali** derivanti dall'uso di questi farmaci sono decisamente **gravi**: forte ipotensione, collasso e perdita eccessiva di potassio (che può provocare arresto cardiaco, anemia emolitica, pancreatite e insufficienza renale).

Non v'è dubbio che, in campo sportivo, si faccia un largo uso di sostanze diuretiche, utilizzate per **modificare le caratteristiche ponderali dell'atleta**, laddove il peso definisce la categoria della competizione (pugilato, lotta, per es.)

oppure l'handicap da applicare, ecc. In altri casi (ma specie negli atleti che fanno uso di anabolizzanti), i diuretici vengono assunti per **agire sull'escrezione di vari farmaci e quindi facilitarne l'eliminazione o la diluizione nelle urine in caso di controlli anti-doping**, ecc.

Pertanto, nello sport, dove i diuretici sono nella lista delle sostanze doping fin dal 1988, i tre principali effetti ricercati (che i diuretici sono senz'altro in grado di garantire) si sintetizzano nei seguenti:

- **modifica surrettizia del peso corporeo** (i diuretici a più forte azione sono in grado di portare, in poche ore, ad una rapida perdita di acqua e, pertanto, ad una riduzione del peso corporeo da 1 a 3 kg.);
- **accorciamento dei tempi di eliminazione dei farmaci e delle sostanze dopanti;**
- **diluizione dei farmaci e delle sostanze dopanti precedentemente assunte, per renderne difficile il ritrovamento nelle urine.**

13.4. *Gli effetti sulla prestazione degli ormoni peptidici, delle sostanze mimetiche ed analoghi*

Utilizzazione degli ormoni peptidici e loro analoghi in campo sportivo:

- *Ormone della crescita (hGH)*: da solo o in associazione con anabolizzanti, in sport di forza e nel body building, ma probabilmente anche nella preparazione e durante sforzi fisici di lunga durata (ad es. corse ciclistiche a tappe);
- *Fattori di crescita* (ad es. IGF-1): come per l'ormone della crescita;
- *Eritropoietina (EPO)*: negli sport di resistenza, ma si va probabilmente diffondendo anche in sport con sforzi di minore durata (sport di squadra, mezzofondo);
- *Corticotropina (ACTH)*: durante sforzi fisici di lunga durata (ad es. corse ciclistiche a tappe)

Tabella 22 - Effetti degli ormoni peptidici hCG ed hGH

Ormone peptidico o glico-proteico	Principali effetti come sostanze dopanti nello sport (motivazioni al loro impiego a scopo di doping)
Corticotropina (ACTH)	Regola la produzione endogena di cortisone e cortisolo e può avere effetti eccitanti (euforia). Durante impegni fisici di lunga durata (ad es. corse ciclistiche a tappe)
Gonadotropina corionica (hCG; gonadotropina corionica umana)	È utilizzata dagli atleti per nascondere gli effetti collaterali determinati dall'uso cronico di steroidi anabolizzanti. Nei soggetti maschili promuove la produzione di testosterone
Ormone della crescita (hGH; somatotropina; STH)	Da solo o insieme con anabolizzanti in sport di forza e nel body building, ma anche nella preparazione e durante impegni fisici di lunga durata (ad es. corse ciclistiche a tappe)

Tabella 23 - Effetti dell'ormone EPO dei fattori di rilascio degli ormoni peptidici

Ormone peptidico o glico-proteico	Principali effetti come sostanze dopanti nello sport (motivazioni al loro impiego a scopo di doping)
Eritropoietina (EPO)	L'eritropoietina è l'ormone che stimola la produzione di globuli rossi. Aumenta la capacità del sangue di trasportare l'ossigeno ai tessuti e ai muscoli, garantendo una migliore resistenza agli impegni prolungati e un più rapido recupero fisico. Per questo motivo, è impiegata negli sport "di fatica", come il ciclismo, nei quali ha sostituito la pratica dell'autoemotrasfusione. Non solo negli sport di resistenza, poiché si va diffondendo anche in sport con impegni di minore durata (sport di squadra, corse di mezzofondo);
Fattori di rilascio (e relativi analoghi) delle sostanze sopraelencate	Stessi effetti delle sostanze di cui favoriscono la liberazione

A) Corticotropina (ACTH)

- ◆ È un ormone secreto dall'ipofisi; stimola la produzione, da parte delle ghiandole surrenali, di ormoni glucocorticoidi necessari al mantenimento dell'equilibrio idrico e metabolico. È usata principalmente a scopo diagnostico, per valutare la funzionalità del surrene in particolari patologie. La corticotropina è così denominata in quanto ha la proprietà di interferire funzionalmente con la corteccia (o corticale) delle ghiandole surrenali. Essa produce anche l'effetto di liberare corticosterone dalle ghiandole surrenali: si può affermare che essa regola la produzione endogena di cortisone e cortisolo, incrementando i livelli ematici di corticosteroidi; inoltre può avere effetti eccitanti (euforizzanti) del sistema nervoso centrale.
- ◆ Si tratta di una sostanza che esercita una serie di funzioni sull'organismo umano, coinvolgenti i differenti metabolismi dell'atleta (tra l'altro, incremento della sintesi di glicogeno).

B) Gonadotropina corionica umana (hCG)

- ◆ È una sostanza prodotta dalla placenta; si estrae dalle urine di donne in gravidanza. Favorisce l'ovulazione nelle donne con problemi di infertilità; è usata anche per trattare l'ipogonadismo maschile e, nei bambini, per favorire la discesa dei testicoli nel sacco scrotale in caso di criptorchidismo.
- ◆ Tuttavia, ai gravi rischi che derivano dall'uso di questi ormoni si sommano, in questo modo, anche quelli provocati dall'hCG: trombosi, aumento delle dimensioni delle mammelle, arresto della crescita, aumento e rottura delle cisti ovariche, aumento del volume dei genitali maschili e disturbi psichici.

C) Ormone della crescita (hGH; somatotropina; STH)

- ◆ Questo ormone, detto anche somatotropina, stimola e regola la crescita nell'uomo e nella donna; influisce sul metabolismo degli zuccheri, dei grassi e delle proteine. Il suo impiego terapeutico è di fondamentale importanza per garantire un normale sviluppo nei bambini con problemi di crescita dovuti alla mancanza dell'ormone o a insufficienza renale cronica.

- ◆ La principale caratteristica fisiologica dell'ormone della crescita è quella di stimolare l'accrescimento somatico (del corpo) sia in lunghezza che in grossezza, agendo in senso generale e non selettivamente sui singoli sistemi. Logicamente, questa azione fisiologica è basilare nei giovani in via di sviluppo.
- ◆ L'ormone somatotropo agisce in senso anabolico soprattutto sul metabolismo proteico favorendo, ad esempio, sia il trasporto degli aminoacidi nei muscoli che il loro assemblaggio nella "costruzione" delle proteine muscolari; si determina così un nuovo equilibrio analogo a quello dello sviluppo giovanile.
- ◆ La somatotropina interferisce anche con il metabolismo glucidico, stimolando le cellule del pancreas, organo ghiandolare posto nell'addome e deputato alla secrezione sia del succo digestivo, che di diversi ormoni, tra cui – in particolare – l'insulina.
- ◆ Questa agisce prevalentemente sul glucosio, impedendone la formazione dalle sostanze grasse e promuovendone la sintesi in glicogeno sia nel fegato che nei muscoli.
- ◆ La somatotropina viene quindi utilizzata come doping in quanto presenta degli effetti sia diretti (di natura metabolica) che indiretti (di natura anabolica).
- ◆ L'azione di natura metabolica è inizialmente di tipo insulino-simile con aumentata captazione tissulare sia di glucosio che di aminoacidi.
- ◆ L'effetto anabolico si attua mediante la stimolazione della sintesi di alcune sostanze (le somatomedine) che stimolano la crescita del soggetto incrementando la proliferazione cellulare e la sintesi delle cartilagini.
- ◆ Nella pratica del doping questi effetti, apparentemente favorevoli all'atleta per lo sviluppo delle masse muscolari e per incrementarne forza e [capacità di] lavoro, si realizzano contemporaneamente ad una serie di varie e, talvolta, gravi azioni indesiderate...

Tabella 24 - Effetti dell'ormone hGH sull'organismo

	Effetti dell'ormone hGH sull'organismo
1. alterazioni del metabolismo intermedio	riduzione dell'utilizzo del glicogeno, formazione di corpi chetonici, acidosi del sangue
2. alterazioni somatiche	irsutismo e ginecomastia
3. formazione di anticorpi	con fenomeni di ipersensibilità
4. gigantismo e sindrome acromegalia	più matrice ossea con aumento della statura dell'atleta e possibile ingrossamento di mani, piedi, mandibola e fronte, mascella
5. sindrome di Jakob-Kreutzfeld	in caso di utilizzazione di preparazioni estrattive di ipofisi umana, con ansietà, depressione, riduzione di capacità intellettuali, disturbi della memoria, alterazioni delle personalità, poi disturbi del linguaggio, con progressivo ottundimento e stato confusionale; evolve con disturbi della coordinazione motoria, tremori, stato di mutismo e stato demenziale

D) Eritropoietina (EPO)

- ◆ Si tratta di un ormone prodotto naturalmente dai reni ed attualmente prodotto artificialmente, grazie all'evoluzione dell'ingegneria genetica (eritropoietina ricombinante umana), in maniera da poter disporre di un farmaco molto importante per i malati renali, specie in alcune gravissime patologie, caratterizzate da valori molto bassi di emoglobina, incompatibili con la vita. L'EPO viene utilizzata, a scopo di doping, proprio per stimolare artificialmente la produzione, da parte del midollo osseo, dei globuli rossi, con obiettivo sostanziale il miglioramento della capacità di trasporto di ossigeno fino ai muscoli impegnati nel lavoro e, dunque, delle capacità di resistenza di lunga durata degli atleti. L'EPO è di uso assai comune proprio nelle specialità sportive di durata (ciclismo, sci di fondo, maratona, ecc.), anche a tappe (esempio classico è proprio il ciclismo), dove ha effetti davvero macroscopici sulla prestazione condizionata dal possesso di una elevata potenza aerobica (con grande funzionalità ed efficienza del sistema circolatorio e respiratorio).

Tabella 24 - Effetti dell'ormone hGH sull'organismo

	Effetti dell'ormone EPO sull'organismo
1. emoconcentrazione ed aumento della viscosità	per aumento del numero dei globuli rossi, con rischio di trombosi, all'interno delle cavità cardiache o dei vasi sanguigni e con effetto contrario all'adattamento fisiologico all'esercizio consistente nella emodiluizione (che aumenta il rendimento meccanico della pompa cardiaca e permette di disporre di una ampia riserva di liquidi per la sudorazione, ecc.)
2. danni cerebrali	per aumento delle resistenze vascolari del cervello (invecchiamento precoce, anticipazione delle alterazioni degenerative età-dipendenti, ecc.)

E) Fattori di rilascio (e relativi analoghi) delle sostanze sopraelencate

- ◆ Fattori di crescita insulino-simili (ad es. IGF-1): valgono le stesse considerazioni fatte per il GH.
- ◆ Il fattore di crescita insulino-simile (IGF-1) è prodotto dal fegato e serve a regolare l'azione dell'ormone della crescita.

Sotto la denominazione di beta bloccanti sono compresi un gruppo di farmaci, soggette – nello sport – a restrizione di uso, in grado, sostanzialmente, di diminuire la forza e la frequenza delle contrazioni cardiache e, quindi, il lavoro globale compiuto dal cuore.

Si tratta di sostanze che sono utilizzate principalmente per il trattamento dell'ipertensione, ma che si rivelano utili anche nell'angina *pectoris*, nell'infarto e negli stati ansiosi in generale.

Sono utilizzati a scopo di *doping*, in quegli sport nei quali una frequenza cardiaca elevata, causata da tensione nervosa o dallo stesso impegno fisico, può comportare lo scadimento della coordinazione e, perciò, della precisione del ge-

sto atletico (un esempio classico può essere rappresentato dal tiro a segno). Va da sé che il rallentamento del battito cardiaco sotto sforzo, con sistemi artificiali, è sconsigliabile, perché contrario al fisiologico aggiustamento della funzionalità cardiaca sotto sforzo, oltre ad essere proibito: si può andare incontro, infatti, a fibrillazione e arresto cardiaco.

Il ricorso a questi farmaci nello sport, pertanto, non è assolutamente giustificabile; sotto controllo medico, potrebbe essere previsto solo nel trattamento di atleti ipertesi.

14. In sintesi

Problema chiave: la cognizione di causa e la specifica competenza per parlare di un determinato fenomeno. Ma queste diverse figure che, ciascuna per quello che le compete, organizzano, legiferano, promuovono, consigliano, orientano, difendono, praticano lo sport, ecc.; queste diverse figure saprebbero rispondere correttamente alla domanda: “CHE COSA è davvero il *DOPING* nello SPORT?” e cosa è il rischio *doping* nello sport? Che cosa fanno, davvero e concretamente, per difendere il presente ed il futuro dell’atleta?

Si può agire su qualcosa che non si possiede? Ovvero, si può agire bene su qualcosa che si possiede male? Perché – non dovrebbero esserci dubbi – si può agire su un fenomeno solo se lo si conosce bene, veramente e a fondo.

Insomma, tutte le figure cui abbiamo fatto riferimento hanno mai riflettuto, hanno risposte certe? Ed anche se avessero riflettuto e però non hanno risposte certe, perché operano con sicurezza nel mondo dello Sport, con assolute certezze, disinteressandosi del rischio doping?

E allora, ammesso che, in buona fede, non si conoscano problemi (di cui, in realtà, non si può non essere a conoscenza), per quale motivo, perché:

- La famiglia è la prima, assai spesso, a consigliare e ad accettare i farmaci nello sport, perché il proprio figlio possa “arrivare” e possa “diventare”?
- La scuola, in tutti gli ordini e gradi, non affronta in maniera istituzionale questa che è una delle grandi piaghe della società di oggi?
- La società sportiva è quanto meno tollerante sul *doping*, mai convinta avversaria (se non a parole)?
- Il dirigente dello Sport spesso distorce completamente una realtà, lo sport, di cui ignora i valori che ne hanno ispirato la nascita?
- L’allenatore non ha mai vie di mezzo: o propone carichi di lavoro elevati e l’allenamento quotidiano ed anche più che quotidiano oppure prospetta (o aiuta a prospettare) una scorciatoia per arrivare primi? Qualcuno anche sostituendosi al medico?
- Il medico, servendosi della scienza medica, ha l’abitudine di “prescrivere” farmaci in un campo che con quello medico non ha niente a che fare?
- Il giudice giudica il superfluo e invece tollera l’affronto al cuore dello sport?

- Lo *sponsor* ritiene (manifestandolo con i suoi comportamenti) che lo sport o è *business* (con le sue “chiare” leggi) o è destinato a morire?
- Lo stato fa davvero poco per garantire uno Sport davvero pulito dall’imbroglio e dal *doping*?
- I mass media osannano spesso i falsi miti e non sanno mettere in luce i valori dello sport, con l’aggravante di orientare la maniera di pensare di milioni di persone?
- L’atleta spesso vende corpo ed anima per qualcosa che non serve davvero alla vita?

C’è bisogno di lottare! Ma se provassimo a contarci? Quanti ci stanno davvero, a fare una guerra vera e senza quartiere al doping e alle diverse maniere che il doping ha di porre radici e di prosperare negli ambienti dello sport? Eppure, quanti sarebbero interessati, istituzionalmente, alla lotta al *doping*.

La formazione dell'operatore della salute nella prospettiva psico-educativa

Sofia TAVELLA - Università "Carlo Bo", Urbino

1. Collocazione e significatività del tema

Il tema/problema che dà il titolo al progetto e che affronteremo si colloca nel cuore della psicologia della salute, vale a dire in ciò che riguarda l'agente dell'azione salutare.

Nella situazione attuale, la rilevanza dell'argomento è notevole, come emerge anche dalle seguenti considerazioni:

- le situazioni di disagio rappresentano una causa significativa di mortalità (Glanz et alii, 1990);
- la ricerca di benessere-salute, come esperienza personale condivisa, appare un desiderio sempre più intenso e centrale;
- la prevenzione-promozione della salute si dimostra la scelta più economica nella gestione delle risorse umane e delle situazioni problematiche di comunità (Russell, 1986);
- la salute appare come un valore in se stessa (Russell, 1986);
- infine, le persone non nascono con la scienza-esperienza della cura della salute. Di conseguenza, si mostra opportuna e/o necessaria la presenza di un operatore della salute che agisca come mediatore, facilitatore e operatore di benessere-salute.

2. Esperienze e proposte di formazione dell'operatore della salute

La formazione assume alcune note caratteristiche come le seguenti:

- capacità dell'operatore di saper comunicare e progettare in modo efficace;
- capacità di creare luoghi di incontro in cui sia possibile "apprendere ad apprendere": favorire scambi di informazione, di conoscenze e di esperienze per un arricchimento reciproco;
- ricerca di punti chiave della relazione educativa, delle competenze necessarie per lo svolgimento del proprio lavoro e dell'integrazione da attuare tra la parte organizzativa e quella operativa sul territorio (capacità di lettura delle esigenze del territorio, in termini di risorse da promuovere e vincoli da rimuovere);
- aggiornamento e formazione permanente.

La formazione è concepita (Palmonari, 1996) e attuata come un processo a cui concorrono sia un sistema informativo (inteso come un insieme di istruzioni, regole, tecniche, linguaggi e procedure) sia un sistema operativo. Di questo processo possono essere evidenziate quattro fasi:

- analisi dei bisogni: il progetto deve risultare il più aderente possibile alle necessità manifestate dai destinatari;
- progettazione: strutturazione dell'impianto teorico, metodologico e operativo-organizzativo su cui si reggerà l'azione formativa vera e propria;
- azione formativa: messa in atto del progetto con la flessibilità necessaria per adattarlo alle esigenze del contesto e dei destinatari;
- valutazione dei risultati: verifica della misura in cui sono stati raggiunti gli obiettivi previsti.

3. Il ruolo dell'operatore

Accenniamo a due prospettive nel concepire il ruolo dell'operatore che possono rappresentare due momenti di passaggio nello studio del tema, e che hanno delle implicazioni nella formazione di questa figura professionale.

Un primo momento è rappresentato dal passaggio da una concezione negativa a una positiva della salute. Si possono cogliere alcuni approcci nella considerazione del problema della salute. Ne accenniamo due:

- approccio negativo: la salute è concepita come assenza di malattia (si tratta del cosiddetto modello medico), la persona sana è quella che non è sotto trattamento o ospedalizzata (si tratta di una concezione necessaria ma non sufficiente per una concezione completa della malattia mentale);
- salute come stato: l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) propone come concetto di salute uno stato di benessere biofisico, mentale e sociale. La salute è considerata come una risorsa per la vita di ogni giorno.

Nella prospettiva dell'operatore della salute, l'oggetto di studio e di azione non è la salute (promuovere la salute), ma la persona sana (facilitare il fatto che la persona raggiunga la massima realizzazione delle sue potenzialità a livello individuale e comunitario). In questo senso ogni operatore della salute ha come punto di riferimento la persona, per ottimizzarne la salute utilizzando le proprie competenze in interazione con quelle degli altri operatori.

Potremo affermare che è possibile concepire la psicologia come la scienza che studia la persona umana in funzione dell'ottimizzazione del suo sviluppo lungo l'arco della vita, e che tende verso l'ottimizzazione delle sue risorse.

Nella prospettiva dell'operatore della salute, l'oggetto di studio e di azione non è la salute (promuovere la salute) ma la persona sana (facilitare il fatto che la persona raggiunga la massima realizzazione delle sue potenzialità a livello individuale e comunitario). In questo senso, ogni operatore di salute ha come punto

di riferimento la persona, per ottimizzarne la salute utilizzando le proprie competenze in interazione con quelle degli altri operatori.

4. Metodo e contenuti nella formazione dell'operatore

Il modello di riferimento utilizzato è quello dell'apprendimento esperienziale teorizzato da Kolb e Fry. Secondo tale modello, il percorso di apprendimento deve comprendere quattro fasi fondamentali che sono:

- esperienza concreta: raccolta dell'esperienza "qui e ora" dei partecipanti;
- osservazione riflessiva: raccolta dei dati e delle osservazioni sull'esperienza realizzata;
- concettualizzazione astratta: raccolta e analisi delle conclusioni ricavate dall'osservazione riflessiva, tali da poter essere generalizzate;
- sperimentazione attiva: modificazione del comportamento e scelta di nuove esperienze in cui applicare le abilità in via di acquisizione.

In sintesi, l'esperienza immediata è la base per l'osservazione e la riflessione. Le osservazioni sono integrate in una teoria dalla quale è possibile ricavare nuove implicazioni per l'azione. Tali implicazioni di azione servono come guida di azione per creare nuove esperienze.

Presentiamo un adattamento del modello esperienziale composto di quattro fasi che riteniamo possa rispondere in modo adeguato allo scopo della formazione in quanto aggiunge un momento di verifica all'interno del processo di apprendimento.

1. Esperienza personale: il processo di apprendimento, per essere efficace, deve partire dai fatti concreti, in modo da incrementare la motivazione e il coinvolgimento dei partecipanti. Questa fase si realizza attraverso un'esperienza educativa concreta;
2. Riflessione guidata: dopo aver fatto un'esperienza concreta, è necessario che i soggetti in apprendimento riflettano in gruppo su di essa e sulla maniera in cui l'hanno affrontata, in modo da promuovere la loro auto-esplorazione;
3. Sperimentazione personale: consiste nella verifica dei concetti in una nuova situazione esperienziale, al fine di generalizzare i contenuti appresi nelle situazioni di vita reale. La sperimentazione si compie tramite esercizi pratici sulle abilità oggetto degli incontri e attraverso l'assegnazione di compiti a casa;
4. Verifica costante: è un momento di valutazione e auto-valutazione all'interno del processo di formazione, che consente di monitorare continuamente l'andamento del programma che viene svolto, e che si attua attraverso il feedback continuo e reciproco del gruppo ai conduttori e dei conduttori del gruppo.

I processi di apprendimento che sollecitano il coinvolgimento personale risultano molto utili per l'acquisizione e il potenziamento di competenze e modalità comportamentali efficaci nell'azione educativa.

5. Come prendersi cura del corpo: la relazione di aiuto

La relazione di aiuto è un incontro tra due persone in cui una delle due deve essere assistita per adattarsi ad una situazione che normalmente provoca disagio, conflitto e sofferenza. Il termine “aiutare” può far supporre una relazione unilaterale: da un lato una persona debole, dipendente dall'altra, che non è capace di assumersi la responsabilità di farsi carico della propria vita e della propria sofferenza e, dall'altra parte, una persona equilibrata, autonoma, che offre il suo aiuto. Obiettivo della relazione di aiuto è una crescita e uno scambio reciproco.

Per conseguire questo obiettivo è necessario prestare attenzione ai bisogni del paziente, accogliendo con amorevolezza e in maniera empatica anche le sue paure e impegnarsi valorizzando le proprie qualità umane e le proprie competenze.

5.1. L'attenzione

L'attenzione si riferisce al modo nel quale l'operatore sta con il paziente a livello fisico e psicologico. Ci possono essere diversi livelli di attenzione verso il paziente che riguardano:

- La microabilità
- I linguaggi del corpo
- La presenza

5.1.1. Le microabilità

Le microabilità comprendono:

- Posizione aperta
- Inclinazione verso l'altro
- Contatto degli occhi
- Rilassamento

5.1.2. La Comunicazione Non Verbale (CNV)

La CNV (Comunicazione Non Verbale):

I messaggi verbali costituiscono solo una parte limitata della comunicazione interpersonale. I messaggi non verbali, sovente ignorati, non svolgono di fatto rispetto ai messaggi verbali una funzione ancillare, in quanto essi hanno un ruolo particolarmente significativo in riferimento alla trama degli scambi emozionali e alla definizione di sé.

Ogni comunicazione avviene su due piani: analogico e digitale. La comunicazione digitale è quella verbale; la comunicazione analogica è quella non verbale. Le categorie analogiche che di norma caratterizzano l'alfabeto della comunicazione non verbale sono: lo spazio (prossimità e orientazione), il tempo, i gesti, i movimenti, la mimica, lo sguardo, la scelta dei colori per l'abbigliamento.

Si comunica con tutta la persona. Tutto il comportamento dice; si dice sem-

pre; perfino il silenzio è eloquente e può fare capire tante cose. Specialmente nel primo incontro, quello fra sconosciuti, si fa un'attenta lettura degli elementi di questo linguaggio quanto mai espressivo: i gesti, la voce, le mani, la posizione del corpo, il modo di parlare, gli stessi errori, lo sguardo, i silenzi, ecc. Si osservano attentamente questi elementi non verbali, ma eloquenti; si lasciano affiorare le ipotesi interpretative, si cercano conferme alle ipotesi, si vuole capire chi si ha davanti, con chi si ha a che fare, che cosa pensa di noi, come dobbiamo comportarci.

Il corpo offre una grande ricchezza di vocaboli, di dettagli significativi, che ci permettono di conoscere la persona di fronte a noi nel modo più ampio possibile. Non è del tutto esatto dire che l'uomo ha un corpo; è più preciso dire che l'uomo è anche il suo corpo perché il corpo non è un involucro, ma parte essenziale. Per mezzo del corpo ci si espone a sé e agli altri, si sta con gli altri, ci si dona in quel dono sostanziale di sé che è l'amore.

La parola rimane il veicolo comunicativo per eccellenza, il sistema simbolico sovrano quando si vuole trasmettere concetti o cultura, ma il linguaggio corporeo è il luogo privilegiato per la manifestazione dei sentimenti e dell'universo emotivo della persona.

Una persona rivela veramente se stessa non quando informa sui fatti o comunica ciò che sa, ma quando rivela i suoi sentimenti, quando pronuncia le parole: gioisco, piango, odio, amo, desidero, perdono, ecc. I sentimenti sono il nucleo centrale della vita di una persona, ciò che si protegge con tutti gli accorgimenti e che si rivela soltanto a qualcuno. Qui il dialogo cambia nome e si chiama confidenza. Si scende insieme nella stanza più segreta del proprio essere nella quale si ha un gran bisogno di portare qualcuno. Qui avviene lo svelamento schietto di se stessi. È a questo livello che si ha la comunicazione aperta o totale nella quale si parla nell'autenticità del suo essere e non si rappresenta all'interlocutore come davanti a una platea.

5.1.3. Le funzioni della CNV

La funzione primaria della comunicazione analogica è quella di comunicare rapporti in quanto tali (*pragmatico-relazionale*), ossia di influenzare in modo significativo i comportamenti altrui. La comunicazione non verbale è in grado di influenzare il comportamento altrui in modo maggiore della comunicazione verbale.

Altra funzione della CNV (Comunicazione Non Verbale) è quella *espressiva*. Se il verbale è il canale privilegiato per inviare informazioni sul mondo, il non verbale, essendo meno assoggettato al controllo cosciente è il canale più efficace e diretto nel comunicare stati d'animo e emozioni. Con le parole informiamo l'altro di ciò che sappiamo, mentre con il corpo lo informiamo, anche se in modo non intenzionale, di come siamo e di come ci sentiamo.

La CNV svolge anche una funzione di *integrazione, completamento e sostituzione del linguaggio verbale*. Il soggetto mentre parla con gli organi vocali muove le mani, la testa, sorride, ossia parla con tutto il corpo, cosicché i mes-

saggi verbali vengono potenziati o sottolineati, chiariti o arricchiti, distorti o modificati oppure contraddetti.

La comunicazione non verbale non solo consente di ampliare la comprensione dell'interazione sociale ma fornisce messaggi circa l'immagine sociale (*funzione valutativa*), la personalità nei suoi tratti distintivi e con disturbi del comportamento di ogni singolo individuo. Scrive Roland Barthes (1984): "Io posso fare tutto con il mio linguaggio, ma non con il mio corpo. Ciò che riesco a nascondere con il mio linguaggio, il mio corpo lo dice. Posso modellare a mio piacimento il mio messaggio, ma non la mia voce. Qualunque cosa essa dica, dalla mia voce l'altro si accorgerà che ho qualcosa. Sono bugiardo, ma non so recitare. Il corpo è un bambino cocciuto, il mio linguaggio è un adulto molto evoluto".

Esistere è occupare uno spazio. Scrive U. Galimberti (1983): "Lo spazio che percorriamo è lo spazio della prossimità e della distanza, dell'unione e della separazione, dell'essere vicino o lontano dall'altro". Ognuno a seconda del proprio modo di porsi in relazione può percepire lo spazio vicino o distante, chiuso o aperto, sicuro o soffocante, pieno o vuoto, luminoso o scuro. Per alcuni la vicinanza può essere rassicurante, per altri invadente. Ogni interpretazione dello spazio vissuto va contestualizzata al tipo di relazione che intercorre tra gli attori del processo comunicativo.

5.1.4. Il movimento

Il movimento può essere riconosciuto sia nella sua funzione intenzionale che nella sua funzione espressiva. Non vi è alcun movimento umano che non sia un movimento nel cammino della vita, che non sia un "dirigersi verso" o un "allontanarsi da", che non sia un orientarsi tra e verso le cose del mondo. Ogni movimento non trova senso in se stesso ma nella singolarità della presenza del soggetto che si muove. Il camminare è una delle coordinazioni di base della motricità umana che ha un'ampia valenza espressiva. Il modo in cui un soggetto cammina, dice molte cose su di sé; se tende ad avere un contatto con il suolo con una spinta forte del tallone, tanto da rendere rumoroso il suo incedere, possiamo pensare ad un individuo che propende ad affermarsi o dominare, mentre se tende a trascinare i piedi, si può supporre che manchi di dinamismo e si lasci trascinare dagli eventi piuttosto che dominarli.

Il camminare "a trampoliere" o "saltellando" ci dà l'idea di un soggetto che manca di concretezza, che è sempre sospeso e poco incline a valutare con sufficiente realismo gli effetti delle azioni che intraprende.

L'osservazione del camminare non concerne solo il modo in cui il soggetto prende contatto con il suolo, ma deve tener conto anche di altri aspetti. Un individuo che "guarda la vita con fiducia" procederà con passo sicuro e con lo sguardo volto in avanti, mentre "chi ha perso ogni speranza" tenderà a procedere con indecisione e con lo sguardo rivolto verso il basso.

È interessante inoltre osservare il modo di camminare in relazione agli altri. Possiamo precederli, oppure seguirli, accompagnarli, possiamo restare indietro,

imboccare false strade, distanziare qualcuno. Tutto ciò può esprimere il nostro desiderio di essere indipendenti o solidali, passivi o competitivi.

5.1.5. La mimica

Afferma Pual Ekman: “Il volto è l’unico fatto sociale che riflette con precisione la nostra esperienza soggettiva”. Esso attraverso i movimenti delle sopracciglia e della fronte, i mutamenti della posizione degli occhi, l’uso del sorriso, la fisiognomica, esprime in modo difficilmente controllabile le emozioni, gli atteggiamenti interpersonali e i tratti di personalità.

La fisionomica, ossia la mimica acquisita, rappresenta quegli atteggiamenti vissuti e quei sentimenti che si sono cristallizzati nel volto, fino a diventare caratteristiche distintive della persona stessa, come i cosiddetti “solchi del malumore” attorno alla bocca e le rughe della tristezza, sovente presenti anche in persone che abitualmente dichiarano di non percepire affatto tali stati d’animo. Da un punto di vista espressivo possiamo individuare tre fondamentali aree o zone del volto:

– l’*area frontale*, che comprende la fronte dall’estensione dei capelli fino alle sopracciglia ed è funzionale in particolare a commentare le procedure del discorso in atto. La fronte con le sopracciglia risulta la sede di movimenti difficili da falsificare, in quanto tali produzioni mimiche sono l’effetto di segnali molto veloci e pertanto poco controllabili. Preoccupazione, apprensione, terrore compaiono immediatamente attraverso il ravvicinarsi e sollevarsi delle sopracciglia. Darwin chiamava il muscolo che abbassa e avvicina le sopracciglia “muscolo della difficoltà”; di fatto sia il sollevare un oggetto pesante che la soluzione di un complicato problema, o l’essere perplessi su qualche cosa comporta un abbassamento e avvicinamento delle sopracciglia. Le pieghe orizzontali che in alcune circostanze compaiono sulla fronte insieme ad una semichiusura degli occhi, starebbero ad indicare una forte concentrazione su qualche cosa, mentre le pieghe verticali sarebbero funzionali a segnalare la nostra attenzione al discorso in atto.

– l’*area mediana* che è rappresentata dagli occhi e riassume in particolare le molteplici funzioni del comportamento visivo. Gli occhi, come sede principale dell’area mediana rappresentano un elemento unico e fondamentale per avere informazioni sia su come il soggetto si rapporta con la realtà esterna sia su come vive la propria realtà interna. La maggior parte dei sentimenti come l’amore e l’invidia possono essere immediatamente rintracciati osservando lo sguardo del nostro interlocutore.

Lo sguardo svolge le seguenti fondamentali funzioni: 1) riconoscimento; 2) regolazione delle relazioni interpersonali; 3) attrazione reciproca come componente di intimità. La funzione di riconoscimento è particolarmente evidente con i bambini piccoli, i quali si sentono altamente riconosciuti se l’adulto li guarda negli occhi. Guardare una persona significa rivolgersi a lei, prenderla in considerazione. Guardare è un modo di chiamare l’altro, è un invito a stabilire l’inizio di una relazione, un invito che può causare interesse, desiderio, imbarazzo o rifiuto.

Si è osservato tramite ricerche sperimentali che l'ascoltatore che non guarda dà un'impressione di rifiuto o di indifferenza o di sottomissione, mentre uno sguardo troppo intenso può dare l'impressione di qualcosa di negativo. In generale possiamo dire che il contatto visivo trasmette all'altro fiducia, interesse e infonde sicurezza; ma se tendiamo a fissare colui con il quale interagiamo in modo stereotipato e immobile, il nostro sguardo può essere percepito come un segno di invadenza, soprattutto se il nostro interlocutore è particolarmente timido o non ha ancora stabilito con noi un rapporto di fiducia. Nel mantenimento del contatto visivo vi è una differenza tra chi ascolta e chi parla. Chi parla è meno veicolato al mantenimento del contatto visivo, poiché in lui il distogliere lo sguardo per rivolgerlo in altre direzioni può rappresentare un necessario spazio per concentrarsi e guardarsi dentro, ma chi ascolta dovrebbe impegnarsi a non perdere il contatto visivo con il proprio interlocutore, fatto salvo che ciò non crei eccessivo imbarazzo e disagio.

– l'*area inferiore*, che comprende il mento, il naso e la bocca e riassume in particolare la funzione del sorriso. La bocca è un organo con cui si riceve e si espelle, si lascia entrare e uscire messaggi, si intromettono o si liberano espressioni. Un acuto desiderio di conoscere, capire, comunicare si accompagna sovente all'atto di aprire parzialmente la bocca. Il mento di solito viene percepito in relazione alla capacità di affermazione-dominio. Il mento proteso in avanti può indicare una tendenza a dominare gli altri, a patto che tale protensione non si associ al mantenimento della testa inclinata verso il basso e ad un debole volume della voce. In quest'ultimo caso il significato che assume non è lo stesso, giacché tali segni contraddicono la protensione del mento, indicando un senso di inferiorità e un bisogno di sottomissione. Uno degli aspetti più interessanti relativo agli studi sulla comunicazione del volto è l'effetto del sorriso. Il sorriso è un indicatore di effetti positivi (felicità, tenerezza, piacere) e indice di una reale disponibilità a conciliarsi con l'altro. L'incapacità di sorridere è un evidente segno di chiusura.

5.1.6. La gestualità

La gestualità è la "parola carnale" che rappresenta le mie intenzioni sul mondo degli oggetti e degli altri, dice Galimberti. Definiamo gesto qualunque azione che rende visibile la mia presenza all'altro. Secondo Kendon il gesto svolge due tipi di funzione: una psicologica e una comunicativa. Si parla di funzione psicologica quando il gesto è diretto ad esprimere stati d'animo, emozioni, rappresentazioni interne dell'emittente in modo non intenzionale. Si parla invece di funzione comunicativa quando il gesto risulta un atto intenzionalmente prodotto per informare e convincere il destinatario di qualcosa. È comunque evidente che lo stesso gesto può svolgere entrambe le funzioni. In alcuni casi, il gesto ha un suo significato autonomo, ponendosi in sostituzione del verbale (come ad esempio il saluto), ma nella maggior parte delle situazioni esso si rivela come un mezzo per completare o integrare ciò che viene detto con le parole.

A seconda dell'uso più o meno deliberato che l'emittente fa dei gesti e degli effetti di questi sul ricevente e del significato che essi assumono all'interno della interazione comunicativa possiamo individuare la seguente tipologia di gesti:

- *gesti simbolici o emblematici*: vengono usati intenzionalmente al posto delle parole e pertanto assumono uno specifico ed autonomo significato che risulta condivisibile solo da persone appartenenti alla stessa cultura. Si pensi a certi gesti usati per salutare (scuotere la mano) o per dileggiare (fare le corna);
- *gesti illustratori*: vengono usati nel corso della comunicazione verbale per punteggiare, accentuare, completare, ampliare i contenuti di quanto viene detto con le parole;
- *gesti espressivi o indicatori dello stato emotivo o che esprimono atteggiamenti interpersonali o verso se stessi*: sono segnali di solito di un'emozione, di un sentimento e di un atteggiamento interpersonale che il soggetto alle volte vuole celare ma che il suo corpo a sua insaputa svela. Tra questi ricordiamo, ad esempio, il battere il pugno sul tavolo in segno di rabbia, il coprirsi il volto per la vergogna, il toccarsi il naso per il timore di essere scoperti nella menzogna o un modo particolare di incrociare le braccia quando ci si sente aggrediti da un interlocutore;
- *gesti regolatori o correlati all'eloquio*: sono prodotti da entrambi gli interlocutori sia per mantenere il flusso della conversazione sia per regolare il tempo degli interventi (come per esempio, l'annuire con il capo per sollecitare l'interlocutore a proseguire il suo discorso, oppure l'alzare le mani per interromperlo);
- *gesti adattivi o di manipolazione di sé*: vengono appresi nell'infanzia e rappresentano un modo inconsapevole di adattarsi al messaggio altrui o di soddisfare i propri bisogni. Si pensi, ad esempio, a certi gesti di autoprotezione come il chiudere le gambe incrociate tra le proprie braccia o l'accarezzare con il palmo della mano ripetutamente il mento, o a certi gesti autoadattivi di chi si concentra sul discorso dell'altro reggendosi la testa con l'indice appoggiato sulla tempia e il pollice sulla guancia;
- *gesti rivelatori*: che possono essere o non essere in armonia con il messaggio verbale. Un soggetto, ad esempio, che mente pur dichiarando di dire la verità, può portare inavvertitamente la mano alla bocca o bloccare gli arti superiori nella posizione in cui questi si trovano nel tentativo di evitare di essere tradito dalle proprie emozioni.

Ci sono gesti che rendono più convincente un discorso di quanto possano fare le parole. Vi sono gesti che attirano l'attenzione, altri che l'allontanano, gesti che trasmettono fiducia, altri che incutono paura e diffidenza. La gestualità delle mani offre molte informazioni circa l'interazione verbale tra i parlanti. L'indice teso o la mano ad artiglio indicano atteggiamenti di ostilità e dominio nei confronti dell'interlocutore, le mani con le palme rivolte verso l'alto segnalano un bisogno di conciliazione.

6. Comunicazione sana

Ogni comunicazione tra due persone è caratterizzata paradossalmente dalla triangolazione. In altre parole si è sempre in tre: io, l'altro e il legame che ci unisce. Anche quando la comunicazione coinvolge una platea di persone. Sapere individuare tale rapporto e dargli un nome sono i primi presupposti del buono stato di salute di una relazione.

Una sana relazione interpersonale è quella in cui le persone sanno “darsi il cambio” a seconda delle circostanze e delle problematiche. Ciò è possibile se non c'è rigidità di ruoli e di funzioni, se si accetta la centralità della relazione e non dei contenuti e degli obiettivi.

Nei rapporti interpersonali, soprattutto a livello di intimità, non si può esercitare un'influenza dall'esterno. L'importante, in campo educativo, è non confondere influenza e potere, influenza e dominio, interdipendenza e schiavitù. Io posso suggerire senza imporre, comunicare il mio pensiero senza volere convincere, prendere posizione di fronte alle persone in una relazione. La persona, deve cioè, correre il rischio di affermare se stessa, esprimendo desideri propri, progetti personali, idee simili o diverse da quelle altrui, senza imposizioni e senza mascherarsi dietro i ruoli.

Non si può vivere una sana relazione se non si sa chiedere, dare, ricevere e rifiutare. Avere il coraggio di chiedere esponendosi al rischio proprio delle risposte che si possono ricevere è un compito evolutivo fondamentale. È molto importante insegnare a chiedere, in modo che la richiesta risulti veramente diretta e chiara. Qualche volta si ha paura a chiedere ciò che si vuole. Si preferisce che l'altro intuisca, indovini, colga il nostro pensiero. Nella relazione è anche importante il dare. Non è un dare qualsiasi, ma è un dare che presuppone il fatto di sapere soffrire, senza aspettarsi qualcosa in cambio. Si può dare gratuitamente senza condizionare chi riceve. C'è un dare che arricchisce il ricevente, e c'è un dare che tende prevalentemente a gratificare colui che dà. Non è tanto il dare che è importante, quanto la finalità, l'intenzionalità che guida tale comportamento. Altrettanto importante è l'abilità del ricevere – che esige un'apertura atta ad accogliere ciò che è buono, senza preconcetti rispetto alle intenzioni di chi offre – insieme a quella del rifiutare, cioè alla capacità e facilità di rifiutare non la persona, ma ciò che viene da lei. Avere il coraggio di dire non per se stessi. Tali atteggiamenti interpersonali corrispondono alle principali modalità comunicative messe in atto in ambito relazionale e che possiamo sintetizzare in due fondamentali atteggiamenti quali: l'atteggiamento di difesa e di fiducia. L'atteggiamento di difesa è proprio dell'uomo e dell'animale in genere quando avvertono la presenza di un pericolo, quando hanno la sensazione che minaccia il proprio essere o qualche bene necessario alla vita. È proprio l'incontro con l'altro l'esempio più eclatante di questa minaccia. La paura dell'altro è la ritrosia a condividere lo spazio perché incontrare è sempre perdere il centro; è il disagio di dover condividere attenzione e affetto; incontrare è sempre un uscire da se stessi. La paura dell'altro è la paura di scoprirsi di essere conosciuti nella verità, quella vera che

comprende anche i limiti. È il rischio di incontrarci con una persona inferiore o superiore a noi dal cui confronto usciamo vincenti o perdenti. Chi vive l'incontro con l'altro con questo atteggiamento è sospettoso, diffidente, chiuso, pauroso. Diffidare è proprio l'opposto di fidarsi. La fiducia consente un dialogo più aperto ed espressivo perché le energie di chi adotta questo atteggiamento sono disponibili per la creatività. La creatività è espansione libera di se stessi, capacità di meravigliarsi, di vedere con occhio nuovo le vicende quotidiane. Chi è capace di fidarsi è capace di dialogare e di comunicare.

7. L'ascolto Attivo

Il dialogo presuppone l'ascolto. Non c'è dialogo se non c'è ascolto, senza il nostro impegno a comprendere quanto l'altro ci vuole comunicare. Per ascolto non intendiamo il semplice tacere per permettere all'altro di parlare. Non si ascolta con le orecchie ma con la mente. L'ascolto è oltre le parole: esso non si affida al semplice registrare ciò che l'altro dice, ma è solerte cura a trovare tra le pieghe del suo discorso e le sue mutevoli espressioni, un senso che è apertura ai possibili interrogativi che l'altrui enunciazione evoca.

L'ascolto non è un compito passivo, ma è un processo attivo nel quale si partecipa generosamente con tutto se stessi – mente e cuore – per poter comprendere in profondità ciò che l'altro dice e ciò che l'altro è. L'ascolto intellettualmente attivo ci impegna a voler realmente comprendere l'altro in riferimento alle sue idee e ai suoi sentimenti. Esso è un processo complesso e faticoso che richiede concentrazione, volontà, disponibilità affettiva, rispetto, autenticità ed equilibrio.

L'ascolto autentico dell'altro esige accettazione (che non significa approvazione e negazione del dissenso), coinvolgimento (che implica azione), partecipazione e riconoscimento. Non ci può essere ascolto senza un riconoscimento dell'altro in quanto tale, del suo essere diverso da me nella propria unicità. L'ascolto autentico presuppone due fondamentali modalità: l'ascolto critico ed empatico.

L'ascolto critico è soprattutto centrato sulla decodifica dei messaggi e sul costruito logico di ciò che l'altro dice per individuare e valutare la razionalità e la coerenza del suo discorso.

L'ascolto empatico invece non vuole esplorare la razionalità del discorso dell'altro, ma vuole comprendere le sue motivazioni ed intenzioni sottese. Con l'ascolto empatico ci si “mette nei panni dell'altro”, ci si pone dal suo punto di vista, si entra nella sua visione della realtà, non in modo analitico ma intuitivo, diretto, immediato, la totalità e l'essenzialità del suo esserci. Se l'ascolto critico indaga l'altro e cerca difetti ed errori, l'ascolto empatico lascia l'altro essere se stesso e cerca virtualità e potenzialità. Chi ascolta empaticamente non prepara le risposte mentre l'altro parla, non interrompe, se lo fa è per fare domande con l'intento di assicurare di avere veramente capito.

In ogni caso si dovrà evitare di abusare sia dell'ascolto critico che di quello

empatico. Se l'ascolto critico in una giusta misura è positivo, in quanto mostra all'altro possibilità fino a quel momento non viste e con la consapevolezza degli errori lo aiuta a rimuovere difficoltà ed ostacoli, quando questo diventa eccessivo, gli effetti che produce vengono ad essere del tutto negativi.

L'ascolto ipercritico essendo centrato sugli errori e non sulle potenzialità, rischia di misconoscere le emozioni e di far sentire l'altro inadeguato. Analogamente, l'ascolto empatico in una giusta misura è positivo in quanto offre comprensione e sostegno, ma quando questo diventa eccessivo i risultati che produce sono negativi, dal momento che l'accettazione passiva dell'altro in qualche modo lo costringe a compiacersi della propria inadeguatezza. Nell'ascolto iperempatico il soggetto, nel tentativo di sintonizzarsi con l'altro, si limita a mostrare in modo incondizionato il proprio accordo, con l'effetto che viene a mancare un possibile confronto di idee e punti di vista. Possiamo pertanto affermare che sia nell'ascolto ipercritico, dove c'è un eccesso di distanza, che in quello iperempatico, dove c'è un eccesso di vicinanza, l'ascolto dell'altro è compromesso.

Bibliografia

- ARGYLE M., *Il comportamento e il suo linguaggio*, Il Mulino, Bologna 1974.
- BALDINI M., *Educare all'ascolto*, La Scuola, Brescia 1988.
- BERNARD M., *I riti del corpo*, Tattilo, Roma 1974.
- BERTOLINI P. - CALLARI GALLI M., *Come comunicano i bambini*, Il Mulino, Bologna 1980.
- BONINO S. - LO COCCO A. - TANI F., *Empatia. Processi di comunicazione delle emozioni*, Giunti, Firenze 1998.
- BOURBEAU L., *Ascolta il tuo corpo*, Amrita, Torino 2001.
- BUZZETTI C., *Parola*, in M. SODI - A.M. TRIACCA (edd.), *Dizionario di Omiletica*, LDC - VELAR, Leuman (TO) - Gorle (Bergamo) 1998, pp. 1081-1089.
- CARLINI M.P. - FARNETI P., *Il ruolo del corpo nello sviluppo psichico*, Loescher, Torino 1981.
- COLASANTI A.R. - MASTROMARINO R., *Ascolto attivo*, IFREP, Roma 1981.
- COLASANTI A.R., *L'operatore di prevenzione: funzioni, compiti e competenze* (promanuscripto), AIPRE, Roma 1997.
- COSTA E., *Linguistica e Teorie della comunicazione*, in M. SODI - A.M. TRIACCA (edd.), *Dizionario di Omiletica*, LDC - VELAR, Leuman (TO) - Gorle (Bergamo) 1998, pp. 810-816.
- FAST J., *Il corpo parla*, Mondadori, Milano 1979.
- FERRARI B. - ROSSI C. - MELESI L., *Il corpo racconta*, LDC, Leumann (TO) 1983.
- FORTUNA F. - TIBERIO A., *Il mondo dell'empatia*, Franco Angeli, Milano 1999.
- FORTUNATO G., *Network*, in F. LEVER - P.C. RIVOLTELLA - A. ZANACCHI (edd.), *La comunicazione. Il Dizionario di Scienze e tecniche*, LDC - RAI - ERI - LAS, Leumann (TO) - Roma 2002, pp. 801-802.
- FRANTA H. - G. SALONIA, *Comunicazione interpersonale, Teoria e pratica*, LAS, Roma 1988.
- GALIMBERTI U., *Il corpo*, Feltrinelli, Milano 1983.
- GIALLONGO A., *L'avventura dello sguardo*, Dedalo, Bari 1995.
- GLANZ K. ET ALII, *Health behavior and health education. Theory, research and practice*, Jossey-Bass, San Francisco 1990.
- GOFFMANN E., *Il comportamento in pubblico*, Einaudi, Torino 1971.
- HACKER W., *Feedback*, in R. HARRÈ - R. LAMB - L. MECACCI (edd.), *Psicologia. Dizionario Enciclopedico*, Laterza, Roma 1998, pp. 387-391.
- HALL E.T., *Il linguaggio silenzioso*, Bompiani, Milano 1969.
- HINDE A.R., *Le basi biologiche del comportamento umano: studiare gli animali per comprendere l'uomo*, Zanichelli, Bologna 1979.

- HINDE A.R., *Le relazioni interpersonali*, Il Mulino, Bologna 1981.
- HINDE R.A., *La comunicazione non verbale*, Laterza, Bari 1971.
- HINDE R.A., *La natura della comunicazione*, Laterza, Bari 1977.
- KOLB D.A. - FRY R., *Towards an applied theory of experiential learning* in C.L. COOPER (a cura di), *Theories of group processes*, John Wiley and Sons, London 1975, pp. 33-57.
- LAMEDICA N., *Gesto e Comunicazione*, Liguori, Napoli 1987.
- LISS J.K., *La comunicazione ecologica*, La Meridiana, Molfetta (BA) 1992.
- LOWEN A., *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano 1978.
- MAGLI P., *Corpo e Linguaggio*, Espresso Strumenti, Roma 1980.
- MELCHIORRE V., *Il corpo*, La Scuola, Brescia 1984.
- MONTAGNER H., *Il bambino e la comunicazione*, Borla, Roma 1980.
- MORRIS D., *L'uomo e i suoi gesti*, Mondadori, Milano 1977.
- NANETTI F., *I segreti del corpo. La comunicazione trascurata nel comportamento non verbale*, Armando Editore, Roma 2004.
- PALMONARI A., *La formazione nel lavoro di comunità* in B. ZANI - A. PALMONARI (a cura di), *Manuale di psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna 1996, pp. 117-156.
- RELOCHER A.J. - STORCH E.T., *Gesto come Parola*, Omega, Torino 1983.
- RUSSELL L.B., *Is prevention better than cure?*, Brookings Institution, Washington 1986.

Adolescenti e sostanze: evoluzioni di un fenomeno sempre nuovo e contesti familiari

Massimo VASALE - Università Pontificia Salesiana, Roma

1. Introduzione

Il consumo di sostanze stupefacenti è un fenomeno dinamico, in continua trasformazione e connesso, in modo complesso, alle evoluzioni proprie dei contesti sociali, culturali e familiari. Nel corso degli ultimi anni abbiamo assistito ad una sua progressiva diffusione in adolescenza: usare sostanze, legali ed illegali, è diventato un fenomeno crescente, assumendo caratteristiche nuove e preoccupanti e mettendo in discussione tutti i precedenti riferimenti teorici. La sua evoluzione avviene così rapidamente da rendere i modelli di comprensione e, ancor più, gli interventi preventivi e terapeutici incerti o poco efficaci. Il sapere accumulato sulle dipendenze, per esempio, pur risultando utile ed importante, appare inadeguato a comprendere il fenomeno di consumatori sempre più giovani, che si orientano verso un uso occasionale ed intermittente di sostanze sintetiche, legato per lo più a contesti ricreativi e del tempo libero.

Prendendo come base le ricerche epidemiologiche degli ultimi anni possiamo dire che stiamo assistendo ad un'invasione progressiva delle droghe nel terreno della normalità e della quotidianità dei giovani. Si tratta di un dato che sconcerta ed allarma, le famiglie in primo luogo, ma anche chi, lavorando nel campo delle tossicodipendenze, è abituato a leggere nell'uso continuativo e precoce di sostanze uno dei principali fattori di rischio di un percorso di dipendenza, con tutta la sofferenza umana, individuale e familiare, che esso comporta. Se è vero, infatti, che *“consumare in modo moderato sostanze psicoattive, pur comportando qualche livello di rischio (specie se avviene nella prima adolescenza) non significa necessariamente diventare tossicodipendenti”* (Ravenna, 1997), è anche vero che cominciare l'uso di sostanze precocemente è uno dei maggiori fattori di rischio per passare ad un uso problematico e dipendente delle stesse.

Pur registrando un incremento di vaste proporzioni il consumo di sostanze resta, però, un fenomeno poco conosciuto in termini scientifici. Sappiamo molto di più sulla dipendenza e sui suoi contesti e processi costitutivi di quanto sappiamo rispetto al consumo che, oggi più di prima, rappresenta un *sommerso scoperto*: esso sfugge alla normale ricerca clinica ed epidemiologica, ma fa talmente parte della nostra realtà quotidiana ed è circondato da un tale alone di normalità da diventare evidente senza bisogno di essere evidenziato. Le indagini e le discussioni effettuate dai mass-media (basti pensare ad alcuni servizi televisivi)

hanno il merito di svelare comportamenti quotidiani talmente integrati nella nostra realtà sociale da risultare quasi ovvi, rischiando però di confermare, in modo indiretto, l'idea che il consumo di sostanze sia talmente "normale" da non richiedere alcun approfondimento teorico né spiegazione.

In effetti, quando un comportamento ritenuto pericoloso si diffonde in modo consistente nella popolazione generale diventa molto difficile definire la linea o la zona di confine che consente di distinguere la normalità dalla patologia o, volendo essere meno dicotomici, l'area dei comportamenti fisiologici da quella dei comportamenti normalmente trasgressivi, moderatamente pericolosi o chiaramente problematici.

Abituati a leggere il consumo di sostanze stupefacenti attraverso le categorie del disagio individuale, connesso a scenari familiari più o meno problematici, restiamo dunque spiazzati di fronte a questi nuovi comportamenti adolescenziali e ci domandiamo a cosa siano da connettere queste recenti tendenze relative al consumo di sostanze nei giovani.

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di delineare brevemente lo sviluppo storico dell'uso di droghe in Italia e di approfondire l'attuale evoluzione del consumo di sostanze psicoattive nella popolazione generale e tra i giovani, descrivendone alcune caratteristiche peculiari e recenti. Il lavoro si conclude con alcune riflessioni sul consumo di sostanze in adolescenza come comportamento a rischio e sul rapporto tra giovani, droghe e contesti familiari.

2. La diffusione delle droghe in Italia

Il consumo di droghe illecite in Italia è un fenomeno che prende forma a partire dal dopoguerra. Ma è solo a partire dagli anni novanta che la diffusione delle droghe diventa progressivamente un problema sociale e giovanile.

Seguendo la descrizione proposta da Ravenna (1997), si può suddividere la diffusione delle droghe in Italia in 4 tappe a partire dagli anni sessanta. Negli anni cinquanta, infatti, il loro uso non costituisce un problema sociale e si configura come un fenomeno contenuto, che riguarda gruppi ristretti di adulti appartenenti perlopiù all'alta borghesia.

Di seguito vengono presentati brevemente gli elementi che hanno caratterizzato ciascuna fase.

- 1) Gli anni '60 sono connotati dal diffondersi dell'uso di hashish e marijuana e dall'avvicinarsi di alcuni giovani agli allucinogeni. Le industrie farmaceutiche danno l'avvio all'era degli psicofarmaci (valium, ansiolin, noan ecc.) e vengono lanciate per la prima volta le amfetamine, presentate in alcuni prodotti con funzione anoressizzante. Il contesto sociale che fa da cornice alla diffusione di cannabis ed LSD è caratterizzato dal movimento degli hippy e dei gruppi contro-culturali: la droga assume il significato di ribellione e di estraneità alla cultura dominante e diviene uno degli strumenti della protesta generazionale propria di questi anni.

- 2) Gli anni '70 registrano i primi casi di intossicazione da morfina ed oppiacei; a metà anni settanta appare sul mercato anche l'eroina che, nel giro di pochi anni, porta ai primi casi di tossicodipendenza. Il 1977 sancisce un'ulteriore accelerazione dell'uso di eroina che viene vista come strumento legittimato di aggregazione e di lotta. Il contesto storico non ci mette tuttavia molto a cambiare e con esso l'ideologia dell'eroina che, con i primi anni ottanta, perde il proprio status trasgressivo. Diventano più numerosi i "polidrug users" e si diffondono stili di consumo meno estremi e più compatibili con uno stile di vita pressoché normale (per es. utilizzo delle droghe nel weekend). Le nuove tendenze vengono lette ipotizzando che il significato attribuito alla droga non sia più quello di simbolo dell'innovazione e della protesta e che l'attuale uso si caratterizzi più come scelta di ripiego e di progressivo isolamento ed abbandono della realtà sociale, che come ribellione alla società. L'eroina e le altre sostanze pesanti diventano lo strumento di una fuga dalla realtà e vengono assunte sempre di più da giovani svantaggiati da un punto di vista socio-culturale.
- 3) Con l'inizio degli anni '80 si assiste ad un primo ampliamento dell'uso di droghe nel nostro paese. Il consumo diventa un fenomeno che si estende a tutti i contesti sociali e che attraversa trasversalmente il mondo giovanile: comincia ad abbassarsi notevolmente l'età della prima assunzione e la droga diventa facilmente reperibile. A metà degli anni ottanta la diffusione dell'HIV e delle malattie trasmesse attraverso le siringhe sposta ulteriormente il mercato verso la cocaina e le droghe sintetiche, ritenute più sicure perché associate a modalità di consumo che non necessitano dell'uso di siringhe e più adatte a rispondere alle aumentate richieste di efficienza e di rendimento valorizzate nelle culture occidentali, dove predominano valori quali successo e competizione. Diventa sempre più difficile per il mondo adulto comprendere gli elementi motivazionali che spingono all'uso delle sostanze, tanto che nella relazione del Ministero dell'Interno si afferma: *"si entra nel mondo della droga senza ragioni precise, sull'onda di quella che viene definita sindrome amotivazionale, misto di noia, curiosità, accettazione indistinta del nuovo, incapacità critica a selezionare i modelli di comportamento"* (Ministero dell'Interno, 1984). I nuovi stili di consumo fanno sì che si cominci a parlare di consumatori integrati, per i quali l'uso di droga è compatibile con uno stile di vita abituale.
- 4) Gli anni '90 sanciscono il predominio delle droghe sintetiche, prima fra tutte l'ecstasy (XTC o MDMA), che associano gli effetti delle amfetamine con quelli dell'LSD. Le nuove droghe sono prodotte in laboratori clandestini con meno rischi per i produttori, risultano facilmente commercializzabili ed offrono un'immagine pulita di sostanze. I loro effetti stimolanti e psichedelici, esaltando l'umore e aumentando l'iniziativa personale, risultano funzionali ad esperienze ricreative (discoteche, after-hours e rave parties) che richiedono iperattività ed entusiasmo. Alle amfetamine psichedeliche si affiancano poi le designer drugs (popper, special K ecc.) che eludono i controlli legisla-

tivi attraverso modifiche molecolari di droghe illegali e le smart drugs (red bull, herbal ecstasy) costituite da farmaci nutrienti, vitamine ed estratti vegetali, che spesso contengono caffeina, guaranà o, più raramente, efedrina. Di fatto la dizione “nuove droghe” più che riferirsi alla novità delle molecole riguarda la loro produzione e la maggior sicurezza d’uso legata alla loro modalità di assunzione. Nuovo sembra anche il rapporto che i giovani instaurano con queste sostanze e la loro capacità di inserirsi nel tessuto della vita quotidiana delle persone, restando in sintonia con una cultura che privilegia la performance e la ricerca di prestazioni fisiche e mentali eccezionali. Di nuovo c’è, infine, la scarsa conoscenza degli effetti a lungo termine di queste sostanze ed una forte sottovalutazione dei rischi di dipendenza.

“Siamo di fronte ad una vasta gamma di possibilità di consumo, di età, di appartenenza socio-culturale, di problematiche personali, di quantità, di frequenza e di significati attribuibili all’uso delle sostanze” (Gambini, 2005). In particolare *“il fenomeno dell’uso di droghe ha registrato un cambiamento molto importante che riguarda sia le sostanze utilizzate, sia le modalità dei consumi, correlato ad un cambiamento di vita e di abitudini, che via via si è andato imponendo”* (Leoni, Ponticelli, 2003). I paragrafi seguenti si propongono di fornire un quadro di questi recenti cambiamenti con riferimento alla popolazione generale ed a quella giovanile.

3. Evoluzioni del consumo di sostanze illegali nella popolazione generale

Registrare le tendenze relative al consumo di sostanze è un’operazione difficile che richiede l’integrazione di una molteplicità di fonti. Dati sistematici sui consumatori abituali di droghe, sulla diffusione reale di queste e sulle abitudini di consumo sono difficili da ottenere ed ancor più difficile è farsi un quadro realistico e scientifico degli stili di consumo non dipendenti.

Da alcuni anni, tuttavia, si sono consolidate le metodologie di rilevazione dei dati di alcune ricerche sul consumo di sostanze tra la popolazione adulta (IPSAD®Italia)¹ e quella giovanile (ESPAD®Italia)² e, in accordo con l’Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, vengono monitorati una serie di indicatori per studiare la prevalenza dell’uso, consumo e abuso di sostanze stupefacenti tra la popolazione.

¹ IPSAD®Italia è un’indagine campionaria sulla popolazione italiana tra i 15 e i 54 anni di età, che ha come oggetto lo studio della diffusione dell’uso di sostanze sia lecite che illecite ed è realizzata con frequenza biennale, a partire dal 2001, dal Consiglio nazionale delle Ricerche in accordo con gli standard metodologici definiti dall’Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze di Lisbona.

² ESPAD®Italia è un’indagine campionaria sulla popolazione scolastica italiana tra i 15 e i 19 anni, sull’uso di sostanze sia lecite che illecite, realizzata annualmente dal Consiglio nazionale delle Ricerche in accordo con i principali standard metodologici europei.

I dati che saranno presentati sono ripresi dalla Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (Ministero della Solidarietà Sociale, 2005), che ha l'obiettivo di fornire un quadro conoscitivo generale delle tendenze e delle caratteristiche relative alle problematiche connesse alla diffusione dell'uso, dell'uso problematico e dell'abuso di sostanze illecite in Italia. La Relazione utilizza i dati IPSAD®Italia ed ESPAD®Italia insieme con quelli di altre importanti fonti (Amministrazioni Centrali dello Stato, Regioni, Dipartimenti per le Dipendenze ecc.).

Saranno ripresi in modo particolare i seguenti aspetti: la diffusione del consumo; il mercato delle droghe e la loro accessibilità; la percezione del rischio per la salute e la disapprovazione dell'uso di sostanze illegali.

3.1. La diffusione del consumo

Le variabili rilevate rispetto al consumo riguardano tre aspetti: 1) il consumo “*una tantum*”, che segnala coloro che hanno usato “*almeno una volta nella vita*” le singole sostanze; 2) il consumo “*recente*”, che indica coloro che le hanno utilizzate negli ultimi 12 mesi; 3) il consumo “*attuale*”, che delinea il consumo negli ultimi 30 giorni (Ferri, Saponaro, 2005).

Rispetto alla diffusione del consumo si può sinteticamente dire che:

- il 7% dei soggetti intervistati tra i 15 ed i 54 anni ha fatto uso nella vita di più sostanze illegali;
- l'1,8% dei soggetti intervistati ha riferito un uso combinato di sostanze negli ultimi 12 mesi e, nella maggior parte dei casi, la cannabis è stata una delle sostanze utilizzate;
- la cannabis è la sostanza di iniziazione per l'85% dei soggetti che hanno riferito uso di cocaina e per il 74% di coloro che ha usato eroina, anche se il 75% dei consumatori di cannabis resta “fedele” alla propria sostanza di iniziazione;

confrontando i dati del 2001 con quelli del 2005:

- i consumatori di cannabis aumentano, passando dal 6,2% all'11,9%;
- l'uso di stimolanti e di allucinogeni triplica, passando dallo 0,2% allo 0,6%;
- l'uso di cocaina raddoppia, passando dall'1,1% al 2,2%.

Decresce, invece, la percentuale di utilizzatori di eroina, passando dallo 0,5% allo 0,3% (il dato, tuttavia, è controverso se si considera il leggero incremento, in valori assoluti, delle domande di trattamento presso i Servizi da parte dei consumatori di tale sostanza ed il costante aumento della stima, negli ultimi otto anni, di coloro che ne iniziano l'uso).

Tra i fattori associati al consumo di sostanze (fattori di rischio) vengono riportati i seguenti:

- uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci);
- uso abituale di sigarette;

- abuso di alcol (associato all'uso delle sostanze illegali, ad eccezione degli allucinogeni e degli stimolanti).

In sintesi, la Relazione indica che la diffusione del consumo nella popolazione permane come fenomeno in costante aumento per tutte le sostanze illegali, dalla cannabis alla cocaina ed evidenzia un incremento del policonsumo caratterizzato dall'uso di più sostanze legali ed illegali.

È molto probabile, inoltre, che i dati riportati, derivando da un'indagine effettuata attraverso questionari, risentano della quota di soggetti che non rispondono al questionario e che sia presente, pertanto, un effetto di sottostima sistematico del fenomeno rilevato.

3.2. Il mercato illegale delle droghe e la loro accessibilità

Per quanto riguarda il mercato illegale delle droghe e le misure indirette della loro accessibilità, un primo dato interessante proposto nella Relazione è quello relativo al loro costo. Negli ultimi 5 anni (secondo l'analisi dei dati forniti dalla Direzione Centrale Servizi Antidroga) si è evidenziata una generale diminuzione del costo unitario di alcune sostanze: in particolare, il prezzo della cocaina è passato in media dai 99 euro il grammo del 2001 agli 87 euro del 2005 e quello dell'eroina nera dai 69 euro il grammo ai 54 euro nello stesso periodo. Maggiore stabilità si osserva, invece, nei prezzi medi delle altre sostanze stupefacenti. Per quanto riguarda l'ecstasy, la percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle pasticche intercettate nel quinquennio 2001-2005 è andata aumentando, passando dal 28% al 36%, in concomitanza con una leggera diminuzione del prezzo di tale sostanza (venduta nel 2001 a 23 euro circa a pasticca ed a meno di 20 euro nel 2005).

Un secondo indicatore dell'accessibilità utilizzato nell'indagine IPSAD®Italia2005 e riportato nella Relazione è “*conoscere persone che utilizzano una sostanza*”. La maggior parte degli Italiani tra i 15 ed i 54 anni (64%) conosce qualcuno che fa uso di sostanze psicotrope illegali. La percentuale di soggetti che riferisce di conoscere consumatori di droghe illegali diminuisce sensibilmente all'aumentare dell'età: si passa dall'80% dei soggetti più giovani (15-24 anni) a circa il 40% dei soggetti più adulti (45-54 anni). Si registra, inoltre, una differenza significativa tra i generi: sono i maschi a riferire in misura maggiore di avere amici o conoscenti che fanno uso di droghe, con picchi di differenza rispetto alle coetanee di circa il 10%.

Tra i soggetti che riferiscono almeno un contatto nella vita con sostanze psicotrope illegali la sostanza più facilmente reperibile risulta essere la cannabis: il 72% dei 15-24enni dichiara di poterla reperire facilmente, la percentuale scende al 38% nella classe di età 45-54 anni. Una situazione simile si riscontra anche rispetto alle altre sostanze. La loro capacità di reperimento diminuisce all'aumentare dell'età, risultando maggiore nei soggetti tra i 15 ed i 34 anni (il 52% di essi riferisce di poter reperire agevolmente cocaina e stimolanti, il 30% eroina ed il 20% allucinogeni) e riducendosi nelle classi d'età successive.

3.3. *La percezione del rischio per la salute e la disapprovazione dell'uso di sostanze illegali*

Le opinioni degli intervistati in merito alla “*percezione del rischio per la propria salute*” connesso all'uso di sostanze illegali ed alla “*disapprovazione*” di tale comportamento consentono di esplorare l'evoluzione degli atteggiamenti nei confronti delle sostanze, aprendo una finestra sul contesto sociale e culturale che ne accompagna il consumo. La Relazione mostra come sia la percezione del rischio che la disapprovazione aumentino all'aumentare dell'età.

Il 69% della popolazione percepisce come rischioso per la propria salute il consumo di sostanze psicotrope illegali, nel 2001 era il 72%. Il senso di pericolo per la propria salute rimane più diffuso negli adulti (dai 35 anni in su) che nei giovani (minori di 35 anni), nelle donne che negli uomini e più elevato per la cocaina e l'eroina che per la cannabis. L'uso di eroina e di cocaina è percepito come rischioso dalla maggior parte dei soggetti, rispettivamente dal 98,5% e dal 95,4%. I consumi di cannabis sono percepiti come rischiosi dal 72,8%.

Circa il 70% del campione intervistato disapprova l'uso di droghe, nel 2001 era il 65%. La disapprovazione è maggiore nella classe di età 45-54 anni (76%) e scende al 64% nella classe d'età 15-24 anni. L'utilizzo di eroina riceve disapprovazione dal 97% degli intervistati, quello di cocaina dal 93%, mentre per la cannabis si rileva un dissenso intorno al 69%.

Confrontando i dati del 2001 con quelli del 2005 aumenta, in generale, la disapprovazione per il comportamento d'uso, ma diminuisce la percezione del rischio percepito per la propria salute, come se i modelli di giudizio morale fossero disgiunti dai modelli razionali di consapevolezza dei rischi. Sembra, inoltre, che la percezione del rischio, in precedenza strettamente connessa con l'indisponibilità a provare le sostanze, stia perdendo la sua capacità protettiva, soprattutto tra i giovani. In altre parole, gli adolescenti del 2005, diversamente da quelli del 2001, pur percependo il rischio legato al consumo, si espongono ugualmente all'uso di sostanze, soprattutto cannabis e cocaina. Si tratta di un dato già presente nella Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze 2004 (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2004).

4. **Evoluzioni del consumo di sostanze illegali tra gli adolescenti**

“È soprattutto a partire dagli anni Ottanta che l'uso e l'abuso delle droghe diviene un fenomeno giovanile e, anzitutto, adolescenziale” (Gambini, 2005), ma, come sottolineato in precedenza, sono gli anni novanta a vedere la diffusione di vecchie e nuove droghe crescere in maniera preoccupante.

Nell'esaminare le recenti tendenze giovanili rispetto al consumo di droghe, verranno riportate le elaborazioni effettuate sui dati ESPAD@Italia2005 presenti all'interno della Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (Ministero della Solidarietà Sociale, 2005). Tali dati riguardano la

popolazione giovanile scolarizzata di età compresa tra i 15 e i 19 anni. Verranno presentati in modo particolare i seguenti aspetti: la diffusione del consumo; l'accessibilità delle sostanze; la percezione del rischio per la salute e la disapprovazione dell'uso di sostanze illegali.

4.1. La diffusione del consumo

Nella Relazione sono riportati i seguenti dati:

- L'8% degli studenti ha fatto uso nella vita di più sostanze illegali.
- La sostanza più utilizzata dagli studenti delle scuole superiori è la cannabis (31%): il 15% ha utilizzato cannabis negli ultimi 30 giorni; il 3% ne fa un utilizzo quotidiano.
- Minori appaiono le percentuali di studenti che hanno avuto contatti con la cocaina (5%), con gli allucinogeni (4%), con gli stimolanti (3%) e con l'eroina (2%). L'uso quotidiano o abituale riguarda lo 0,24% per la cocaina e lo 0,15% circa per ognuna delle altre sostanze.
- In generale, gli studenti consumano di più rispetto alle studentesse ed i consumi aumentano all'aumentare dell'età.

Tra i fattori associati al consumo di droghe vengono distinti quelli che intervengono in termini protettivi da quelli che costituiscono fattori di rischio (Tab. 1).

Tab. 1 - Fattori associati al consumo di sostanze psicoattive tra gli adolescenti

Fattori protettivi	Fattori a rischio
<i>Non essere fumatore</i>	<i>Essere stati coinvolti i risse</i>
<i>Non essersi ubriacati nell'ultimo mese</i>	<i>Avere fratelli che abusano di alcol ed utilizzano droghe</i>
<i>Percepire interessamento da parte dei genitori ed avere una positiva relazione con gli stessi</i>	<i>Aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol e droghe</i>
<i>Avere un buon rendimento scolastico</i>	<i>Incidenti avuti per alcol e droghe</i>
<i>Partecipare ad attività sportive</i>	<i>Aver fatto uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci)</i>

L'aver fratelli che abusano di alcol e utilizzano droghe è una condizione fortemente associata all'uso di allucinogeni e cannabis; aver avuto rapporti sessuali non protetti a causa di alcol e droghe risulta particolarmente associato all'uso di stimolanti e cocaina. Il 24% degli studenti che ha riferito l'uso recente di sostanze illegali ha assunto psicofarmaci.

4.2. L'accessibilità delle droghe

Il 74,5% degli studenti italiani intervistati riferisce di conoscere qualcuno che fa uso di droghe illegali, segno di una percezione di maggior disponibilità sul mercato delle sostanze considerate. Anche fra gli studenti la sostanza più fa-

cilmente reperibile è la cannabis: l'83% dei soggetti consumatori riferiscono la possibilità di entrarne in possesso agevolmente. Gli allucinogeni e gli stimolanti sono, dopo i cannabinoidi, le droghe che si possono trovare con maggior facilità (68,6% dei soggetti intervistati). Circa il 67% degli studenti riferisce di poter reperire, volendo, anche la cocaina. Per quanto riguarda l'eroina, la percentuale scende al 44%.

I luoghi di reperimento e di acquisto delle sostanze (strada, scuola, discoteca e "case" degli spacciatori) cambiano a seconda della sostanza cercata. La cannabis viene reperita piuttosto facilmente sia per strada (47% degli studenti) che a scuola o a casa di uno spacciatore (45%); la discoteca sembra, invece, il luogo dove la si può trovare meno facilmente (36%). La cocaina è reperibile soprattutto a casa dello spacciatore (47%), in discoteca (37%) e in strada (22%); la scuola (10%) è invece il contesto in cui è più difficile trovarla. L'eroina segue l'andamento della cocaina: la casa dello spacciatore è il luogo dove è più agevole reperirla (45%) e la scuola dove è più difficile entrarne in possesso (5,6%). All'interno delle scuole risulta, comunque, più facile venire in contatto con la cocaina che con l'eroina. Il luogo in cui stimolanti ed allucinogeni si immettono maggiormente sul mercato rivolto ai giovanissimi sembrerebbe la discoteca (56%) seguita dalla casa dello spacciatore (40%), dalla strada (17%) e dalla scuola (9,7%).

In sintesi, i dati evidenziano un'accresciuta accessibilità delle droghe tra i giovani. Si tratta di una tendenza registrata anche da altre indagini effettuate sulla popolazione giovanile italiana, dove viene segnalata una maggior contiguità con le sostanze stupefacenti per una quota elevata di ragazzi tra i 15 ed i 24 anni (Buzzi, Cavalli, De Lillo, 1997 e 2002). Quasi un giovane ogni due, per esempio, dichiara di essersi sentito offrire qualche tipo di droga almeno una volta nella vita. La stessa richiesta di interventi formativi e preventivi sin dalle scuole medie inferiori segnala un'aumentata percezione di contiguità e di vicinanza alle sostanze registrata, in modo informale e non sistematico, dagli insegnanti all'interno delle aule e dei corridoi. La Relazione (Ministero della Solidarietà Sociale, 2005) riporta che circa il 93% delle scuole secondarie ha attivato almeno un proprio progetto di prevenzione ed il 50% ne ha attivati due o più.

4.3. La percezione del rischio per la salute e la disapprovazione dell'uso di sostanze illegali

Negli studenti tra i 15 ed i 19 anni si evidenzia una riduzione significativa della percentuale di soggetti che percepisce il rischio correlato al far uso di droghe: si passa dal 90% circa nel 2000 al 79% nel 2005.

Analizzando il rischio percepito in relazione all'utilizzo di sostanze specifiche, si osserva una percezione del rischio più frequente per quanto riguarda l'uso di eroina (86%), seguita dalla cocaina (74%), dagli stimolanti (71%) e dagli allucinogeni (68%). Minore è invece la frequenza di coloro che riferiscono una percezione del rischio per la salute in relazione ai consumi di cannabis (60%). La percezione del rischio non mostra significative differenze legate al sesso ed alle

classi d'età. Il timore di far uso di cannabis, tuttavia, diminuisce all'aumentare dell'età, attestandosi al 74% nei 15enni e scendendo al 53% nei 19enni.

La disapprovazione dell'uso di sostanze illegali rimane invariata tra il 2000 ed il 2005 e ciò vale in tutte le classi d'età ed in entrambi i generi. Sono circa il 60-65% degli studenti ad esprimere disapprovazione verso l'uso di droghe; analizzando, poi, le percentuali riferite alle specifiche sostanze, l'uso di cannabis viene disapprovato dal 63% della popolazione giovanile, mentre è maggiore la disapprovazione riferita al consumo di eroina, cocaina, allucinogeni e stimolanti (82% degli intervistati). La disapprovazione dell'uso di cannabis diminuisce all'aumentare dell'età, passando dal 73% dei 15enni al 54% dei 19enni.

In sintesi, circa il 35- 40% della popolazione giovanile scolarizzata tra i 15 e i 19 anni approva l'uso di cannabis e lo stima come comportamento non a rischio per la propria salute. Così come avviene per la popolazione generale, anche per gli studenti le sostanze per cui si percepiscono maggiormente dei rischi e delle quali viene disapprovato l'uso sono la cocaina e l'eroina. Sia la percezione dei rischi che la disapprovazione dell'uso aumentano all'aumentare dell'età, eccetto che per la cannabis che mostra una tendenza inversa. I dati confermano quanto già visto nella popolazione generale, almeno fino ai 34 anni di età.

La tendenza prevalente tra i giovani di oggi a ritenere che un uso moderato e ricreativo delle sostanze cannabiniche non costituisca un rischio per la propria salute psicofisica e sia compatibile con gli impegni quotidiani (scuola, lavoro, attività sportiva, relazioni familiari e amicali) è del resto confermata anche da altre indagini. Una ricerca che ha coinvolto un campione di 1121 giovani dai 15 ai 30 anni residenti a *Reggio Emilia* segnala, per esempio, che il 21% di essi non considera pericolosi gli spinelli, mentre il 35% ne considera dannoso solo un utilizzo esagerato (Matterazzo, 2006).

5. Nuove droghe, nuovi consumatori, nuovi stili di consumo e nuove percezioni

Con l'aiuto dei dati sopra riportati e considerando la sostanziale convergenza tra gli studi nazionali, proviamo, dunque, ad elencare alcuni dei cambiamenti e delle caratteristiche che il consumo di sostanze sta oggi assumendo:

- a) Le droghe si sono moltiplicate, hanno smesso di essere percepite come pericolose o che danno dipendenza e possono essere prodotte praticamente dovunque, senza troppe difficoltà ed a basso costo, costituendo un mercato facilmente accessibile ed incrementato dalle possibilità che la tecnologia di internet mette a disposizione. È cambiata, dunque, l'accessibilità alle droghe, vecchie e nuove, nel senso che è oggi più facile e meno rischioso cercare sostanze psicoattive. Tra queste la cannabis risulta la più facilmente reperibile.
- b) La percezione del rischio legato all'uso di droghe sta diminuendo, soprattutto fra i giovani e sta perdendo la sua capacità protettiva. In particolare, sia

la cannabis che le sostanze come l'ecstasy vengono percepite dai giovani all'interno di un quadro di normalità moderatamente trasgressiva.

- c) Si è modificata la figura dello spacciatore: non si tratta più dell'adulto estraneo che corrompe ed assoggetta contro la volontà ed il controllo e vive in un quartiere malfamato, ma del compagno di scuola che fa parte del gruppo di amici ed al quale è possibile fare un colpo di telefono per darsi un appuntamento. La droga (soprattutto la cannabis, ma anche la cocaina) viene spacciata nelle scuole e la si trova a casa di amici e nei luoghi del tempo libero, a conferma di un mercato che è sempre di più a portata di mano.
- d) Il consumo di sostanze è aumentato, in alcuni casi raddoppiato o addirittura triplicato; è diventato consumo di massa ed al tempo stesso si è personalizzato. I consumi hanno smesso di essere fatti privati, individuali o legati a piccoli gruppi emarginati dal resto della società per diventare fatti collettivi, che si svolgono in luoghi pubblici e anche, più recentemente, in momenti di aggregazione, come le feste private (Leoni, Ponticelli, 2003); ognuno, può consumare droghe seguendo i propri obiettivi, esigenze e desideri.
- e) Sono in aumento i policonsumatori, coloro che utilizzano più droghe associandole a stili di vita diversi. Se, in passato, era molto frequente il consumo di una sola sostanza, negli ultimi anni si riscontra sempre più un consumo di due o più sostanze, tra le quali la cannabis è quella che risulta più frequentemente associata. Usare significa quasi sempre usare più sostanze, insieme o alternativamente, cosicché diventa più appropriato parlare di poliuso e di poliabuso.
- f) Si sono diversificate le modalità d'uso: la dipendenza non risulta essere la modalità prevalente, esiste piuttosto un consumo episodico, saltuario, periodico, legato ai fine settimana, intermittente e quotidiano. Non a caso le recenti indagini europee e nazionali fanno riferimento a parametri diversificati (uso nell'ultimo mese, uso nell'ultimo anno, uso nella vita ecc.). I giovani, in particolare, più che orientarsi verso stili di consumo dipendente sembrano consumare in modo occasionale e ricreativo, compatibile con uno stile di vita normale.
- g) Continua ad abbassarsi l'età della prima assunzione da parte degli adolescenti. La fascia d'età più coinvolta va dai 16 ai 21 anni secondo le indicazioni della letteratura esistente. Il consumo inizia intorno ai 16-17 anni e tende a concludersi intorno ai 24-25 (Di Blasi, 2005).
- h) Chi utilizza nuove droghe non appare più legato a processi di marginalizzazione socio-culturale. Si tratta, invece, di giovani integrati nel tessuto sociale, inseriti per lo più in normali contesti di studio o lavoro. La maggior parte dei consumatori non è più identificabile con il concetto di devianza né con quello di psicopatologia, poiché il consumo non si presenta esclusivamente limitato a minoranze emarginate ed i nuovi consumatori appaiono dotati di adeguate risorse personali e sociali, non presentando evidenti elementi di problematicità.

Il rapporto tra droga e giovani si sta dunque modificando e le nuove indagini del fenomeno consentono di smentire alcuni luoghi comuni ancora presenti nella

sua rappresentazione sociale. I fenomeni del consumo sono, per esempio, molto meno drammatici di quello che lo stereotipo del drogato induce a pensare. I giovani comprano le droghe da altri giovani durante attività del tempo libero, a scuola o negli incontri sociali quotidiani. Le spiegazioni ingenue e semplificate del consumo come dovuto agli effetti potenti delle droghe, alla seduzione dello spacciatore o all'omologazione a gruppi marginali di coetanei, non corrispondono al quadro emergente dalle indagini. Non è più possibile confondere, utilizzando un parametro morale, tossicodipendenti e consumatori, poiché gli stili di consumo si sono diversificati a tal punto che occorre discriminare tra consumi non dipendenti, moderati e forme di tossicodipendenza. I consumatori stessi differiscono per molti aspetti: tipo e numero di sostanze utilizzate, modalità di assunzione, entità della dose, circostanze in cui avviene il consumo, grado di coinvolgimento, funzioni attribuite alla droga.

Siamo di fronte ad un fenomeno così diversificato ed al tempo stesso di massa che ogni tentativo di ricondurlo a singole variabili o spiegazioni appare ingenuo più ancora che riduttivo. Dovendo inquadrarlo in uno slogan potremmo dire di essere di fronte a *nuove droghe, nuovi consumatori, nuovi stili di consumo e nuove percezioni*.

Nuove droghe, sostanze di contesto, droghe da discoteca, droghe ricreative, sono solo alcuni dei nomi che gli studiosi hanno scelto per descrivere l'ondata di droghe che ha invaso il mercato delle sostanze psicoattive a partire dalla fine degli anni ottanta. La scelta di questi termini evidenzia, però, un altro aspetto: il tentativo di esplicitare le funzioni ed i contesti che sembrano accompagnare l'uso di tali sostanze da parte di giovani sempre più giovani. Registrare l'introduzione di nuove sostanze sul mercato, e l'elenco delle nuove sostanze o dei diversi nomi di vecchie molecole combinate tra loro aumenta di anno in anno, rappresenta solo un primo passo per la comprensione del fenomeno droga tra i giovani e sarebbe riduttivo legare le nuove tendenze esclusivamente agli effetti di una o più "nuove" sostanze. Più che al cosa ci sembra che l'evoluzione attuale del rapporto tra giovani e droghe sia legata al come e al chi. Mai come negli ultimi anni, infatti, si è assistito ad una diffusione di comportamenti e stili di consumo così diversificati ed inediti. È inevitabile, allora, che tracciare oggi una mappa precisa dei giovani che assumono droghe risulta estremamente difficile, poiché il fenomeno sembra caratterizzato da una forte eterogeneità di soggetti, oltre che di sostanze e di relazioni tra i due. Bisceglia e Vidoni (2003) sottolineano che: *"in questi ultimi anni la diffusione delle droghe sintetiche ha radicalmente cambiato il fenomeno dell'uso di sostanze. Non solo, infatti, è aumentato il numero degli utilizzatori, ma si è soprattutto trasformato l'atteggiamento di fondo rispetto alle sostanze psicotrope e alle motivazioni che portano al loro uso"*. I nuovi consumatori sono descritti nelle indagini e nelle ricerche come ragazzi "normali" inseriti in contesti di studio o lavoro, ragazzi *"che frequentano un gruppo di amici, hanno un abbigliamento particolare e un vocabolario piuttosto specifico, gran disponibilità e apertura verso gli altri, utilizzo occasionale di più sostanze (non*

necessariamente simultanee), assenza di dipendenza e ricerca piuttosto vaga e indeterminata degli effetti” (Leoni, Ponticelli, 2003).

Anche la percezione del consumo sembra stia subendo alcune trasformazioni importanti negli ultimi anni. In larghi settori del mondo giovanile, e non solo, il consumo è percepito come socializzante e come marker di successo piuttosto che antisociale od a rischio. Perfino l’uso di sostanze come la cocaina, mai come ora così facilmente reperibile ed accessibile, è da molti vissuto come “normale” ed emerge la tendenza a considerare le sostanze illegali come beni di consumo a scapito della percezione della pericolosità e dei rischi connessi al loro utilizzo. Questo fa pensare che esista una stretta relazione tra attuali posizioni cognitive nei confronti delle droghe e nuovi stili di consumo. La maggior parte degli studi rivolti ai giovani, ad esempio, segnala come questi cerchino sostanze in grado di incrementare i loro stati di attivazione e disinibizione e di facilitare le relazioni sociali, alla ricerca di un piacere e di un’eccitazione compatibili con il normale svolgersi della vita quotidiana. Le nuove sostanze espletano i loro effetti soprattutto in due aree: quella delle prestazioni (ballare per ore senza stancarsi, ampliare le proprie percezioni ecc.) e quella delle capacità relazionali (dare fiducia nell’interazione con l’altro, facilitare il contatto, rompere barriere personali e sociali all’incontro). Come studiosi dobbiamo chiederci da cosa nascano queste nuove esigenze e forse alcune risposte sono rintracciabili in quelle indagini che esplorano le culture giovanili e non solo. Nel lavoro “*Giovani nel nuovo secolo*” Buzzi, Cavalli e De Lillo (2002) mettono in evidenza, per esempio, come si stia diffondendo, fin dagli anni novanta, un sistema di riferimento culturale che va verso una maggiore accettabilità del rischio unita ad una minore capacità di prendere decisioni e di assumersi responsabilità.

Abbiamo bisogno di conoscere in modo più approfondito la psicologia dei consumatori e, forse, abbiamo anche bisogno di inquadrare l’attuale fenomeno dell’uso di sostanze psicoattive tra i giovani in un contesto più ampio, che unisca la conoscenza delle micro-culture giovanili a quella dei nuovi contesti familiari di cui gli attuali giovani fanno parte, senza dimenticare che giovani e famiglie sono, a loro volta, parte di un contesto ancora più ampio. Plant e Plant (1996) affermano che “*la complessità e la varietà dei comportamenti di assunzione di droghe non possono essere adeguatamente spiegate da nessuna singola teoria*” e, forse, da nessuna singola disciplina. La complessità del fenomeno in questione richiede, perciò, l’integrazione di saperi diversi. Il prossimo paragrafo sarà dedicato ad inquadrare il consumo di sostanze psicoattive all’interno dell’area dei comportamenti a rischio nei giovani.

6. Il consumo di sostanze in adolescenza come comportamento a rischio

Che non siano soltanto giovani sofferenti da un punto di vista psicopatologico ad utilizzare le sostanze è ormai un dato largamente condiviso. Le ricerche mostrano che l’uso di sostanze non può essere relegato ad alcuni adolescenti che

presentano carenze e disturbi personali con una funzione di compensazione e di autocura, anche se la ricerca clinica, ed in particolare quella sulla doppia diagnosi, ha mostrato che, tra le motivazioni eterogenee che portano all'uso di sostanze, rientra anche la psicopatologia personale. Se è vero che a volte il consumo ha alla base il desiderio di autocura o quello di raggiungere stati psicologici piacevoli capaci di contrastare processi di sofferenza psicologica, depressivi o ansiosi, è altrettanto vero che è *“riduttivo ritenere l'uso di droghe unicamente legato e sostenuto da bisogni di tipo patologico”* (Leoni, Ponticelli, 2005). La difficoltà di definire un confine chiaro tra stili di consumo sani e patologici fa sì che sia attualmente molto difficile spiegarne la diffusione facendo ricorso esclusivamente ad un modello psicopatologico dell'adolescente. Prendendo l'esempio dell'ecstasy, una delle sostanze più associate agli stili di consumo giovanili, alcune indagini riportano che essa catalizza sia consumatori occasionali spinti dalla curiosità e dall'interesse verso la sperimentazione di stati di alterazione della coscienza sia consumatori problematici che utilizzano la sostanza come una protesi a cui è affidato il compito di risolvere, anche solo temporaneamente, le proprie difficoltà (Di Blasi, 2005).

Dietro l'apparente normalità statistica e sociodemografica del fenomeno si celano scenari complessi ed il significato che le sostanze sintetiche assumono all'interno dell'economia psichica ed esistenziale dei soggetti può risultare molto diverso. Anche nei casi in cui è possibile rintracciare un disagio manifestato attraverso sentimenti di inadeguatezza e d'inferiorità, che incidono sulle competenze relazionali, ci troviamo spesso di fronte a forme non cliniche o che male si adattano ad una lettura clinica di tipo classificatorio.

Un secondo aspetto che la letteratura sui consumi di sostanze tra i giovani riporta è che le premesse sia per forme di consumo che non implicano rischi eccessivi, sia per quelle che possono evolversi in condotte di abuso e dipendenza, si attuano tra gli 11 ed i 18 anni. Pur variando da sostanza a sostanza, il periodo di maggior rischio per l'assunzione, la fase di iniziazione al consumo di droghe e la loro sperimentazione si collocano sostanzialmente in adolescenza e preadolescenza. I giovani usano droghe illegali più spesso delle persone più anziane: l'età di iniziazione per le cosiddette droghe leggere (hashish e marijuana) oscilla tra i 15 ed i 17 anni, quella per l'alcol ed il tabacco tra i 10 ed i 15 anni, il rischio maggiore per iniziare ad usare droghe pesanti (cocaina ed eroina) è invece tra i 18 ed i 25 anni. L'uso progressivo delle droghe illecite avviene, poi, dopo i 14 anni (sotto i 14 anni è ridotto od occasionale), raggiunge il suo acme tra i 18 ed i 24 anni e diminuisce drasticamente in concomitanza con l'acquisizione dei principali ruoli adulti, lavorativi e familiari. La remissione avviene nella maggior parte dei casi spontaneamente e sembra essere in relazione alla stabilità e familiarità con i ruoli sociali piuttosto che ad una loro semplice assunzione, anche se non è stata ancora chiarita la direzione di questa associazione, se cioè siano i ruoli a far smettere o smettere aiuti ad assumerli.

Riprendendo il quesito di Marie Di Blasi (2005) possiamo chiederci, allora,

perché un gran numero di giovani “normali” e ben integrati siano così inclini a mettere a repentaglio la loro salute fisica e mentale attraverso un uso, perlopiù occasionale e ricreativo, di sostanze.

Baumrind (1987) sottolinea come la nostra cultura non abbia riti di passaggio che demarchino il cambiamento da bambino ad adulto, ma sia caratterizzata da un lungo periodo di transizione che nel corso degli anni si è fatto sempre più ampio e sfumato. Oggi si parla di preadolescenti, adolescenti, post-adolescenti, giovani adulti ecc. facendo riferimento ad un periodo che va dagli 11 anni fino ai 25 ed oltre. Molti studiosi, partendo da questa considerazione, hanno ipotizzato che l'uso di droga sia un rituale di iniziazione tipico della nostra cultura. *“Oggi c'è una larga parte della popolazione che convive, senza vivere storie particolarmente estreme, con un consumo vario di droghe: le droghe leggere, la cocaina, l'alcool ed anche il tabacco. E c'è anche un buon numero di persone che sceglie nel confronto con la droga un rituale di iniziazione adolescenziale”* (Cancrini, Mazzoni, 2004).

Le attuali prospettive sull'uso non dipendente di sostanze stupefacenti tra i giovani lo considerano come una delle condotte rischiose o problematiche che si verificano nel periodo adolescenziale, connesso alla risoluzione dei compiti di sviluppo specifici di questa fase. Dall'idea prevalente dell'uso di sostanze come comportamento patologico o deviante, si è passati ad una lettura di tale fenomeno all'interno del normale quadro di problematiche evolutive proprie dell'adolescenza. *“È opinione attualmente condivisa da molti studiosi che la sperimentazione occasionale di sostanze psicoattive, lecite o illecite, costituisca un comportamento “normale” fra i giovani che hanno meno di vent'anni e che non implica dei rischi elevati; l'uso regolare è invece considerato una condotta maggiormente rischiosa che, alla stessa stregua di molte altre (mangiare in modo inappropriato, avere esperienze sessuali non protette, comportarsi in modo violento, guidare pericolosamente) può determinare conseguenze anche rilevanti sullo sviluppo psicosociale”* (Ravenna, 1997).

L'uso e l'abuso di sostanze si inserirebbero, dunque, nel quadro dei comportamenti a rischio propri dell'adolescenza, tenendo presente che essa si presenta come un periodo particolarmente soggetto ad incrementare la tendenza a sfidare i limiti ed a correre dei rischi, percependo questi comportamenti come degni di valore. L'adolescenza comporta, infatti, la riorganizzazione del concetto di sé e la ricerca della propria autonomia ed identità in relazione alla famiglia ed ai coetanei: ciò significa affrontare alcuni importanti compiti di sviluppo relativi all'accettazione del proprio corpo, alla scoperta della sessualità, al bisogno di autonomia e di identità, al confronto con i pari, all'elaborazione di una propria cultura interna, alla necessità di trovare un ruolo ed uno spazio sociale riconosciuti ed al confronto con la dimensione progettuale.

Considerare l'uso delle droghe come fenomeno adolescenziale consente di delineare una varietà di motivazioni d'uso, correlate agli svariati bisogni che accompagnano la crescita di un adolescente. Diverse sono le classificazioni proposte in ambito psicologico relativamente alle motivazioni d'uso.

Leoni e Ponticelli (2003), ad esempio, riconducono le motivazioni che possono portare all'uso di droghe a tre grandi aree motivazionali, connettendole ad una diversa modalità d'uso: un uso sperimentale, orientato a modificare il proprio stato di coscienza ed a sperimentare nuovi stati del sé; un uso strumentale, per acquisire un determinato stato psichico utile ad affrontare o evitare un problema; ed un uso ricreativo, per perseguire una condizione di buon umore e di piacevolezza, liberandosi dalle tensioni scolastiche e lavorative. Ravenna (1997) propone ben nove motivi del perché le persone assumono droghe. Di fatto, il consumo attuale di sostanze sembra contraddistinto da una molteplicità di motivazioni che ben si addice ad una molteplicità di consumatori: il bisogno di sperimentare e di sondare parti di sé, di superare i confini fisici e mentali; la ricerca di sensazioni forti e di eccitamento, divertimento e piacere; il bisogno di essere accettati dal gruppo, di conquistare la stima dei propri pari e di facilitare le relazioni sociali, superando insicurezze e timidezze; il bisogno di assumere un'immagine vincente, dimostrare la propria mancanza di paura e migliorare la propria autostima; il desiderio di stare meglio, il bisogno di attenuare sensazioni di disagio, la necessità di rilassarsi e di vincere lo stress, la noia e il dolore; la curiosità, la ribellione, la ricerca di emancipazione e di appartenenza; è evidente come non ci siano spiegazioni semplici, esaustive e valide per tutti, ma siano tanti i percorsi del consumo e tante le possibili ragioni per cui le persone, talvolta, fanno uso di droghe. I motivi di chi usa, inoltre, possono essere molto diversi da quelli di chi abusa ed ancora di più da quelli di chi struttura una dipendenza.

La ricerca del rischio, intesa come bisogno di mettersi alla prova per dimostrare il proprio valore ed autoaffermarsi, diventa allora il focus attraverso cui studiare il consumo di sostanze, considerato come uno dei tanti comportamenti pericolosi cui gli adolescenti si espongono, insieme all'uso di tabacco, ai rapporti sessuali non protetti, alla guida spericolata, alle diete ferree e ad altre abitudini alimentari disfunzionali.

Gli studi suggeriscono che l'assunzione di rischi sia normale tra i giovani e che alcune persone assumano più rischi di altre (Baumrind, 1987). Nonostante ciò, la maggior parte dei giovani non si espone a grandi rischi, consumando alcol con moderazione, non fumando tabacco e non usando droghe illegali (Plant, Plant, 1996).

Cosa distingue allora i giovani che si assumono dei rischi?

Un primo dato è che l'iniziazione alle sostanze, pur non essendo determinata da disturbi psicopatologici strutturati, si associa ad alcuni tratti nell'area della non convenzionalità (tolleranza verso la trasgressione, scarso interesse e coinvolgimento per le mete di tipo educativo, comportamenti ribelli, impulsivi o volti a ricercare esperienze gratificanti) o a stati emotivi spiacevoli e temporanei. Sembra inoltre che siano più esposti all'uso di droghe i cosiddetti "sensation seeker", coloro che ricercano emozioni forti come esperienza fine a se stessa. Zuckerman (1979) ha proposto la ricerca di sensazioni come tratto di personalità ed ha sottolineato come alcune persone che presentano tale caratteri-

stica abbiano bisogno più di altre di ricevere stimolazioni dal proprio ambiente, così che, se non le ottengono in modo sufficiente, possono ricercarle attraverso altre vie.

La ricerca mostra anche che, tra i fattori di rischio che aumentano sensibilmente le probabilità di esposizione alle droghe, c'è l'insoddisfazione nelle sue diverse forme. L'adolescente si trova a fronteggiare un compito di sviluppo impegnativo, che implica un certo grado di stress e che lo rende più vulnerabile e più esposto a potenziali esperienze di crisi. Sperimentare sentimenti di disagio e di inadeguatezza può perciò rendergli attraente ricorrere alla droga, *“soprattutto quando non trova risposte adeguate alla soluzione di un compito o quando si trova ad affrontare più compiti contemporaneamente e il suo impegno emotivo si distribuisce in modo improduttivo su molteplici versanti contemporaneamente”* (Ravenna, 1997). La droga può essere percepita come un'occasione per sperimentare se stessi e le proprie competenze, per soddisfare determinati bisogni e raggiungere alcuni obiettivi, evitando le difficoltà che derivano dall'imparare dagli errori o dal sentirsi vulnerabili nella relazione con l'altro. Esse consentono di modificare i propri stati mentali al di là di ogni sforzo fisico, affettivo o intellettuale. Come osserva Rigliano (2004), *“la sostanza connette la persona com'è al suo obiettivo, ovvero la persona come vorrebbe essere”* ed uno dei piaceri che procura è il piacere che deriva dallo sperimentarsi diverso e più positivamente.

Le conseguenze di un tale uso di sostanze in adolescenza possono risultare assai diverse. Gli orientamenti riguardo all'impatto che l'uso e l'abuso di droghe hanno in adolescenza oscillano tra due posizioni: per alcuni la principale conseguenza dell'uso di sostanze in adolescenza è l'impedimento o interferenza per lo sviluppo; per altri, invece, l'uso accelera le traiettorie dello sviluppo. Il primo orientamento vede nell'uso regolare di droga un fattore che crea una frattura nella strutturazione dell'identità: esso influenzerebbe la capacità di distinguere tra fantasia e realtà, favorendo percezioni alterate di quest'ultima, rinforzerebbe l'idea di essere una persona speciale, consoliderebbe caratteristiche tipicamente adolescenziali (ribellione, negativismo ecc.) e favorirebbe sensazioni illusorie di emancipazione, rinforzando relazioni regressive con i genitori. I problemi a lungo termine sarebbero maggiori per quei soggetti che utilizzano le sostanze con una finalità autoterapeutica, portatori cioè di un disagio che precede l'uso. Altre conseguenze rischiose dell'uso sarebbero la mancanza di impegno in relazioni che richiedono cura ed il distacco dalle difficoltà. L'ipotesi generale è che l'uso ritardi i processi di sviluppo psicosociale, tanto da determinare identità diffuse ovvero caratterizzate da scarsa chiarezza di obiettivi e da scarsa progettualità. Il secondo orientamento, l'ipotesi dell'accelerazione dello sviluppo, sostiene invece che la droga porti ad aggirare la sequenza tipica dei ruoli, che va da quelli scolastici a quelli lavorativi a quelli familiari, assumendo gli ultimi due prematuramente. La maturità acquisita dai consumatori risulterebbe fittizia e li esporrebbe ad esperienze di insuccesso, favorendo condotte pseudomature, quali l'abbandono scolastico, il lavoro precoce ed una vita sessuale continuativa.

7. Giovani, droghe e contesti familiari

Non possiamo chiederci perché i giovani stiano diventando più frequentemente consumatori senza interrogarci anche sui contesti di cui essi fanno parte.

Secondo Rigliano (2004), *“i contesti esercitano un’influenza in ogni situazione di uso ed abuso, agevolandolo e stimolandolo”* o, si potrebbe aggiungere, inibendolo. Uno dei contesti maggiormente chiamati in causa non solo dall’opinione pubblica, ma anche dalle indagini relative al consumo di droga nei giovani è la famiglia.

Un primo dato importante che emerge dalla Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (Ministero della Solidarietà Sociale, 2005) è che il monitoraggio sugli adolescenti da parte dei genitori (valutato tramite l’essere a conoscenza delle informazioni inerenti ai luoghi e le modalità del tempo libero dei figli) appare svolgere un ruolo fortemente protettivo. Gli studenti che riferiscono assenza di un controllo costante da parte dei genitori hanno un rischio di venire a contatto con sostanze psicotrope illegali due volte superiore rispetto ai coetanei “monitorati”. L’importanza del monitoraggio dei genitori sui figli adolescenti è confermata anche da altre ricerche presenti nella letteratura scientifica internazionale: diversi studi di Barnes e collaboratori, ad esempio, (Barnes 1990, Barnes et al., 1994, 1999) evidenziano che il fattore maggiormente predittivo di comportamenti problematici susseguenti all’uso di alcool e al gioco d’azzardo sia proprio il grado di controllo genitoriale. Inoltre, il coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli ed una buona comunicazione emozionale, un clima familiare di empatia e di dialogo e la gratificazione per l’autonomia psicologica appaiono fortemente protettivi proprio quando si associano ad un’appropriata supervisione e ad un costante monitoraggio.

Un secondo dato interessante evidenziato nella Relazione è quello relativo alla correlazione tra fratelli che fanno uso di sostanze illegali ed esperienza d’uso delle droghe. La presenza di un membro della famiglia che usa sostanze illegali o alcool è uno dei più importanti fattori di rischio riportati in ambito scientifico. Hyman Hops ed i suoi collaboratori (1990), per esempio, hanno evidenziato come l’uso di sostanze da parte dei genitori, compreso il tabacco, sia correlato ad un aumento della frequenza d’uso delle stesse anche nei figli. Genitori che fumano e fanno uso di alcolici, inoltre, aumentano nei loro figli il rischio di abuso non solo di tabacco ed alcool, ma anche di altre sostanze illecite (Hops et al., 1990). La Relazione sottolinea come l’assunzione di droghe da parte dei fratelli assuma un ruolo importante nell’incrementare l’esposizione alle sostanze da parte degli adolescenti, dato questo già evidenziato nella precedente Relazione al Parlamento (Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2004), dove veniva rilevato che gli studenti che hanno un fratello che utilizza sostanze psicotrope illegali hanno un rischio di fare esperienza d’uso di droghe illecite tre volte superiore rispetto ai coetanei.

Genitori e fratelli, dunque, risultano avere un ruolo importante nel consumo di sostanze tra gli adolescenti: l'influenza dei genitori sembra più consistente nel caso delle droghe lecite, quella dei fratelli riguarda maggiormente quelle illecite (allucinogeni e cannabis). Si tratta di dati su cui converge molta letteratura: tra i fattori protettivi segnalati nelle ricerche compare, infatti, l'esistenza di relazioni significative con genitori affettivamente presenti e autorevoli, avere un buon rapporto con gli adulti di riferimento, sentirsi da loro capiti e sostenuti ed avere dei buoni rapporti con i propri fratelli e sorelle. Una buona relazione familiare, per esempio, può rappresentare un ottimo ostacolo contro la tendenza dei giovani tra i 13 ed i 23 anni a sperimentare le sostanze (Hops et al., 1990). Conflitti all'interno della famiglia, scarsa capacità di confrontarsi e risolvere i problemi, scarsa coesione familiare sono predittivi invece dei livelli iniziali di abuso di droghe. Tutti gli studi concordano, poi, sulla necessità di poter contare su forti e sane relazioni familiari per contrastare l'influenza che i giovani esercitano a vicenda l'uno sull'altro per quanto riguarda le prime esperienze di droga.

Altre variabili legate ai contesti familiari (clima familiare; eventi che ne modificano la struttura come separazione, divorzio o morte di un genitore; stile educativo lassista o autoritario; modelli proposti dai genitori ecc.) sono tutti fattori che influenzano lo sviluppo psicosociale dell'adolescente, ma che hanno solo un'influenza indiretta sul suo stile di vita e sull'uso di droga. Ciò significa che ciascuno di questi fattori agisce più nel creare una condizione di vuoto emotivo o di scarsa accettazione che, a loro volta, espongono maggiormente al rischio di uniformarsi a pressioni esterne o di ricercare contesti che accettano maggiormente condotte disfunzionali. Anche la minor proposta ai figli di valori, scopi ed aspirazioni orientate al futuro e la conseguente possibile risposta dei figli di orientarsi verso obiettivi più immediati e contingenti porta gli adolescenti ad avere interesse verso il presente e li rende più sensibili all'attrazione di gruppi di coetanei che enfatizzano la ricerca di esperienze piacevoli e immediatamente gratificanti, come la droga.

I genitori sembrano importanti anche come modello di abilità nell'affrontare situazioni difficili e problematiche. Adolescenti che hanno buone competenze di problem solving e di gestione dello stress hanno, infatti, meno probabilità di far ricorso ad una sostanza per ridurre la tensione o rinforzare la propria immagine sociale.

Un ultimo dato su cui riflettere, riportato in letteratura e confermato dalla Relazione al Parlamento, è che le ragazze fanno minor uso ed abuso di tutti i tipi di droghe (ad eccezione del tabacco e degli psicofarmaci). Ravenna (1997) riporta, tra le possibili spiegazioni di questo dato, il maggior coinvolgimento delle ragazze nella vita familiare ed una maggior pressione esercitata da parte degli adulti ad uniformarsi alle attese sociali, veicolata anche attraverso stereotipi come quello dell'associazione tra uso di droghe e disponibilità sessuale, promiscuità o prostituzione. Tali ipotesi danno ulteriore rilievo al peso dei contesti fa-

miliari e degli adulti significativi come fattori di protezione rispetto al consumo di sostanze in adolescenza.

Eppure, a dispetto di questa possibile influenza protettiva, quasi ovunque si sente parlare di adulti che hanno smarrito la loro funzione genitoriale e che hanno perso il loro ruolo primario nell'educazione dei figli. *“Nella società di oggi non è infrequente il caso di adulti che rinunciano a proporre ai giovani e a praticare valori e norme precisi e che non sanno farsi carico delle esigenze dei figli in modo consapevole e critico. Anche per quanto riguarda il consumo di droghe, è rilevante soprattutto la mancanza di modelli condivisi che accompagnano la crescita, ragion per cui i genitori passano con facilità dai divieti assoluti alla complicità”* (Rigliano, 2004). Si può dire che, dal punto di vista educativo, l'atteggiamento prevalente dei genitori e degli adulti in genere, dopo essere stato a lungo il “lasciar fare”, tenda negli ultimi anni ad oscillare incoerentemente fra autoritarismo e permissivismo.

La delega della funzione educativa sembra, tuttavia, essere un processo che coinvolge ogni livello della società. Anche la scuola e le altre agenzie formative risentono di una perdita di potere educativo. Prevala, infatti, il sistema sociale con i suoi ruoli di produzione e di consumo sulle relazioni familiari ed educative. Se un'analisi del disagio giovanile non può prescindere dall'affrontare in termini articolati ed approfonditi il notevole processo di evoluzione che il contesto familiare ha subito all'interno della nostra società, un'analisi dei processi evolutivi che hanno coinvolto la famiglia negli ultimi anni non può prescindere da una panoramica che colga l'evoluzione culturale, sociale e valoriale che investe la nostra attuale società. *“È la società nel suo complesso ad essere cambiata, e non solo i giovani”* (Rigliano, 2004). Esistono, cioè, legami non automatici, ma importanti, tra i processi sociali, le famiglie ed i comportamenti che gli adolescenti utilizzano per conquistare la loro autonomia. Il consistente cambiamento nell'organizzazione familiare, con entrambi i genitori spesso assenti perché impegnati fuori casa per lavoro, la flessibilità e reversibilità dei ruoli, il ricambio generazionale, le modificazioni nella gerarchia dei valori e le tante contraddizioni dell'intero sistema sociale hanno concentrato nel nucleo familiare molti elementi di disagio, di difficoltà e di crisi (Olivieri, 1992). Per portare solo un esempio, i modelli di consumo delle sostanze riguardano non solo i giovani, ma sembrano permeare una cultura della massima prestazione che coinvolge anche noi adulti. La Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze evidenzia diversi parallelismi tra giovani ed adulti rispetto alla diffusione delle droghe, alla loro accessibilità ed alla percezione dei rischi legati all'uso. Kandel (1980) ha evidenziato due elementi che caratterizzano il rapporto tra consumo di droghe negli adulti e consumo negli adolescenti: 1) le droghe più diffuse in una data società sono in genere quelle usate per prime nella sequenza del consumo ed il cui uso, quantitativamente più frequente e consistente, persiste di più nel tempo; 2) quanto più l'uso di una sostanza diventa comportamento sociale diffuso tanto più diminuisce l'età media

della prima assunzione. I dati a nostra disposizione sembrano confermare queste tendenze.

Viviamo in una società che: a) tende ad esaltare l'età giovanile ed allontana, stigmatizzandole, vecchiaia, malattia e morte, trasmettendo così un modello di superamento dei limiti a qualunque costo; b) è imbevuta del principio di massimo consumo possibile e non offre più regole di moderazione e di autentico bisogno; c) favorisce l'uso di tecnologie e di pasticche per evitare stati mentali spiacevoli e raggiungerne di piacevoli; d) propone a tutti le stesse cose, appiattendendo, così, le differenze generazionali (anche a 14 anni si può avere l'automobile). L'elenco potrebbe continuare e coinvolgere molti degli aspetti della nostra cultura che, seppur in termini complessi e non causalistici, contribuiscono a costruire il nuovo scenario del consumo di droghe. Forse, fare ricerca sui comportamenti a rischio degli adolescenti e sui loro stili di consumo ci aiuterà a comprendere qualcosa di più anche del mondo che abbiamo costruito e che continuiamo a costruire.

8. Conclusioni

Le droghe sono sempre esistite, ciò che nel tempo cambia ed è cambiato è la loro funzione all'interno delle società, il tipo di bisogni cui rispondono o si presume possano rispondere. Attualmente ci troviamo di fronte ad un consumo che coinvolge sempre più giovani, integrati e "normali", caratterizzato da nuove droghe, nuovi stili di consumo e nuove percezioni. La ricerca psicologica odierna propone di analizzare questo fenomeno all'interno dei comportamenti a rischio propri dell'adolescenza, intesa come periodo deputato alla ricerca della propria autonomia ed individuazione. Lo studio di un fenomeno così complesso non può, tuttavia, ridursi ad un'analisi monodisciplinare e richiede la convergenza di più punti di vista e di più ambiti di studio. Sarebbe ingenuo, ad esempio, pensare che solo oggi i giovani si trovino ad affrontare certi compiti evolutivi. Il modo di relazionarsi dei giovani alle sostanze sta cambiando, ma quello che sta cambiando, prima e con gli stili di consumo, è l'intero sistema sociale e, con esso, i contesti familiari di cui i giovani fanno parte.

In un suo recente libro, dal titolo "no drugs no future. Le droghe nell'età dell'ansia sociale", Gunter Amendt (2004) si domanda se sia davvero inimmaginabile un futuro senza droghe. La sua risposta è affermativa: *"l'essere umano come prodotto di un processo di adattamento all'accelerazione delle tecnologie informatiche è avviato al raggiungimento di un equilibrio interiore tramite l'uso di sostanze psicoattive"*. È uno scenario che ci impone di continuare a riflettere sulla relazione tra adolescenti e sostanze ed ancor più sui contesti che significano e fanno da cornice a tale relazione.

Bibliografia

- AMENDT G. (2004), *No drugs no future*. Milano: Feltrinelli.
- BAIOCCO R., COUYOUNDJIAN A., DEL MIGLIO C. (2005), *Le dipendenze in adolescenza. Aspetti epidemiologici, differenze di genere e fattori psicologici*, in Caretti V., La Barbera D. (a cura di) (2005), *Le dipendenze patologiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- BARNES G.M. (1990), *Impact of the family in adolescent drinking patterns*, in COLLINS R.L., LEONARD K.E., SEARLES J.S. (a cura di), *Alcohol and the family: Research and Clinical Perspectives*, New York: Guilford Publications.
- BARNES G.M., FARRELL M.P., BANERJEE S. (1994), Family influences on alcohol abuse and other problem behaviours among black and white adolescents in a general population sample, in *Journal of research on adolescence*, 4, 183-201.
- BARNES G.M., WELTE J.W., HOFFMAN E., DINTCHEFF B.A. (1999), Influences of demographic, socialization, and individual factors, in *Addictive behaviours*, 24, 749-767.
- BAUMRIND D. (1987), *A developmental perspective on adolescent risk taking in contemporary America*, in IRWIN C.E. (a cura di), *Adolescent social behaviour and health*, San Francisco: Jossey Bass.
- BECKER H.S. (1987), *Outsiders*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- BISCEGLIA J., VIDONI G. (2003), *Prefazione*, in MAGGIOLINI A. (a cura di) (2003), *Sballare per crescere? La prevenzione delle droghe a scuola*. Collana Adolescenza, educazione e affetti. Milano: Franco Angeli.
- BUZZI C., CAVALLI A., DE LILLO A. (1997), *Giovani verso il Duemila*. Quarto Rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia. Bologna: Il Mulino.
- BUZZI C., CAVALLI A., DE LILLO A. (2002), *Giovani del nuovo secolo*. Quinto Rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia. Bologna: Il Mulino.
- CANCRINI M.G., MAZZONI S. (2004), *I contesti della droga*. Milano: Franco Angeli.
- CARETTI V., LA BARBERA D. (a cura di) (2005), *Le dipendenze patologiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- CERBINI C., BIGIANTI C., TRAVAGLINO M., DIMAURO P.E. (a cura di) (2003), *Alcologia oggi. Nuove tendenze tra clinica ed ecologia. Clinica delle dipendenze e dei comportamenti di abuso/Quaterni*. Milano: Franco Angeli.
- DEL MIGLIO C., CORBELLIS S. (2003), *Le nuove dipendenze*, in AA.VV., *Speciale: Le nuove dipendenze*, Attualità in psicologia, vol. 18, n.1-2.
- DI BLASI M. (2005), *I nuovi stili di consumo giovanile*, in CARETTI V., LA BARBERA D. (a cura di) (2005), *Le dipendenze patologiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- EDWARDS G. et al. (2000), *Diagnosi e trattamento dell'alcolismo*. Milano: Raffaello Cortina.
- FERRI M., SAPONARO A. (2005), *Rapporto 2005 sulle dipendenze in Emilia-Romagna. Utenza e attività dei Servizi per le tossico-alcolodipendenze dal 1991 al 2004*. Bologna: Regione Emilia Romagna, Assessorato alle Politiche sulla Salute, Area Dipendenze Osservatorio Regionale sulle dipendenze.
- GAMBINI P. (2005), *Il tossicodipendente e la sua famiglia*. Roma: LAS.
- HOPS H. et al. (1990), Parent-adolescent problem-solving interaction and drug use. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 16, 239-258.
- KANDEL D.B. (1980), Drug and drinking behaviour among youth, in *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.
- LEONI M., PONTICELLI A. (2003), *Nuove droghe e nuovi consumatori*, in MAGGIOLINI A. (a cura di) (2003), *Sballare per crescere? La prevenzione delle droghe a scuola*. Collana Adolescenza, educazione e affetti. Milano: Franco Angeli.
- MAGGIOLINI A., GRASSI R. (2003), *Droghe e culture adolescenziali: una ricerca sugli atteggiamenti degli adolescenti verso le droghe*, in MAGGIOLINI A. (a cura di) (2003), *Sballare per crescere? La prevenzione delle droghe a scuola*. Collana Adolescenza, educazione e affetti. Milano: Franco Angeli.
- MAGGIOLINI A. (a cura di) (2003), *Sballare per crescere? La prevenzione delle droghe a scuola*. Collana Adolescenza, educazione e affetti. Milano: Franco Angeli.
- MATTERAZZO R. (2006), *Adolescenza e droghe leggere. Danni e motivazioni dell'assunzione di droghe negli adolescenti*, Fonte: CulturaCattolica.it

- MINISTERO DELL'INTERNO - DIREZIONE GENERALE DEI SERVIZI CIVILI (1984), *Diffusione delle tossicodipendenza. Quantità e qualità degli interventi pubblici e privati in Italia*. Roma: Rapporto conclusivo della ricerca affidata al CENSIS.
- MINISTERO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE (2005), *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2005*, Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.
- OLIVIERI D. (1992), *Giovani e disagio giovanile*, Verona: Il Segno.
- PLANT M., PLANT M. (1996), *Comportamenti a rischio negli adolescenti*. Trento: Erikson.
- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI (2004), *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2004*. Roma: Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.
- RANIERI F., CERBINI C., DIMAURO P.E. (a cura) (2002), *Nuove droghe e nuove etnie*. Collana medico psicopedagogia. Roma: Armando Editore.
- RAVENNA M., (1997), *Psicologia delle tossicodipendenze*. Bologna: Il Mulino.
- RAVENNA M., (1993), *Adolescenza e droga. Percorsi e processi sociopsicologici del consumo*. Bologna: Il Mulino.
- RAVENNA M., (1993), *L'adolescente e l'uso delle sostanze psicoattive*, in POLMONARI A. (a cura di), *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: Il Mulino.
- RIGLIANO P. (2004), *Piaceri drogati*. Saggi. Milano: Universale Economica Feltrinelli.
- SALVINI A., TESTONI I., ZAMPERINI A. (2002), *Droghe, tossicofilie e tossicodipendenze*. Torino: Utet.
- ZUCKERMAN M. (1979), *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*, New York: Wiley.

REPORT DEL PROGETTO “DRUG STOP”

Il progetto

- Presentazione del Progetto
- Durata
- Obiettivi generali e specifici
- Enti promotori e/o coordinatori del Progetto
- Destinatari e/o popolazione Target
- Metodologia di intervento
- Percorsi formativi
- La formazione
- La verifica

La verifica finale del progetto

- Verifica finale Responsabili di Progetto
- Verifica finale Operatori di Progetto
- Verifica finale Incaricati Enti Partner

Indagine sulle abitudini di vita degli adolescenti: risultati

- Analisi dati Scuole Medie
- Analisi dati Scuole Superiori
- Conclusioni

1. Presentazione del Progetto

Il progetto nasce dal confronto con la realtà: le associazioni SCS e PGS, insieme alle realtà Salesiane d'Italia (oratori, centri giovanili), da sempre impegnate in ambito educativo a servizio dei giovani, sperimentano quotidianamente le problematiche legate alla diffusione di sostanze psicoattive e dopanti tra gli adolescenti. Per questo, intendono affrontare il fenomeno con una specifica progettualità che delinei un modello di intervento replicabile in altri contesti ispirato allo stile pedagogico di natura preventiva. Il progetto nasce anche dal desiderio di dare risposte ad un fenomeno nuovo ed in forte diffusione tra i giovanissimi, il doping. Il fenomeno è venuto alla ribalta solo in questi ultimi anni e solo recentemente se ne sta percependo la gravità in termini di salute fisica e psichica.

La diffusione dell'uso di sostanze è in progressivo aumento tra gli adolescenti (il 28% degli adolescenti di età compresa **tra i 12 e i 19 anni** consuma droghe di diversa natura e pericolosità, indagine campionaria Eurispes svolta su 6000 adolescenti) ed è frequente il fenomeno della **poli-assunzione**, la tendenza ad assumere più sostanze in una stessa serata (*Espad*, 2003). A questo quadro si aggiunge la notevole diffusione del doping (secondo una ricerca dell'Istituto Universitario di Scienze Motorie la percentuale dei giovani che in palestra fa uso di sostanze dopanti arriva al 40%, *Eurispes* 2004), i soggetti che maggiormente ne fanno uso sono proprio i giovanissimi (l'età media di assunzione viene stimata attorno ai 14 anni), ignari dei rischi a cui vanno incontro. Il ricorso alle sostanze psicoattive e dopanti appare, pertanto, come una delle condizioni più insidiose per un positivo percorso di crescita.

Il progetto pone l'accento sulle manifestazioni precoci del disagio piuttosto che sulla tossicomania dichiarata, ed interviene sui fattori di rischio che in età adolescenziale sono maggiormente correlati all'uso/abuso di sostanze psicoattive e dopanti (*Botvin, Shelder e Block, Jessor e Jessor*), tra i quali si possono segnalare: 1) a *livello interpersonale* (stile educativo inefficace e competitivo tra i genitori), relazioni inadeguate (povere, ostili, neutre) tra genitori e figli; 2) a *livello personale*: bassa autostima (senso di inadeguatezza) unitamente ad una ricerca continua di sensazioni intense e inusuali; repertorio limitato di abilità sociali e relazionali (gruppo di pari positivo, scarse opportunità di aggregazione sul territorio) per affrontare stati emozionali negativi e i compiti evolutivi; il bisogno di appartenenza e di accettazione da parte dei pari; 3) a *livello sociale*: di-

sponibilità e facilità di reperimento delle sostanze; pressioni sociali alla competizione, al risultato eccessivo sia scolastico, che professionale che sportivo.

Il progetto “DRUG-STOP” è innovativo e ha caratteristiche sperimentali per le metodologie adottate nel progetto e per il settore d’intervento.

1.1. Le Metodologie adottate nel progetto

Le metodologie adottate riguardano i seguenti punti:

- *lo sviluppo di comunità*: rappresenta una delle modalità di intervento sociale più moderne ed innovative. Essa tende a superare interventi esclusivamente centrati sulla patologia o rivolti a categorie ristrette. Invece, considera la comunità locale come una risorsa e, nello specifico, intende:
- migliorare il *livello di consapevolezza* degli abitanti rispetto al fenomeno dell’uso/abuso di droghe e sostanze dopanti;
- creare le condizioni affinché gli adulti del territorio dove si realizza il progetto possano *acquisire e sperimentare* modalità nuove e positive di relazionarsi con gli adolescenti (sia nei contesti scolastici, che familiari, che del tempo libero);
- *favorire la relazione* tra le diverse parti della comunità, promuovendo una cultura dell’accoglienza e del rispetto nei confronti delle nuove generazioni.
- *l’approccio preventivo*: il progetto adotta una concezione moderna di prevenzione intesa come potenziamento di fattori protettivi della salute e del benessere e contrasto ai fattori rischio più direttamente correlati con l’uso/abuso di sostanze psicoattive e dopanti. L’informazione (una volta elemento centrale degli interventi di prevenzione) nel presente progetto rappresenta soltanto una delle diverse attività. Questo approccio permette di realizzare un’azione preventiva maggiormente efficace perché si va ad incidere sulle cause dirette di alcuni comportamenti, favorendo altresì effetti a lungo termine in quanto l’efficacia del metodo è legato al potenziamento delle competenze degli operatori (genitori, educatori, insegnanti) presenti stabilmente nel contesto d’intervento.

1.2. Il settore d’intervento

Il progetto intende elaborare e sperimentare un modello di intervento preventivo unitario rispetto all’uso di sostanze psicoattive e sostanze dopanti, andando ad incidere su quei fattori rischio comuni alle due condizioni. Questo rappresenta una novità, in quanto le iniziative preventive sono riferite alle sostanze tradizionalmente considerate psicoattive (*hashis*, cocaina, ecstasy); inoltre il fenomeno del doping solo negli ultimi anni ha assunto i caratteri di perseguibilità penale e pericolosità socio-sanitaria e l’impegno nel contrasto e prevenzione è recente (legge 376/00 e stanziamenti nella finanziaria del 2004). Pertanto, il progetto “DRUG-STOP” rappresenta un intervento innovativo e i risultati della metodologia adottata potranno contribuire all’elaborazione di migliori e più efficaci strategie preventive.

1.3. Strutture e Attività

Il progetto non necessita di particolari strutture o strumentazioni, infatti fa affidamento in modo prioritario sulle capacità di relazione e di comunicazione, sulle competenze sociali e di costruzione di partnership locali degli operatori e volontari che agiranno in esso. Inoltre le strutture che verranno utilizzate (sale per riunioni, campi da gioco, aule scolastiche) sono risorse disponibili sul territorio e facilmente reperibili.

Il progetto ha previsto una serie di attività e strumenti finalizzati in modo diretto ed esplicito alla trasferibilità del modello adottato, nello specifico:

- **elaborazione e stampa del report finale:** il testo di carattere scientifico che rappresenta un valido strumento che contribuisce al dibattito sui temi di riferimento ed inoltre contiene una valutazione tecnica dell'impatto complessivo del progetto e dell'efficacia o meno della metodologia adottata;
- **cd rom laboratori:** un cd rom che, oltre ad offrire una rappresentazione generale del progetto, raccoglie gli strumenti (schede tematiche, giochi, tecniche di animazione,...) utilizzati nei laboratori che si sono realizzati nelle scuole e nei centri giovanili. Il cd rom è pensato per essere uno strumento utilizzabile da altre scuole e strutture aggregative giovanili che vogliano avviare percorsi di prevenzione;
- **tavola rotonda conclusiva e inserimento progetto nella programmazione salesiana:** si tratta di attività che hanno favorito la fattiva replicabilità del progetto in altri contesti territoriali ed organizzativi. Si fa presente che i Salesiani gestiscono in Italia oltre 300 centri giovanili e quindi l'inserimento del progetto nella programmazione di tali centri permette un trasferimento degli interventi e metodologie adottate.

2. Durata del progetto

Il progetto avviato nell'ottobre del 2005 è durato 21 mesi. Si è concluso nel luglio del 2007.

3. Gli obiettivi del Progetto

3.1. Obiettivi Generali

- Elaborare, sperimentare, verificare, diffondere un modello di intervento preventivo primario a favore di adolescenti a rischio di uso/abuso di sostanze psicoattive e dopanti;
- Individuare, sostenere, diffondere le buone pratiche legate al tema della prevenzione primaria.
- Prevenire l'uso di sostanze promuovendo una cultura del benessere e della salute psicofisica.

3.2. Obiettivi specifici

- sostenere e valorizzare l'esercizio e le responsabilità educative di tutti i soggetti che sono coinvolti nell'azione educativa formale (in primo luogo insegnanti, educatori) ed informale (volontari, allenatori, ecc.);
- offrire agli adolescenti strumenti ed esperienze per affrontare in modo positivo il disagio evolutivo, migliorando le capacità di *selfcare*, autostima e *self efficacy*;
- coinvolgere gli adolescenti in attività ed esperienze aggregative e socializzanti nelle quali possano sentirsi accolti ed accettati nella loro specificità;
- offrire agli adolescenti spazi di sperimentazione delle loro abilità, delle loro conoscenze e delle loro competenze;
- aumentare negli adolescenti e adulti il livello di conoscenza e consapevolezza sugli effetti di droghe e sostanze dopanti.

4. Enti promotori e/o coordinatori del Progetto

Il progetto si realizza in collaborazione con 6 enti associati alla Federazione SCS/CNOS o PGS. Tali organismi contribuiranno alla realizzazione delle attività anche attraverso l'apporto di propri volontari e la messa a disposizione di strutture a titolo gratuito. Tali organismi sono di seguito indicati come centri operativi.

Gli **Enti Locali** coinvolti sono stati: il Comune di Giarre; il Comune di Sassari; il Comune di Manduria; il Comune di Alessandria; la Provincia di Alessandria; il Comune di Verona.

5. Destinatari e/o popolazione *target* di riferimento

Il campione di riferimento dell'indagine è composto per il 70% da maschi e il 30% da femmine, compresi tra i 14 e i 22 anni. Per un totale di:

- 300 adolescenti nelle scuole (50 per ciascun centro);
- 1200 adolescenti nelle attività sportive e aggregative (200 per ciascun centro).

Gli utenti del progetto sono anche adulti, docenti e genitori dei ragazzi. Il campione di riferimento per questo altro target di riferimento è il seguente:

- 210 docenti (35 per ciascun centro);
- 210 genitori (35 per ciascun centro);
- 60 allenatori, educatori informali (10 per ciascun centro).

6. Metodologia di intervento

Il progetto è stato svolto ispirandosi come prospettiva d'intervento alla peer education e all'animazione socio-culturale, nonché allo sviluppo di comunità e all'applicazione, in una scuola protagonista, di interventi in chiave preventiva.

6.1. La peer education e l'animazione socio-culturale

Nell'approccio preventivo la metodologia della peer education (P.E.) ha acquisito una sempre maggiore rilevanza perché considera i ragazzi come partner e non solo come semplici destinatari del processo educativo. La strategia della P.E. attiva un processo naturale di passaggio di conoscenze, emozioni ed esperienze da alcuni membri del gruppo ad altri membri di pari status, con un processo di comunicazione globale, profonda e coinvolgente. L'animazione diventa, all'interno della P.E., la strategia educativa vincente per creare l'alleanza necessaria per educare i giovani con i giovani.

6.2. Sviluppo di comunità

Il progetto intende svolgere una funzione di "struttura che connette" capace di fare interagire una pluralità di istituzioni, soggetti ed interventi variamente distribuiti sul territorio, passando da una prassi che vede iniziative territoriali valide ma spesso isolate, a una pratica di interazione, collegamento, interscambio, comunicazione.

6.3. La prospettiva preventiva

Il progetto adotta un approccio preventivo inteso non come informazione, ma come **sviluppo di fattori protettivi della salute che sono in diretto contrasto con l'uso/abuso di sostanze**. Pertanto, il progetto intende incrementare quegli atteggiamenti, abilità, percezioni di sé che la letteratura internazionale riconosce come maggiormente correlate all'uso di sostanze.

6.4. La Scuola protagonista

Il progetto considera la scuola non come "utente" di proposte che provengono dal territorio, ma "struttura attiva" e propositiva in una logica di integrazione/collaborazione con le strutture esterne. Questo spiega il motivo per cui i laboratori interni alla scuola verranno svolti direttamente dai docenti.

7. La formazione

La formazione di operatori e responsabili di progetto si è sviluppata in tre incontri formativi, nella sede centrale di Roma, suddivisi ciascuno in tre giorni lavorativi nei periodi di settembre, febbraio e marzo 2006. La discussione sugli aspetti teorici del progetto e gli adempimenti amministrativi hanno occupato la maggior parte di queste giornate. L'incontro maggiormente coinvolgente, anche per l'oggetto di discussione e confronto, è consistito nella programmazione degli incontri formativi da realizzarsi nelle diverse realtà territoriali con l'obiettivo di fornire una preparazione e formazione agli animatori socio-sportivi, ai genitori e ai docenti delle scuole coinvolte nel progetto.

8. La Verifica

Al termine del progetto:

- le 6 comunità territoriali locali e le scuole coinvolte avranno sviluppato un'attenzione maggiore agli adolescenti e alle loro problematiche, una maggiore capacità di dialogo sociale e di confronto;
- i 6 centri operativi avranno costituito al loro interno 6 centri educativi territoriali dando vita ad un ambiente carico di relazioni umane positive in modo tale che gli adolescenti a rischio si sentano accolti, sostenuti, accompagnati;
- saranno stati coinvolti, accolti e sostenuti con azioni educative circa 1500 adolescenti a rischio di uso/abuso sostanze psicoattive e dopanti;
- circa 1500 adolescenti avranno incrementato fattori protettivi (autostima, accettazione di sé, esperienze di socializzazione) della salute e del benessere;
- saranno stati coinvolti in attività formative e sensibilizzati circa 210 genitori;
- gli operatori e volontari che partecipano al progetto avranno sviluppato una conoscenza più approfondita e complessa dei percorsi del disagio, dell'uso/abuso di droghe e sostanze dopanti, dei loro affetti sulla salute psicofisica e, avranno sviluppato capacità per affiancare e sostenere i ragazzi presenti sul proprio territorio di riferimento.

Verifica Finale del Progetto

Sofia TAVELLA - Supervisore del Progetto

Durante lo svolgimento dell'iniziativa, l'equipe centrale ha svolto un'azione di monitoraggio del progetto, attraverso la raccolta di dati con schede appositamente costruite di verifica e un incontro; a metà progetto con gli operatori e i responsabili. Al termine dell'iniziativa, invece, è stato valutato l'esito dell'iniziativa, attraverso la somministrazione di questionari utili a sondare i pareri, le impressioni sulla realizzazione del progetto degli utenti (genitori e docenti) e degli operatori, dei responsabili e degli enti partner inseriti nella rete sociale (Centro salesiano, PGS, ASL, CONI, Comune, Provincia, ecc.).

Qui riportiamo i risultati della verifica articolata in tre parti: la verifica dei responsabili di progetto, quella degli operatori e infine quelle degli enti partner coinvolti nel progetto. La sintesi offerta deriva da un'attenta lettura e da una elaborazione delle risposte date, cui segue una riflessione e una interpretazione in chiave psico-pedagogica.

1. Verifica finale dei Responsabili di Progetto

Si sono raccolte di seguito le testimonianze dei responsabili di progetto delle diverse realtà locali che hanno realizzato con impegno e serietà gli obiettivi formativi, educativi e di prevenzione stabiliti all'inizio del progetto.

1.1. Il responsabile di progetto nella città di Alessandria

Il progetto "Drug-stop" è riuscito a coinvolgere sufficientemente vari protagonisti: dall'SCS alla PGS. Il Comitato Provinciale della Polisportiva Giovanile Salesiana di Alessandria si è sentito molto corresponsabile, partecipe e adeguatamente informato nelle varie fasi del progetto e ha valutato come molto ben curati ed efficaci i momenti formativi organizzati a Roma per gli operatori.

In alcuni casi si è riscontrato un eccessivo carico burocratico in riferimento ai diversi adempimenti richiesti. Gli operatori responsabili a livello locale hanno avuto la difficoltà di adattare alla situazione locale le indicazioni del centro nazionale, ossia dal modello standardizzato si doveva riuscire a delineare una soluzione locale adeguata ed efficace. Rispetto alle buone prassi già consolidate presso il comitato provinciale della PGS di Alessandria, il progetto si è dimostrato innovativo per l'apertura al territorio e a diversi ambiti formativi ed educativi.

Rispetto alle attese e agli obiettivi iniziali, il progetto è stato realizzato abbastanza bene grazie anche a un'ottima costruzione di rete con enti, operatori, ASL 20, scuole, FIDAL e CONI:

Nella ASL 20 si sono svolti laboratori di formazione per docenti e genitori, percorsi di promozione della salute e un seminario tematico; nel Centro Salesiano "Don Bosco" di Alessandria e nel Comitato Provinciale CONI di Alessandria si sono svolte attività aggregative e laboratori di formazione per animatori e allenatori e seminari tematici. L'istituto comprensivo "S. Caretta" di Spinetta in provincia di Alessandria e il Liceo Scientifico "G. Galilei" di Alessandria hanno realizzato invece esclusivamente percorsi di promozione della salute e laboratori di formazione per docenti e genitori; la Parrocchia/Oratorio "San Giorgio" di Castelceriolo e quello di "San Rocco" di Cascinagrossa in provincia di Alessandria si sono dedicati a laboratori di formazione per docenti e genitori con seminari tematici.

Si sono riscontrati positivi pareri circa le attività formative, seminariali e laboratoriali tanto che sono stati richiesti ulteriori percorsi di coinvolgimento per classi di scuola superiore non coinvolti nel progetto. Anche il comune ha richiesto la possibilità di inserire i percorsi formativi previsti dal progetto fra le proposte alle scuole per il prossimo anno scolastico.

Tuttavia si possono evidenziare alcuni punti critici. Per esempio la mancanza di adeguata connessione con altri centri operativi impegnati nel progetto con l'obiettivo di scambiarsi delle esperienze e condividere difficoltà e risultati raggiunti; lo scarso coinvolgimento della struttura salesiana a livello regionale nella promozione del progetto.

Il Centro salesiano è stato coinvolto nel progetto attraverso la partecipazione di alcuni responsabili al gruppo di progetto e di gruppi di giovani alle attività aggregative.

Il progetto è stato promosso e patrocinato dai seguenti enti che hanno fatto parte del gruppo di progetto locale: il Centro Servizi amministrativi (CSA), il Piccolo (trisetimanale locale) il quotidiano telematico locale (www.giornal.it), il Comune di Alessandria e la Provincia. Pur non facendo parte del gruppo locale di progetto i seguenti enti hanno partecipato in maniera attiva al progetto: la Cooperativa sociale "Progetto A", con interventi sulla legalità nei percorsi di promozione della salute, interventi di animazione nei laboratori di formazione e nei percorsi di promozione della salute; l'Istituto per la Cooperazione allo Sviluppo, con interventi sul valore della solidarietà nel percorso di promozione della salute delle scuole medie; la Parrocchia Spinetta Marengo, con l'organizzazione di un seminario tematico.

Il gruppo Progetto si è riunito in seduta plenaria all'incirca ogni quattro mesi, con frequenti incontri in piccoli gruppi su specifiche attività. Si è discusso principalmente delle finalità del progetto, dei contenuti, delle modalità e dei tempi della sua realizzazione, valutando di volta in volta il contributo che ciascun membro del Gruppo al progetto era in grado di dare alle attività programmate.

In sintesi si sono stabiliti rapporti operativi significativi e un modello di intervento validato che potrà essere utilizzato anche per ulteriori contenuti. Dall'elaborazione della mappa del territorio emerge una forte necessità di un'azione di raccordo e di proposta fra le molteplici risorse/professionalità/testimonianze e i bisogni, sempre maggiori, di informazione e formazione.

Si è riusciti a formare un buon gruppo di genitori che collaborasse col progetto mettendo in luce anche limiti, difficoltà e dubbi dei loro percorsi genitoriali, confrontando le loro diverse esperienze e trovando un luogo e un momento di crescita attraverso il dialogo e la formazione. Importante è stato il confronto con gli operatori scolastici e socio-sanitari in un terreno neutro e senza pregiudizi. Forti le aspettative innescate e prevalente la richiesta di poter reiterare l'esperienza formativa. Dopo la fase formativa/informativa sono stati un volano per la partecipazione dei ragazzi ai seminari e alle altre attività.

1.2. Il responsabile di progetto nella città di Giarre

L'Associazione "Meta Cometa" Onlus di Giarre non sempre si è sentita parte corresponsabile e adeguatamente informata nelle varie fasi di realizzazione del progetto. Un giudizio sufficiente anche per il grado di coinvolgimento tra i vari protagonisti locali del progetto. Gli operatori responsabili hanno riscontrato alcune difficoltà in relazione all'attuazione di ciò che andava calato nelle realtà locali e a lavorare con gli enti e le associazioni locali. L'aspetto innovativo del progetto è stato duplice: lavorare in rete e occuparsi di prevenzione del *doping*. Si è riusciti a coinvolgere in termini preventivi più soggetti e questo ha permesso di raggiungere almeno in parte gli obiettivi iniziali. Il Gruppo Progetto è stato costituito da associazioni parrocchiali, sportive, giovanili e aggregative oltre che familiari. L'associazione "Centro Famiglie" ha collaborato, pur non facendo parte del gruppo progetto, per la realizzazione del laboratorio di formazione per i genitori. Gli incontri del Gruppo Progetto si sono svolti con una cadenza mensile e con la finalità di organizzare iniziative, mappatura territorio, monitoraggio, valutazione iniziative, ecc. Sono stati coinvolti i salesiani della Comunità del Tabor per il corso destinato agli animatori socio sportivi e per le attività aggregative e sociali. Si è riuscita a costruire una buona rete sociale che potrà operare anche in futuro con successo su attività, corsi e altri progetti. Si è rimasti delusi del ruolo giocato dalle istituzioni che sono rimaste ai margini con scarsa attenzione sui temi della prevenzione del *doping*. Al contempo però si è raggiunto una buona sintonia con il gruppo genitori che si è impegnato anche in futuro al fine di assicurare ulteriori ricadute del progetto nella realtà locale dei giovani.

1.3. Il responsabile di progetto nella città di Manduria

Un livello sufficiente di valutazione sia per il coinvolgimento dei vari protagonisti del progetto, sia per il grado di partecipazione e informazione sulle attività del progetto e sia per la cura e l'efficacia dei momenti formativi previsti dal

progetto nella sede centrale di Roma. Il progetto si è dimostrato innovativo per la collaborazione con i docenti delle scuole coinvolte e il contatto con i giovani. Il livello di attuazione del progetto è stato ottimale. Ci si aspettava in più solo la possibilità di coinvolgere allenatori e istruttori di altre associazioni sportive, palestre e piscine che invece si sono dimostrati sordi agli inviti della PGS locale. Una grande quantità di tempo che poteva essere utilizzata per il contatto diretto con gli adolescenti è stata invece impegnata in carteggi, telefonate e corrispondenza.

Il Gruppo Progetto è stato costituito dal Comune di Manduria, nella persona dell'Assessore alle Politiche Sociali che ha messo a disposizione ambienti e spazi espositivi per la pubblicità del progetto; da un docente di educazione fisica dell'Istituto Tecnico Commerciale per Geometri che ha dato una mano nelle attività del progetto e ha mediato per la messa a disposizione di ambienti per le attività; un docente di educazione fisica del liceo classico-scientifico con le stesse finalità; l'Opera Salesiana che ha messo a disposizione gratuitamente sale, attrezzature ed utenze; l'Oratorio Centro Giovanile che ha contribuito con l'offerta gratuita degli educatori volontari e degli animatori, oltre che degli ambienti e dell'esperienza accumulata nella gestione delle attività con i giovani; un medico dell'Ospedale civile di Manduria e la PGS Juvenilia Don Bosco che ha coordinato e realizzato le attività sportive e formative. Si evidenzia la partecipazione al progetto anche di altri Enti: il comitato provinciale PGS che ha curato la pubblicità del progetto e ha dato sostegno all'organizzazione delle attività; gli esercizi commerciali di Manduria che hanno assicurato la pubblicità del progetto; l'Ispettorato Salesiano Meridionale che ha dato visibilità al progetto nell'ambito della pastorale giovanile. L'Istituto Agrario che ha partecipato alle attività del progetto; l'Istituto Professionale per i servizi sociali. Il liceo artistico, linguistico; inoltre la PGS di Fragagnano nella provincia di Taranto che ha partecipato alla formazione degli animatori, la provincia di Taranto che ha offerto il patrocinio morale al progetto; la Scuola elementare che ha partecipato alla formazione dei docenti; il SERT della ASL 7 di Taranto che ha offerto un confronto sulle tematiche e una consulenza informale; le varie parrocchie della diocesi di Oria che hanno partecipato alla formazione degli animatori.

Il Gruppo Progetto si è riunito ogni tre mesi per un totale di quattro incontri, discutendo su: organizzazione delle attività, i contenuti della formazione, l'analisi del contesto e le strategie per il raggiungimento degli obiettivi.

La valutazione del progetto è positiva soprattutto per la possibilità, che attraverso di esso si è venuta creando, di contattare e individuare aree di collaborazione con diversi enti che hanno contribuito anche a evidenziare alcuni bisogni e risorse del territorio quali: informazione e formazione, attività aggregative, sensibilizzazione e formazione degli adulti, individuazione e promozione delle risorse del mondo giovanile e servizi funzionanti nel territorio, infine un gruppo di genitori che ha collaborato soprattutto per il monitoraggio della situazione territoriale e dell'impatto del progetto sull'ambiente parrocchiale e cittadino.

1.4. Il responsabile di progetto nella città di Torre Annunziata

La PGS di Torre Annunziata nella fase iniziale del progetto si è sentita parte corresponsabile, partecipe e adeguatamente informata nelle varie fasi di realizzazione del progetto. Ha valutato molto bene il grado di coinvolgimento nel progetto dei vari protagonisti (SCS, PGS, ecc.) ma solo sufficiente il grado di cura ed efficacia dei momenti formativi organizzati a Roma per gli operatori. La novità del progetto è consistita nella possibilità di coinvolgere e aggregare diverse fasce di età: dagli adolescenti ai genitori. A un buon coinvolgimento degli animatori che hanno acquisito nuovi strumenti d'intervento sui ragazzi, è corrisposto invece una scarsa partecipazione delle istituzioni scolastiche dove il SERT locale aveva già avviato percorsi di prevenzione dall'uso/abuso di sostanze tra i ragazzi.

Tra le associazioni o agenzie educative che hanno preso parte al progetto appartenendo al Gruppo progetto si evidenzia la presenza del direttore dell'istituto salesiano di Torre per la disponibilità dimostrata nel fornire gli spazi per gli incontri e per la sua capacità organizzativa; il rappresentante dell'oratorio per la sua capacità propositiva e il presidente della PGS per la sua capacità di gestione degli incontri. Al progetto hanno partecipato, seppur non come membri del Gruppo Progetto, anche un medico e uno psicologo. Il Gruppo Progetto si è riunito inizialmente quattro volte al mese e poi i contatti sono proseguiti tramite email. Il Centro Salesiano ha messo a disposizione le aule per gli incontri di formazione con adolescenti e genitori che hanno manifestato un enorme bisogno di essere ascoltati e di aprire un dialogo.

1.5. Il responsabile di progetto nella città di Verona

Molto coinvolgimento dei vari protagonisti del progetto così come molta cura ed efficacia è stata assicurata ai momenti formativi svolti a Roma per gli operatori. Sufficiente, invece, è il livello di corresponsabilità, partecipazione informazione che si è raggiunto nelle varie fasi del progetto.

Si sono riscontrati problemi di coinvolgimento e condivisione di quanto si andava realizzando nella realtà territoriale con alcuni enti contattati. Il carattere innovativo del progetto è dato dalla possibilità di incrementare una rete locale già esistente sul territorio con l'idea di una prosecuzione futura delle varie collaborazioni consolidate. Globalmente, rispetto alle attese e agli obiettivi iniziali, il livello di attuazione del progetto è stato buono in quanto le attività e il coinvolgimento degli enti partner sono stati realizzati con successo. Molto buona la partecipazione delle scuole, soprattutto dell'Istituto Seghetti, un liceo sportivo. L'unica difficoltà riscontrata è stata la collaborazione con la realtà salesiana del territorio limitrofo che è fallita nonostante un'iniziale adesione.

Il Gruppo Progetto Locale è stato creato con la partecipazione di diversi enti: l'Istituto superiore Caterina Bon Brenzoni, l'Istituto Seghetti, il Comune di Verona (Assessore alle Politiche Giovanili e alle Politiche Sociali), la scuola media

Antonio Fedeli, la Pastorale Giovanile della diocesi. Nell'istituto Bon Brenzoni sono stati attuati laboratorio formativo per gli insegnanti e percorsi di promozione alla salute con due classi. Nelle medie dell'Istituto Seghetti sono stati attuati seminari tematici, nelle scuole superiori i percorsi di promozione alla salute, con i docenti delle medie un laboratorio formativo; il convegno di chiusura progetto rivolto ai ragazzi delle scuole superiori; nella scuola media Antonio Fedeli con l'attiva partecipazione del preside si è realizzato un laboratorio per i genitori; con gli animatori degli adolescenti di alcune parrocchie è stato realizzato un seminario tematico.

Per lo svolgimento di gran parte delle attività aggregative e di seminari tematici per adolescenti hanno giocato un ruolo fondamentale il centro di aggregazione giovanile Parlaraga, la parrocchia di Alcenago e di Stallavena.

Gli incontri del gruppo progetto sono stati due: uno all'inizio e uno alla fine. In itinere si sono svolti dei micro incontri che si sono conclusi con la realizzazione della conferenza di fine progetto. La figura storica e importante della comunità dei giovani che ha dato un enorme slancio anche alla realizzazione di tale progetto è don Sergio Pighi. I genitori che hanno dato disponibilità sono stati parte attiva nel sostenere gli operatori del progetto.

2. Verifica finale Operatori di Progetto

La testimonianza fornita dai vari operatori dei gruppi progetto locali è qui descritta in termini quasi narrativi con l'obiettivo di evidenziare sensazioni, impressioni. Giudizi, punti di forza e di debolezza di un'iniziativa progettuale che nella maggior parte dei casi ha contribuito a incrementare conoscenza e promuovere competenza in tutti coloro che hanno saputo e voluto occuparsi di giovani e di tutela della loro salute, nelle vesti di operatori della salute.

2.1. La PGS di Alessandria

I due operatori impegnati nella realizzazione del progetto hanno considerato l'esperienza vissuta abbastanza positivamente perché ha rappresentato un'opportunità di crescita personale e professionale per molteplici punti di vista: ha permesso di aumentare molte conoscenze, alcune competenze gestionali e le abilità relazionali. È stata un'occasione di apertura verso nuovi enti e realtà territoriali prima sconosciute e verso alcune persone con le quali si è stabilito un buon livello di intesa e collaborazione.

Il valore aggiunto del progetto si può sintetizzare in quattro aspetti: progettazione condivisa delle attività laboratoriali, raccordo continuo con coloro che hanno partecipato al progetto, concretezza degli interventi e coinvolgimento e informazione/formazione di tutti i soggetti impegnati a vario titolo nell'educazione formale e informale (genitori, insegnanti e allenatori).

Tra i limiti più grandi del progetto sono stati: la lontananza della sede cen-

trale del progetto, l'onerosità e la farraginosità degli adempimenti formali che hanno sottratto risorse umane e temporali ad altre attività più operative, lo scarso o nullo coinvolgimento delle scuole salesiane.

Dal punto di vista della continuità del progetto, poiché si è consolidata una buona e collaborativa rete fra gli enti che vi hanno aderito, con opportuni finanziamenti si può ben sperare in un prosieguo dell'iniziativa.

I laboratori attivati sono 9: un laboratorio di formazione per animatori socio-sportivi, uno per educatori e docenti, uno per genitori, due percorsi di promozione della salute presso il liceo scientifico "G. Galilei" e quattro percorsi di promozione della salute presso la scuola media "Alfieri" dell'Istituto Caretta di Spinetta, in provincia di Alessandria. I laboratori di formazione per genitori e per docenti e il percorso di promozione alla salute della scuola media "Alfieri" hanno riscontrato maggiore interesse. L'impressione che si ricava sull'efficacia e la validità delle attività laboratoriali da parte degli adulti è positiva. I partecipanti hanno avuto l'opportunità di mettere costruttivamente in discussione i modelli educativi da loro abitualmente applicati e hanno tratto da questa esperienza alcuni elementi utili da inserire nella loro pratica educativa quotidiana. Da parte degli adolescenti c'è stato apprezzamento delle attività realizzate soprattutto di quelle centrate sui temi del doping e della legalità. Gli adolescenti hanno potuto riflettere su se stessi, esprimere i propri bisogni e i propri disagi, entusiasmandosi per l'approccio interattivo usato.

2.2. *L'Associazione "Metacometa" di Giarre*

Dalla voce dei due operatori coinvolti nel progetto si ricavano impressioni positive circa l'esperienza ormai conclusa e che ha costituito un'opportunità di apprendimento di abilità manageriali, organizzative e progettuali. L'aspetto più significativo del progetto è dato dall'inserimento nella realtà locale e dal contatto con ragazzi e genitori. Il limite più grande è stato il rapporto con le scuole e la burocrazia. In termini progettuali e di continuità si prevede una buona opportunità di prosieguo di quanto avviato anche in termini di relazione sociale. Molto positivo è stato il giudizio dei genitori coinvolti che hanno espresso desiderio di proseguire nelle attività anche in seguito, per non interrompere il percorso sulla genitorialità che li ha visti protagonisti attenti e responsabili. Grande entusiasmo e voglia di proseguire con questa iniziativa è stata riscontrata tra gli adolescenti. Tutto questo ovviamente fa ben sperare nel successo di una prossima edizione del progetto.

2.3. *La PGS Juvenilia "Don Bosco" di Manduria*

Il progetto è stato un'occasione di inserimento professionale in una realtà già conosciuta e nella quale si è costruita la formazione personale attraverso anni e anni di attività volontaria. È stata un'esperienza positiva anche nei termini di una collaborazione con scuole e docenti, un'interazione con adolescenti. Troppo

tempo è stato speso per incombenze burocratiche e grande disagio c'è stato per il mancato coinvolgimento delle società sportive del territorio.

Per gli adulti sono stati organizzati tre corsi: per animatori e allenatori, per genitori e per docenti. Il risultato ha superato le aspettative perché si è riusciti a coinvolgere anche persone lontane (residenti fuori Manduria) interessate agli argomenti proposti. Per gli adolescenti sono stati attivati nelle scuole due tipi di laboratori: un cineforum per il biennio e un altro per il triennio scelto dai ragazzi stessi. Nel Centro Giovanile sono stati attivati un laboratorio musicale, teatrale e artistico per adolescenti e preadolescenti. Tra gli adulti oltre che la partecipazione e l'interesse si è potuto riscontrare anche un bisogno di confronto, dialogo e sostegno per migliorare la loro relazione con i figli. È stato bello scoprire negli adolescenti il desiderio di comunicare dei messaggi di stili di vita salutari ai loro coetanei attraverso varie forme artistiche.

Grazie alla buona collaborazione con le scuole, alla professionalità e all'interesse di alcuni docenti e dirigenti scolastici, alla disponibilità e all'impegno dimostrato anche dagli animatori e dai collaboratori dell'Opera Salesiana si può ben sperare nella continuità di tale iniziativa sul territorio.

2.4. La Cooperativa "Il Sogno" di Sassari

Gli operatori impegnati nel progetto sono tre. Il progetto *drug-stop* è stato un'esperienza di crescita professionale e di confronto con persone che spendono tempo ed energie a favore dei minori: presidi, insegnanti, genitori, operatori del sociale, esperti, educatori, volontari. Il coordinamento del progetto ha permesso di acquisire e potenziare diverse abilità. Prima fra tutte quella di mediare tra i diversi partecipanti che in alcuni casi erano portatori di esigenze difficili da conciliare con l'ente di appartenenza. L'aspetto più significativo del progetto è stato il tentativo di costruire un linguaggio condiviso rispetto al problema della prevenzione dell'uso/abuso di sostanze con realtà diverse da quella salesiana con cui invece operano da anni. Un limite non ancora sottolineato è legato all'intervento di natura preventiva che sarebbe stato preferibile applicare più nella scuola primaria che nella scuola secondaria, quindi il coinvolgimento dei bambini sarebbe stato auspicabile in termini di intervento preventivo. Sono infatti i bambini i destinatari da privilegiare per lavorare su quelle competenze trasversali in grado di tutelare i ragazzi da ogni forma di disagio. Altro grosso limite è stato realizzare il progetto a cavallo tra due anni scolastici: sarebbe stato preferibile realizzarlo nell'arco di un'unica annualità, per poter apprezzare di più la ricaduta e avere maggiore continuità anche con gli attori coinvolti. Infine gli adempimenti burocratici hanno appesantito il lavoro, togliendo spazio all'organizzazione delle attività e alla relazione con le realtà coinvolte nel progetto, in particolare nei momenti in cui si è dovuta produrre documentazione a corredo delle attività realizzate. Il progetto ha molte possibilità di essere riproposto, non solo nelle scuole e nei centri di aggregazione già coinvolti ma anche con altre realtà fortemente interessate alla tematica del *doping*, molto raramente conside-

rata nei contesti educativi. Il progetto ha consentito di creare una rete di collaborazioni che si intende portare avanti in futuro, in particolare con le due scuole secondarie di primo grado, l'oratorio salesiano e il SERT. I laboratori attivati sono stati: laboratori rivolti ai docenti delle scuole medie, ai genitori degli alunni delle scuole medie, agli allenatori sportivi e agli animatori sociali; il cineforum rivolto ai preadolescenti e agli adolescenti che frequentano l'Oratorio Salesiano. Tra i laboratori per adulti quello che ha riscontrato maggior successo è stato quello rivolto agli allenatori e agli animatori sociali: i ragazzi hanno frequentato in maniera costante, hanno portato al gruppo le loro esperienze e si sono confrontati tra loro. La partecipazione ai laboratori è stata molto attiva, il confronto aperto, molto forte anche il desiderio di approfondire alcune tematiche. Ma è mancato l'apporto significativo degli insegnanti. In compenso si è potuto riscontrare un alto indice di gradimento delle attività tra gli adolescenti coinvolti.

2.5. La PGS di Torre Annunziata

Un'esperienza di crescita personale e di successo sul piano professionale. La possibilità di lavorare a stretto contatto con i ragazzi ha permesso di porsi come punti di riferimento, promuovere iniziative ricreative e formative per coinvolgere più ragazzi e incrementare competenze educative dei genitori e degli animatori. La manifestazione "Gioco all'ora ... anch'io" è stata quella che ha conquistato maggiore attenzione e partecipazione.

2.6. La Comunità dei Giovani di Verona

È stata un'esperienza positiva che ha incrementato competenze organizzative, gestionali e progettuali, oltre che le conoscenze sulle sostanze e sui loro effetti sulla salute. Il progetto ha permesso di costruire delle basi solide con alcune agenzie educative territoriali, con le quali si intratterranno con fiducia rapporti di collaborazione futura. Tra i laboratori attivati, il percorso di formazione per i docenti ha suscitato maggiore partecipazione, con conseguente richiesta di replica dell'iniziativa.

3. Verifica finale incaricati Enti Partner

La rete sociale che sul territorio delle diverse realtà progettuali si è venuta a costituire è stata formata grazie alla disponibilità di risorse economiche, di struttura e di competenze che hanno visto protagonisti enti scolastici, comunali, provinciali, di federazioni sportive e associazioni sportive, associazioni di volontariato, ASL e SERT. Un ampio ventaglio di attori che hanno giocato, ciascuno nel proprio ruolo di appartenenza, una partita importante nella prospettiva dell'informazione, della formazione e della prevenzione dalle sostanze *doping*.

3.1 Nella città di Alessandria

3.1.1. L'istituto comprensivo "Caretta" di Spinetta (AL)

L'insegnante che fa parte del gruppo che ha coordinato il progetto testimonia il suo impegno e quello dell'istituto, e il lavoro svolto. Nel corso di formazione per docenti e nel percorso di promozione della salute, si è concretizzata la collaborazione tra l'istituto e il gruppo progetto locale. Per definire e calibrare il tipo di intervento da agire in sinergia con la comunità dei giovani è stato importante il confronto con i genitori, ma anche con gli operatori sociali del territorio. Con il centro che ha guidato e coordinato l'iniziativa c'era già una conoscenza di alcuni anni oltre che un rapporto di collaborazione attiva. Il progetto *drug-stop* ha rappresentato un'occasione di consolidamento del rapporto con una condivisione più puntuale con i singoli docenti e le famiglie.

Attraverso il percorso di formazione realizzato si è potuto rafforzare il piano delle conoscenze psicopedagogiche, confrontando le tematiche oggetto di riflessione con le necessità e i bisogni relazionali e le difficoltà generazionali. La possibilità di esaminare con un'ottica di sistema e da più punti di vista i bisogni ed i problemi dei giovani della comunità, ha fatto percepire l'utilità ed il valore di un modello di intervento forse più impegnativo, ma decisamente più produttivo e coinvolgente. Un aspetto positivo del progetto è coinciso con l'istituzione del gruppo progetto come regia delle attività: ha saputo coinvolgere agenzie educative e enti che difficilmente potevano riuscire a entrare in sinergia. Altro punto positivo al progetto deriva dalla combinazione di attività formative tradizionali (seminari, lezioni) e di animazione teatrale e *role playing*. Il limite più grande è consistito nell'impostazione metodologica che non si adegua in maniera generalizzata a tutte le attività proposte.

3.1.2. Il Comitato Provinciale del CONI di Alessandria

Il presidente del Comitato Provinciale del CONI, che ha fatto parte del gruppo che ha coordinato il progetto, si è preoccupato di svolgere la verifica finale. Ha subito evidenziato la disponibilità offerta ad usare gratuitamente strutture per attività formative. Testimonia che la rete sociale creata tra gli attori che sul territorio si sono interessati dei destinatari del progetto è stata molto significativa e molto qualificata. Il centro operativo del progetto è riuscito a creare un rapporto molto collaborativo con gli enti partner. Uno degli aspetti positivi è derivato dalla partecipazione attiva dei genitori. La brevità temporale ha costituito un grosso *handicap*. La proposta pertanto è quella di ripetere di anno in anno un'iniziativa così formativa e ben riuscita.

3.1.3. Il Liceo Scientifico "G. Galilei" di Alessandria

L'insegnante di educazione fisica, rappresentante del liceo, pur non avendo partecipato al coordinamento del progetto, ha saputo proporre il coinvolgimento di due quinte classi che hanno poi partecipato al laboratorio tematico sull'uso di sostanze e sui rischi per la salute.

Il clima che si è creato tra i gli operatori, gli insegnanti e gli studenti che si sono confrontati su diverse tematiche, è stato molto positivo. La rete sociale che si è saputo creare ha dimostrato serietà e professionalità e ha dato disponibilità a continuare il lavoro intrapreso. L'aspetto maggiormente positivo è stato il coinvolgimento dei ragazzi che si sono interessati, si sono lasciati coinvolgere e hanno aumentato le loro conoscenze su argomenti nuovi, inesplorati.

3.1.4. Un genitore di Alessandria

Oltre che un genitore è anche un ex docente di educazione fisica di una scuola media di Castellazzo (AL). Ha preso parte al gruppo di coordinamento del progetto. Ha notato molta voglia di trasmettere i contenuti relativi all'ambito del *doping* e delle tossicodipendenze, argomento molto delicato per i ragazzi di oggi. Grazie al lavoro e alle competenze degli operatori del progetto si è riusciti a creare una rete forte e solida che potrebbe proseguire anche in futuro questa collaborazione molto positiva.

3.1.5. Una formatrice di Alessandria

Ha valutato positivamente la proposta progettuale perché ha rappresentato un tentativo concreto di sollecitare la condivisione riguardo al tema-problema della dipendenza e dell'abuso delle sostanze. È stata una bella occasione per dare voce a differenti punti di vista nel tentativo di costruire un linguaggio comune con il quale dialogare in modo autentico al servizio dei ragazzi. Il centro operativo ha lavorato con molta serietà nella programmazione, nel sostegno alla realizzazione delle attività e nel monitoraggio delle iniziative. Il clima è stato sereno, improntato alla negoziazione e alla mediazione delle diverse fasi del progetto con una significativa attenzione alle esigenze di ciascun partner. L'obiettivo generale è sempre stato quello di offrire un'occasione di confronto e di dialogo nel massimo rispetto delle diversità istituzionali e personali. La consapevolezza raggiunta riguardo le problematiche trattate è stata più che buona come anche il livello di stima tra i diversi attori coinvolti nel percorso. Il livello di conoscenza è sicuramente cresciuto.

La sensazione che ne deriva si può riassumere nell'acquisizione di alcune competenze in merito all'analisi delle problematiche trattate e alla capacità di confronto e negoziazione di punti di vista differenti. L'esperienza è stata stimolante in quanto ha permesso di orientare competenze già presenti nell'ottica della prevenzione del disagio giovanile a partire da una prospettiva sistemica, attenta alla complessità.

La progettazione condivisa e l'organizzazione delle attività sono state due punti di forza. È stato possibile un buon accordo con il centro operativo e le attività sono state realizzate con la fattiva collaborazione di tutti i partecipanti. Il progetto ha avuto successo. Può essere considerato un limite solo la mancanza, in questo momento, di una chiara progettualità futura che possa dare continuità al progetto.

3.2. *Gli Enti Partner di Giarre*

La scuola, che ha partecipato attivamente alle attività di formazione per animatori socio-sportivi, oltre che alle attività aggregative e di socializzazione ha valutato positivamente il progetto soprattutto per il tipo di rapporto che si è riusciti a creare con i genitori e i ragazzi stessi, sensibilizzati su tematiche un po' difficili da trattare. Anche i genitori hanno evidenziato un clima positivo e di collaborazione proficua che fa ipotizzare in futuro una prosecuzione di successo sul territorio.

3.3. *Nella città di Manduria*

3.3.1. Il preside dell'Istituto Tecnico Commerciale e per Geometri "L. Einaudi" di Manduria

L'iniziativa è stata estremamente positiva. La partecipazione e la collaborazione della scuola al percorso proposto e alle tematiche trattate hanno sensibilizzato i ragazzi in modo pertinente a questioni che purtroppo sconvolgono il mondo giovanile. C'è stata sinergia nel definire la progettualità per un unico obiettivo: la consapevolezza della tutela della salute psico-fisica. Per realizzare e consolidare la rete sociale creata è stato utile sostenere azioni sociali per far in interagire il trinomio scuola, famiglia e mondo giovanile.

3.3.2. Il Centro Giovanile Salesiano di Manduria

Il responsabile del gruppo animatori salesiani che ha preso parte al gruppo di coordinamento del progetto, testimonia che la rete sociale che si è creata è buona, poiché ha visto coinvolte attivamente le varie realtà che si occupano dei giovani quali scuole, associazioni, ecc. Si è creato un buon rapporto di collaborazione con i diversi enti e il centro operativo grazie anche alla presenza, all'interno del gruppo che ha coordinato il progetto, dei rappresentanti dei vari enti partner. Il lavoro di messa in rete dei vari enti promotori e organizzatori delle diverse iniziative è stato svolto con attenzione alle esigenze dei vari attori, e questo ha permesso di conoscersi meglio e di stringere rapporti forti e tali da poter continuare eventuali altre collaborazioni in futuro. Il progetto ha permesso di approfondire e sviluppare il tema del *doping* e diffondere idee su stili di vita salutari tra i giovani e tra gli educatori in collaborazione con altre agenzie educative. L'unica difficoltà è stata quella di non essere riusciti a coinvolgere alcune delle realtà contattate.

3.3.3. Il presidente dell'associazione PGS di Manduria

Gli allenatori e i dirigenti sportivi sono stati coinvolti nella realizzazione delle attività con i ragazzi e i giovani, soprattutto nelle attività di socializzazione e sportive. Un certo rammarico è legato, da un lato, alla mancata partecipazione di altre associazioni sportive che non hanno risposto all'invito a collaborare, nonostante le numerose richieste a prendervi parte; dall'altro lato, alle difficoltà di orario che hanno reso complicata la partecipazione continua al progetto di alle-

natori e dirigenti sportivi. Il progetto è stato un'opportunità di collaborazione, informazione, formazione, prevenzione educativa e realizzazione di attività estremamente coinvolgenti per gli adolescenti.

3.3.4. Il presidio ospedaliero "M. Giannuzzi" di Manduria

Ha fornito le competenze mediche necessarie per la formazione di animatori e docenti coinvolti nel progetto. La riuscita della collaborazione attivata è parziale in quanto non si sono sentite coinvolte alcune realtà quali società sportive, palestre e organizzazioni di volontariato. L'ente promotore è sicuramente molto motivato a proseguire e così pure coloro che sono stati coinvolti nel gruppo di coordinamento del progetto. Sarà necessario che alcune istituzioni dimostrino più sensibilità verso queste problematiche.

3.4. *Gli Enti Partner di Sassari*

Soprattutto le scuole, che hanno attivamente partecipato alla realizzazione di corsi e attività laboratoriali con i ragazzi. Hanno valutato come molto interessanti gli incontri di formazione sulla comunicazione, sull'ascolto attivo, anche se disturbata da diverse difficoltà organizzative sopraggiunte. La parte maggiormente apprezzata tra le attività d'aula, quella dedicata all'approfondimento sulle sostanze svolta con competenza dagli operatori del SERT, che però hanno partecipato in maniera discontinua, impedendo la prosecuzione delle stesse attività laboratoriali. È mancata una preparazione adeguata e puntuale delle attività che dovevano essere realizzate oltre che degli operatori che avrebbero dovuto coordinarle.

3.5. *Nella città di Torre Annunziata*

3.5.1. Il direttore dell'oratorio salesiano di Torre Annunziata

Il progetto ha contribuito a far crescere il livello di conoscenza in merito al discorso della prevenzione all'uso/abuso di sostanze dopanti. Positivo anche l'incremento delle competenze educative degli educatori coinvolti. Attraverso la formazione svolta il centro salesiano è stato sensibilizzato su una problematica difficile da affrontare. Si è riscontrata una buona partecipazione delle persone impegnate e un'ottima sensibilità dei genitori. È mancato il tempo per consolidare i rapporti con alcune istituzioni presenti sul territorio.

3.5.2. Il medico volontario impegnato nel progetto a Torre Annunziata

Non sembra che si sia creata, a dire del medico, una buona rete sociale, anche perché alcune istituzioni non hanno risposto con adeguata collaborazione. Grazie al progetto si è riusciti a conquistare maggiore visibilità sul territorio e a promuovere una vasta sensibilizzazione sulle tematiche oggetto di riflessione di diversi incontri formativi. La burocrazia eccessiva ha contribuito a rendere più complessa e complicata la realizzazione del progetto. Gli altri enti partner: psicologo volontario, educatore volontario, assistente sociale, sottolineano invece una

buona riuscita del progetto in termini di formazione, coinvolgimento, partecipazione e organizzazione.

3.6. Nella città di Verona

3.6.1. Un tecnico del Comune di Verona

Ogni partner è stato contattato e si è reso protagonista del progetto in base al diverso ambito di influenza e di lavoro. La rete sociale, già in parte esistente, è stata potenziata e ha affrontato temi di riflessione che hanno permesso la nascita di progettazioni future che si ritiene attuabili con le risorse del territorio. I punti di forza del progetto sono riassumibili con tre parole: informazione, confronto e creazione di possibilità progettuali future.

3.6.2. Un insegnante dell'Istituto Seghetti di Verona

Il progetto ha dato la possibilità di programmare e pianificare attività di tutela del benessere dei ragazzi. Grazie alle metodologie attuate nella formazione, alla creazione di legami importanti tra le agenzie educative del territorio, all'informazione precisa e accurata, al coinvolgimento dei ragazzi. Il progetto è stata un'esperienza di successo, seppure con limitate risorse, se si considera la possibilità di una riproposta delle stesse attività in futuro.

3.6.3. L'incaricato della pastorale giovanile della diocesi di Verona

La pastorale giovanile è stata inserita nel progetto con l'obiettivo di realizzare i laboratori di formazione per gli animatori socio-sportivi. Il progetto è stata una buona occasione per creare delle solide basi di collaborazione tra gli enti del territorio. La rete che si è costituita può essere uno strumento decisamente utile al fine di attuare strategie significative nel sostegno ai ragazzi e alle figure adulte di riferimento. Il centro operativo si è impegnato molto al fine di creare rapporti di reciprocità e, compatibilmente con le attività realizzate, è riuscito a mantenere tali rapporti. Grazie alle attività formative svolte, il livello di conoscenza e di competenza che è stato raggiunto è estremamente cresciuto. La carta vincente del progetto è stata la flessibilità, caratteristica, questa, che ha permesso di rispondere alle particolari esigenze degli enti coinvolti, di potenziare i legami tra le agenzie educative e approfondire competenze e conoscenze di tutti gli attori del progetto.

3.6.4. Il coordinatore degli assistenti sociali di Verona

Si è creata una buona sinergia tra associazioni pubbliche e private che sono diventate più attente ai bisogni legati alla crescita dei ragazzi. Il progetto ha fatto emergere riflessioni interessanti sul mondo adolescenziale. Sicuramente l'informazione dettagliata circa le sostanze stupefacenti e dopanti, insieme al rapporto di condivisione delle problematiche con le altre realtà territoriali e il buon coinvolgimento dei ragazzi, hanno costituito gli elementi positivi della parte operativa del progetto.

3.6.5. Un insegnante dell'istituto "Caterina bon Brenzoni" di Verona

L'esperienza del progetto è stata positiva anche se si ritiene che molto di più si sarebbe potuto fare coinvolgendo altre realtà territoriali, aumentando gli incontri di sensibilizzazione, informazione e formazione con i ragazzi, aggiungendo alle lezioni teoriche la diffusione di materiale didattico scritto.

4. In sintesi

L'impatto del progetto a livello locale, dal punto di vista di responsabili, operatori e enti partner, è stato positivo seppure con diversi limiti e difficoltà.

La novità più significativa che il progetto ha portato nei singoli centri è stata quella relativa ai percorsi di promozione della salute per adolescenti e alle attività laboratoriali e seminariali per docenti e genitori. Non sono però mancate le critiche e i segnali di disappunto di fronte a un'iniziativa di così grande portata in termini preventivi, rispetto ad una maggiore efficacia che attività di questo tipo avrebbero potuto avere se rivolte e destinate a una popolazione scolastica più giovane, per esempio i bambini e gli allievi della scuola primaria.

Un elemento di problematicità è stato rappresentato dagli adempimenti burocratici e formali che un finanziamento pubblico richiede. In ogni caso, per tutti, soprattutto per gli operatori di progetto, l'iniziativa è stata un'opportunità di crescita personale e professionale.

Tutti gli operatori, dopo aver sensibilizzato il centro salesiano d'appartenenza, si sono impegnati nel coinvolgere altri enti nell'iniziativa, così da costituire il gruppo progetto. Ogni centro è così riuscito ad allargare la propria **rete di collaborazione** e a progettare e realizzare uno stesso intervento con alcune delle forze presenti sul territorio. Si tratta di un'esperienza che, se proseguita nel tempo e abbinata a qualche altro tipo di intervento, ha la possibilità di consolidare e radicare la stessa rete sociale in maniera stabile, seppur poggiata in gran parte su associazioni di volontariato.

I centri salesiani si sono proposti come nucleo animatore o nodo centrale della rete, sia dal punto di vista propositivo che strutturale, solo nelle realtà di Manduria e di Torre Annunziata. Nelle città di Alessandria tale ruolo è stato svolto principalmente dalla scuola e dal CONI provinciale; nella città di Verona e Sassari, ha svolto un ruolo complementare a quello dei centri salesiani in Manduria e Torre la realtà diocesana. La rete sociale si è caratterizzata dunque per aspetti di apertura in alcune delle realtà descritte grazie al sostegno e all'adesione di associazioni sportive, scuole, comune e ASL. La rete dei salesiani è stata assente in maniera significativa e deludente eccetto che nelle realtà sopra citate. Tuttavia, l'apertura riscontrata in altre situazioni territoriali ha contribuito a garantire la sopravvivenza della rete sociale, in quanto legata al territorio, piuttosto che a qualche appartenenza specifica.

Interessante è anche come il progetto sia riuscito, attraverso gli insegnanti, a

coinvolgere le famiglie dei ragazzi e come questo **gruppo di genitori** abbia, a sua volta, costituito un **volano per la formazione dei giovani** su temi di grande attualità e potenzialità riflessiva.

L'aspetto di aggregazione e di attività ludico-sporive è stato sviluppato in tutte le realtà territoriali sotto forma di **laboratori** di psicomotricità, di riciclaggio, di educazione musicale e teatrale e di tornei sportivi.

Ci sembra di poter affermare che il progetto "Drug-stop" ha rappresentato un importante passo in avanti verso la realizzazione di una rete sociale capace di monitorare e incentivare l'incidenza educativa del territorio a favore degli adolescenti, ma allo stesso tempo è evidente come tutto ciò rimanga anche un compito aperto. Un impegno che sprona vari enti partner a mantenere attiva e ad allargare la rete, così da continuare le attività sino ad ora intraprese, come da desiderio di diversi insegnanti e genitori coinvolti, e realizzarne di nuove. Tutto ciò chiede naturalmente al gruppo progetto di acquisire una sempre maggiore capacità progettuale e autoimprenditoriale, conservando la **prospettiva di prevenzione** collegata allo sviluppo di fattori protettivi della salute che sono in diretto contrasto con l'uso/abuso di sostanze.

Indagine sulle abitudini di vita degli adolescenti: risultati

La ricerca ha coinvolto 569 studenti: 264 di sesso maschile e 305 di sesso femminile. Di questi 164 frequentanti la scuola media inferiore (classi 1^a, 2^a, 3^a) e 405 la scuola media superiore (classi 1^a, 2^a, 3^a, 4^a, 5^a). Si tratta di ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 20 anni. Le classi di scuola media coinvolte sono 6 di cui 2 nel territorio di Sassari e 4 nel territorio di Alessandria. Le classi di scuola superiore che hanno aderito al progetto sono 21: 1 nel territorio di Torre Annunziata, 6 nel territorio di Alessandria, 9 nel territorio di Verona e 5 nel territorio di Manduria.

La ricerca è stata svolta con l'ausilio di 1 questionario già precedentemente validato per una ricerca svolta nell'anno 2002 nella provincia di Massa-Carrara, nell'ambito di una Campagna di sensibilizzazione sul problema del *doping* dal titolo "Prevenire il *doping* tra gli studenti e i giovani sportivi".

Il Comitato Scientifico, composto da Andrea Del Pin, Daniela Giochetti, Cristina Marselli, Mauro Bardaglio e Francesco Di Costanzo, ha messo a punto il questionario che è poi diventato lo strumento privilegiato dell'indagine svolta nell'ambito del progetto "Drug-Stop".

Il questionario è composto da domande con risposte del tipo "Sì – No". Non si tratta di una prova a tempo. Tra le istruzioni fornite agli studenti, al momento della somministrazione, si specifica che hanno a disposizione il tempo che ritengono necessario.

Il *primo questionario* sulle "Abitudini di vita"¹ comprende 25 items per la scuola media inferiore (Forma A) e 32 per la scuola media superiore (Forma B)². Esso consente di elaborare un *identikit* generale dello studente-atleta che, rispondendo ai quesiti, fornisce delle informazioni circa le sue abitudini familiari, scolastiche, sportive, alimentari e circa le sue conoscenze su alcune delle sostanze droghe e *doping* e sull'eventuale uso che se ne può fare.

¹ Vedi *Appendice VI*.

² Il questionario sulle "abitudini di vita", nelle due forme A e B, è un adattamento dello strumento utilizzato per la ricerca condotta nella provincia di Roma da C. Pesce e M. Bellocci, nell'ambito della campagna di sensibilizzazione e informazione sul problema del *doping*, promossa dal Comune e dal Provveditorato agli studi di Roma nel 2001.

1. Analisi dati Scuole Medie

L'analisi dei dati ha riguardato in un primo momento lo spoglio delle risposte al questionario solo dei ragazzi di scuola media. Il 28% dei ragazzi a Sassari vive in casa con mamma, papà e fratelli, mentre l'11% solo con mamma e papà; ad Alessandria il 19% vive con (madre, padre e fratelli, di seguito MPF) dove il 10% con MP e il 13% con M (madre) - (Tab 1).

Il 35% dei ragazzi a Sassari ha la mamma che lavora contro il 60% dei ragazzi di Alessandria, (Tab 2).

Alessandria è la città dove i papà – così come le mamme – svolgono un lavoro che li impegna, (Tab 3).

Il 60% dei ragazzi di Alessandria, contro il 46% di Sassari, dichiara di fare sport e quindi di avere una sana abitudine al movimento e all'attività sportiva (Tab 4).

Si evidenzia una partecipazione ad attività sportive prevalentemente in contesto scolastico, piuttosto che associativo, prevalentemente nella città di Alessandria (Tab 5).

Il 74% dei ragazzi di Alessandria pratica sport esclusivamente nelle ore di educazione fisica come il 35% dei ragazzi che vivono a Sassari (Tab 6).

Lo sport più praticato nelle scuole e nelle società sportive di Sassari è il rugby, mentre ad Alessandria è il calcio, con una buona partecipazione anche alle competizioni sportive (Tab 7 a/b/c).

Le abitudini alimentari dei ragazzi sono abbastanza buone, vista la percentuale di ragazzi che mangia un pasto caldo a pranzo e a cena. Si potrebbe però considerare in termini negativi l'abitudine a frequentare e a consumare cibo nei *fastfood* e nel *mcdonald* (Tab 8 a/b).

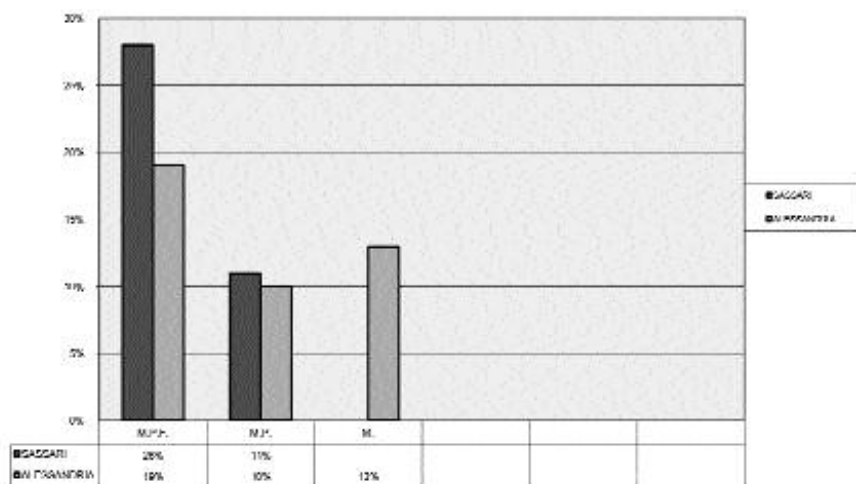
L'uso di integratori è diffuso in entrambe le città. Il livello di conoscenza di alcuni degli integratori più diffusi come la creatina è basso soprattutto nel contesto scolastico di Alessandria. Si evidenzia uno scarso livello di conoscenza e informazioni (Tab 9).

I ragazzi sembrano conoscere meglio il termine amminoacidi. Affermano in genere di non fare uso di creatina e di amminoacidi, anche se circa il 21% dei ragazzi a Sassari affermano di essere ricorsi all'uso degli amminoacidi (Tab 10 a/b/c/d).

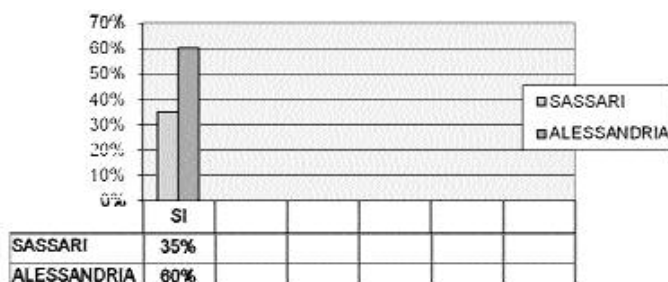
C'è poi un 24% di ragazzi che ad Alessandria manifesta una bassa convinzione/credenza sul fatto che l'alimentazione possa essere sufficiente per star bene, lasciando intravedere e intuire una tendenza a fare uso di sostanze integrative di un'alimentazione probabilmente carente per qualche aspetto (Tab 11).

Per quanto riguarda il ricorso a droghe e/o sostanze psicogene quali cocaina, eroina, cannabis, anfetamine e LSD, i ragazzi, nella maggior parte dei casi, non forniscono alcuna risposta e solo in alcuni casi – come è possibile dedurre da un'attenta lettura delle tabelle – si riscontra una serie di risposte positive e affermative che indicano e attestano un effettivo uso di tali sostanze (Tab 12 a/b/c/d/e).

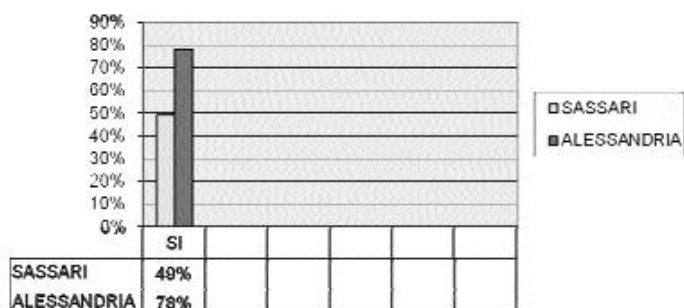
Tab 1 - Con chi vivi?



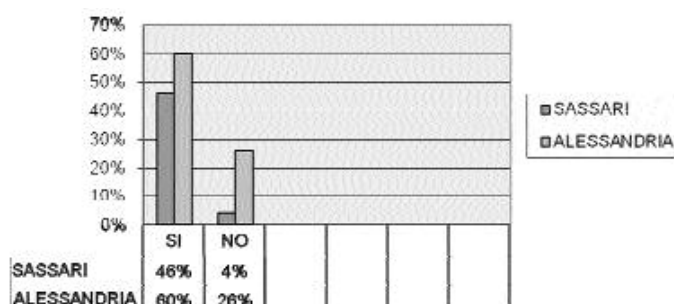
Tab 2 - La mamma lavora?



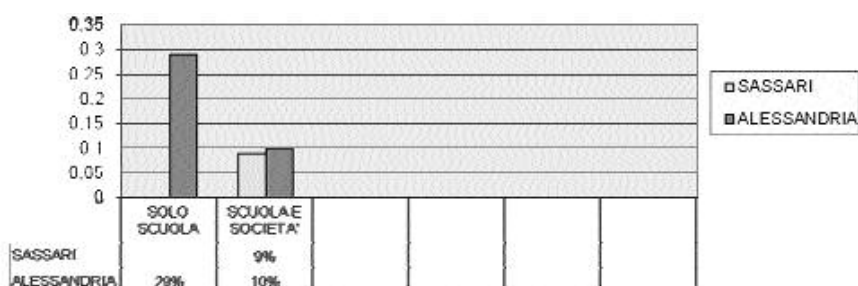
Tab 3 - Il papà lavora?



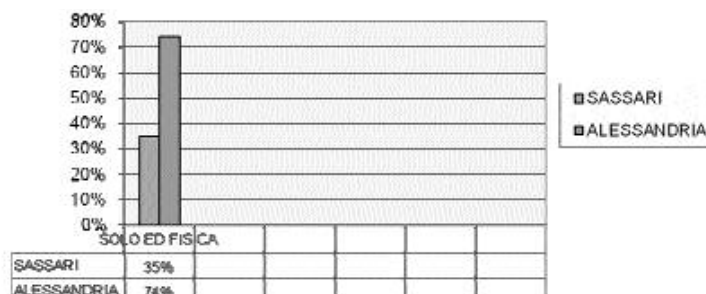
Tab 4 - Fai sport?



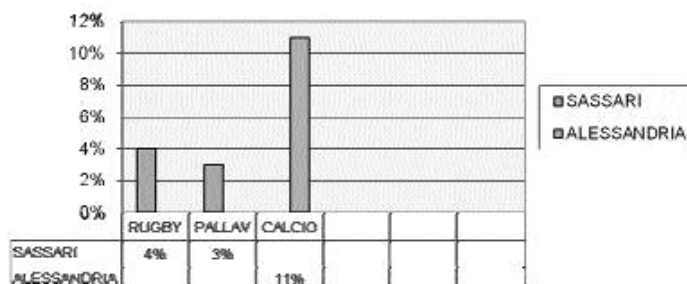
Tab 5 - Pratici sport solo a scuola o anche presso società sportive?



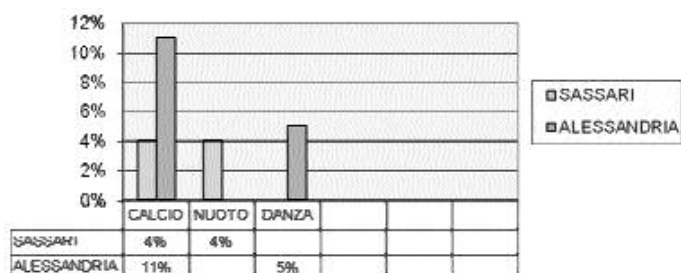
Tab 6 - (Educazione Fisica) Pratici sport solo nelle ore di Ed. Fisica?



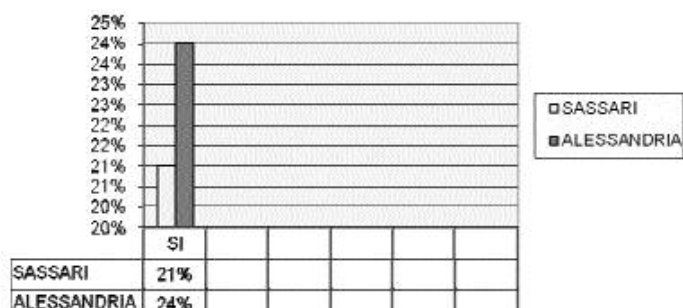
Tab 7a - Quale sport pratici a scuola?



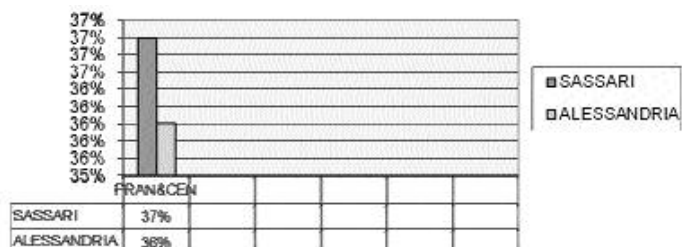
Tab 7b - *Quale sport praticati nelle società sportive?*



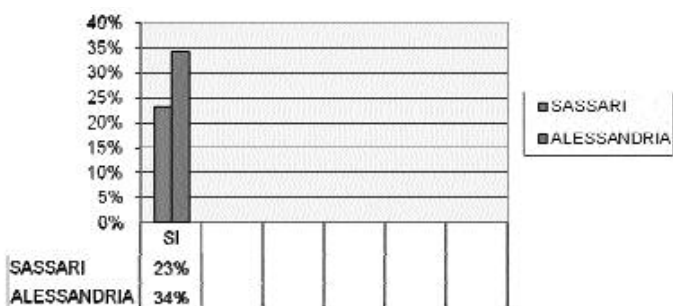
Tab 7c - *Fai competizioni sportive?*



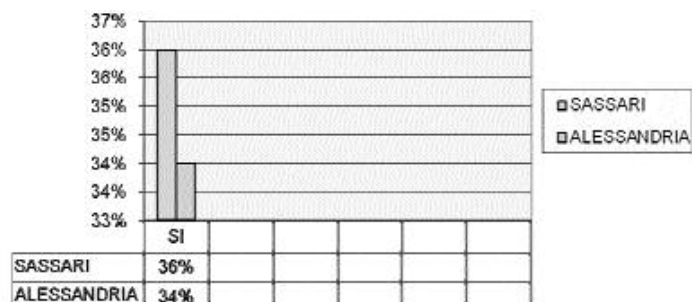
Tab 8a - *Mangi un pasto caldo sia a pranzo che a cena?*



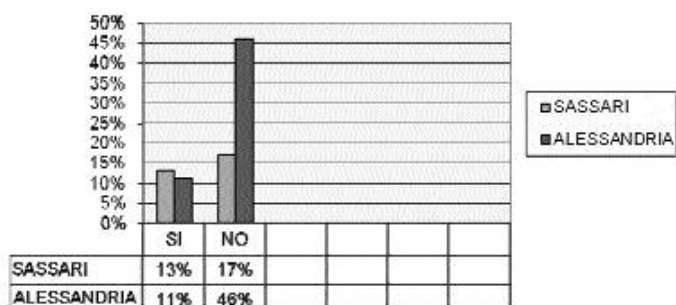
Tab 8b - *Mangi anche nei Fast Food e nei Mc Donald?*



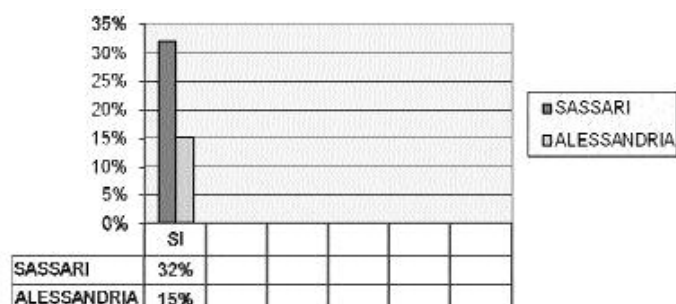
Tab 9 - Fai uso di integratori?



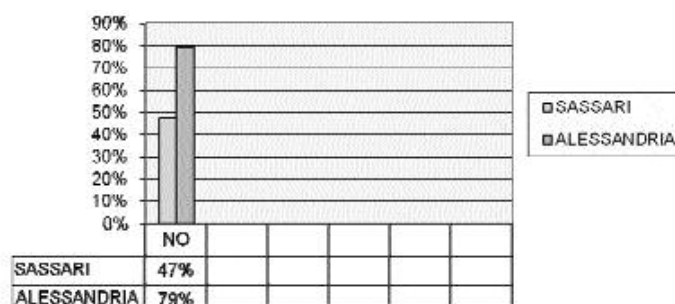
Tab 10a - Hai mai sentito parlare di creatina?



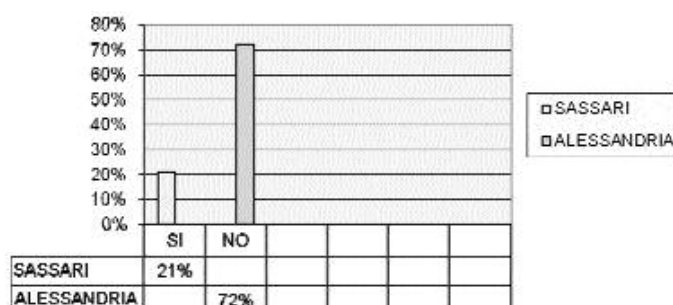
Tab 10b - Hai mai sentito parlare di aminoacidi?



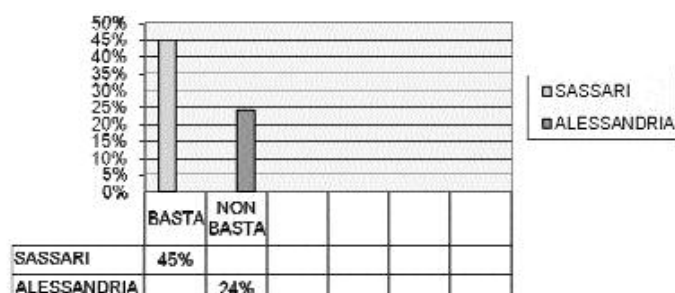
Tab 10c - Hai mai assunto creatina?



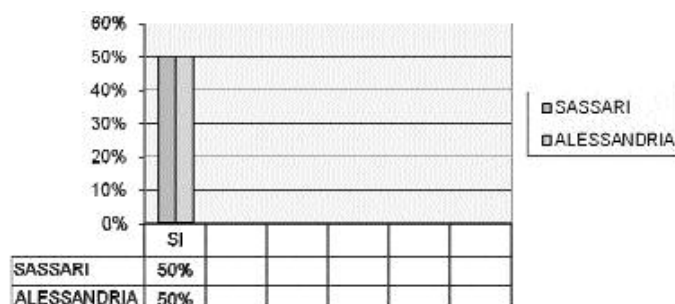
Tab 10d - Hai assunto aminoacidi?



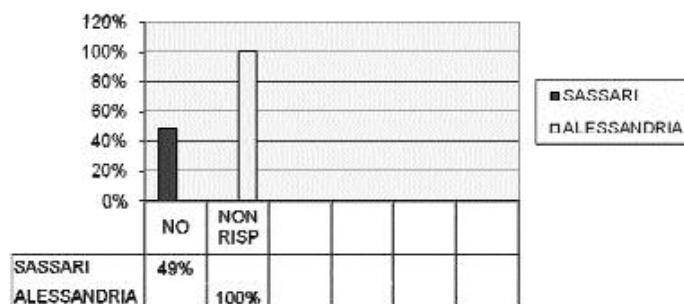
Tab 11 - Pensi che basti una buona alimentazione per star bene?



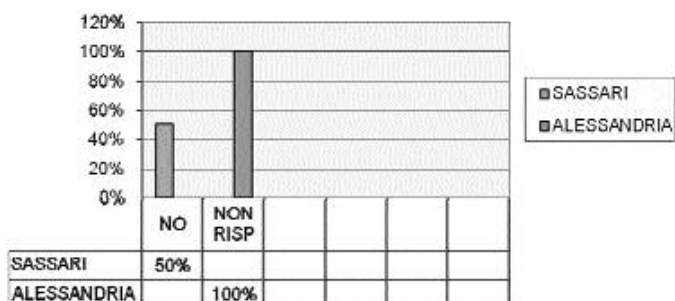
Tab 12a - Pensi che basti una buona alimentazione per star bene?



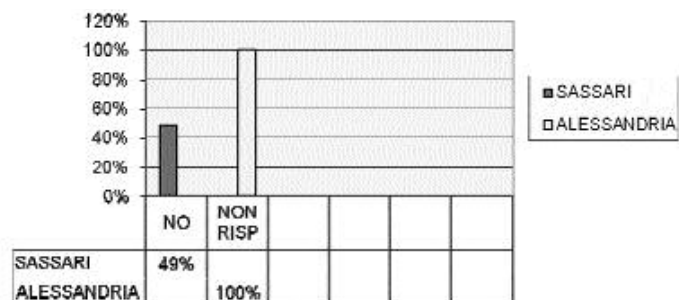
Tab 12b - Hai assunto cannabis?



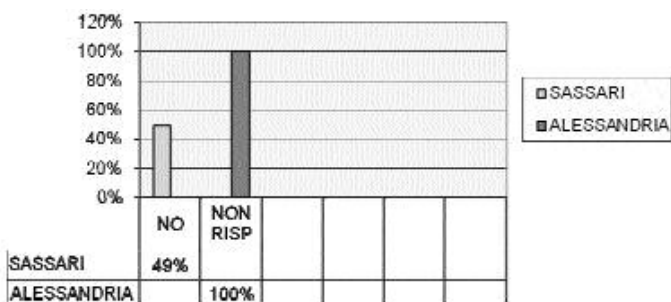
Tab 12c - Hai assunto cannabis?



Tab 12d - Hai assunto cannabis?



Tab 12e - Hai assunto cannabis?



2. Analisi dati Scuole Superiori

La situazione familiare dei ragazzi frequentanti la scuola superiore si presenta così composta: il 93% dei ragazzi di Alessandria vive con MPF (mamma, papà e fratelli), un 15% vive in casa solo con mamma e un 28% con mamma e papà; a Torre Annunziata il 6% vive con MPF e a Verona un 9% con mamma e un 7% con papà. A Manduia³ il 72% dei ragazzi vive con MPF, solo il 15% con mamma e il 3% con mamma e papà. (*Scuole Superiori Tab 1*).

L'83% delle mamme dei ragazzi di Alessandria lavora, contro il 5% delle mamme di Torre. Il 60% delle mamme di Verona e il 56% delle mamme di Manduria invece non lavorano. (*Scuole Superiori Tab 2*).

Il 57% dei ragazzi di Verona non pratica sport contro il 99% dei ragazzi di Manduria che s'impegna in una qualche attività sportiva. (*Scuole Superiori Tab 3*).

Le percentuali indicano una frequentazione maggiore delle palestre scolastiche sia in Alessandria che a Verona, mentre a Manduria la percentuale più alta corrisponde ai ragazzi che fanno sport in palestre private. (*Scuole Superiori Tab 4*).

A Verona si pratica sport soprattutto di pomeriggio, mentre a Manduria il 75% svolge attività fisica sportiva solo nelle ore di educazione fisica al mattino a scuola. (*Scuole Superiori Tab 5*).

La tipologia di attività sportiva praticata a Verona rientra in tre categorie: pallavolo (10%), tennis (9%) e aerobica (10%); il 6% pratica calcio e il 2% pallavolo e tennis nella città di Manduria. (*Scuole Superiori Tab 6*).

Lo sport più praticato nelle società sportive di Alessandria è il *bodybuilding*, di Torre e Verona è il basket, di Manduria palestra e nuoto. (*Scuole Superiori Tab 7*).

Il 36% dei ragazzi di Manduria e l'8% di Alessandria non pratica sport a livello agonistico. (*Scuole Superiori Tab 8*).

Il 70% dei ragazzi mangia un pasto caldo sia a pranzo che a cena nella città di Alessandria, con un 5% di ragazzi frequentanti *fastfood* e *mcdonald*; il 59% fa un pasto caldo a pranzo e il 54% non mangia al *fastfood* o al *mcdonald*. (*Scuole Superiori Tab 9 a-b*).

Il 61% dei ragazzi di Manduria afferma di fare uso di integratori. A questa percentuale viene a sommarsi un 65% di Alessandria e un 12% di Verona (*Scuole Superiori Tab 10*).

Il livello di conoscenza della creatina, uno dei più diffusi integratori in uso tra i giovani sportivi, è alto sia nella popolazione scolastica di Verona (100%) che di Manduria (89%), (*Scuole Superiori Tab 11*).

La conoscenza degli amminoacidi sembra essere buona nella popolazione scolastica di Verona con un 18% di ragazzi che dichiarano di averne conoscenza;

³ I grafici relativi all'analisi dati delle scuole superiori della città di Manduria sono contenuti in un file realizzato in tempi successivi alla precedente elaborazione grafica. Per questo motivo si è ritenuto opportuno indicare nel commento dei dati le percentuali calcolate senza aggiungere la parte grafica che risultava essere separata dal resto del lavoro.

oltre che a Manduria con un 100% di ragazzi che dichiarano di possedere informazioni su queste sostanze, (*Scuole Superiori Tab 12*).

Il 99% dei ragazzi di Manduria non ha mai assunto creatina mentre il 28% dei ragazzi di Verona e il 9% dei ragazzi di Alessandria ne ha fatto uso, (*Scuole Superiori Tab 13*).

L'uso di amminoacidi sembra essere diffuso per il 24% a Verona, mentre nel 94% dei ragazzi di Manduria non si fa uso di amminoacidi; il 27% di ragazzi ad Alessandria fa uso di steroidi che non vengono invece assunti nella popolazione scolastica della cittadina pugliese, (*Scuole Superiori Tab 14 a/b*).

Il 5% dei ragazzi di Alessandria e il 4% di quelli di Verona fa uso di GH; l'83% dei ragazzi di Manduria non ne ha mai fatto uso, (*Scuole Superiori Tab 15*).

La concezione che basti una buona alimentazione per stare bene mantenersi in forma sembra essere poco diffusa sia nella città di Alessandria che di Verona; mentre l'85% dei giovani di Manduria crede che basti una buona alimentazione per stare bene, (*Scuole Superiori Tab 16*).

Si riscontra un buon livello di conoscenza circa il per il 29% dei giovani di Alessandria e il 90% di quelli di Manduria è una sostanza efficace per migliorare la prestazione sportiva, per il 7% dei ragazzi di Verona serve per migliorare l'aspetto fisico (*Scuole Superiori Tab 17 a/b*).

Il 92% dei ragazzi di Manduria non approva l'uso di doping mentre le percentuali di Alessandria (49%), Torre (3%) e Verona (13%) indicano un livello di maggiore apertura e disponibilità all'uso del doping (*Scuole Superiori Tab 18*).

Il 39% dei ragazzi di Manduria beve superalcolici, così come il 38% dei ragazzi di Alessandria; ma la percentuale più alta di ragazzi che ne fanno uso la si calcola nella città di Verona (67%) (*Scuole Superiori Tab 19*).

Fuma l'82% dei ragazzi di Alessandria e il 79% di quelli di Verona. A Manduria solo il 39% dei ragazzi fuma (*Scuole Superiori Tab 20*).

Il 22% dei ragazzi di Manduria ha fatto uso di ecstasy; a Verona, Torre e Alessandria solo il 7% (*Scuole Superiori Tab 21*).

Le basse percentuali di Alessandria, Verona e Torre indicano un uso scarso di anfetamine, così come si riscontra anche tra la popolazione scolastica di Manduria (*Scuole Superiori Tab 22*).

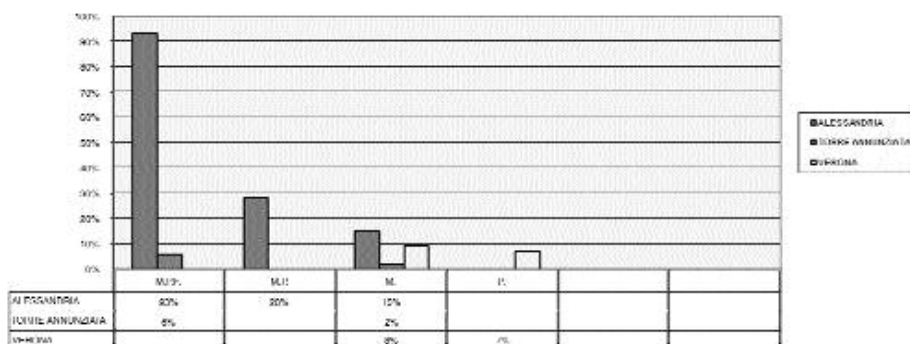
L'83% dei ragazzi di Alessandria ne ha fatto uso; a Verona un 51% dichiara di aver provato la cannabis e a Manduria un 30% di ragazzi (*Scuole Superiori Tab 23*).

L'uso della cocaina non è molto diffuso, se non in piccole porzioni della intera popolazione scolastica coinvolta (*Scuole Superiori Tab 24*).

L'uso di eroina e LSD non rientra nelle abitudini dei giovani intervistati (*Scuole Superiori Tab 25 a/b*).

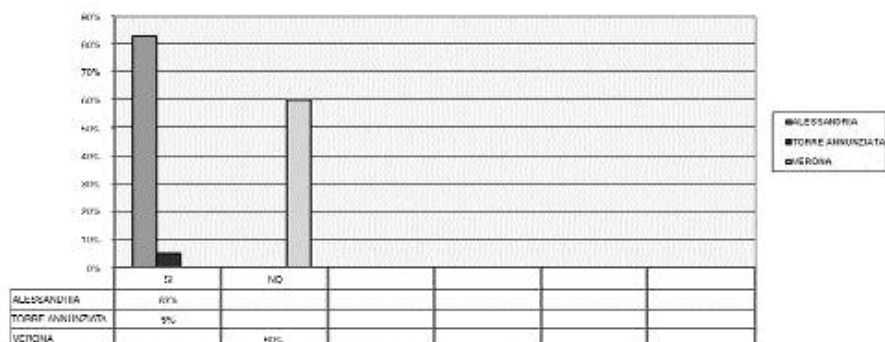
Scuole Superiori - Tab 1

Domanda 1: *Con chi vivi?*



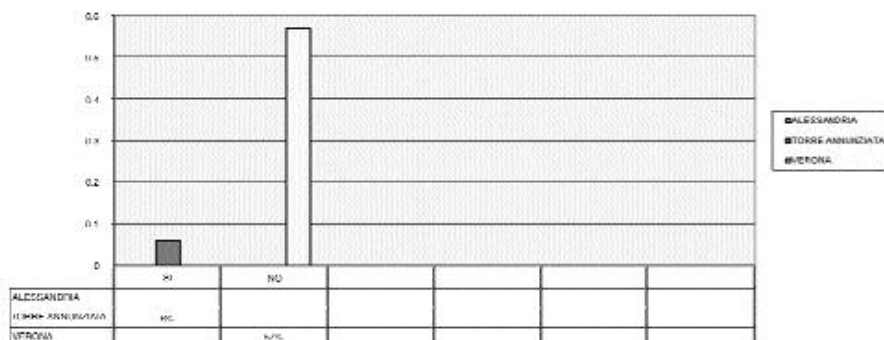
Scuole Superiori - Tab 2

Domanda 2: *Mamma lavora?*



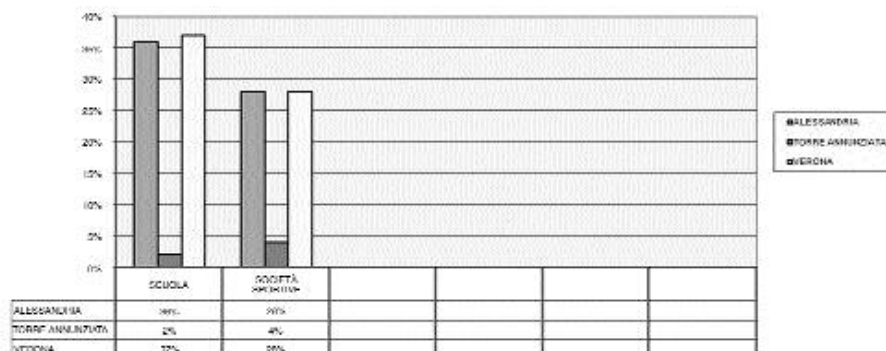
Scuole Superiori - Tab 3

Domanda 5: *Pratichi sport?*



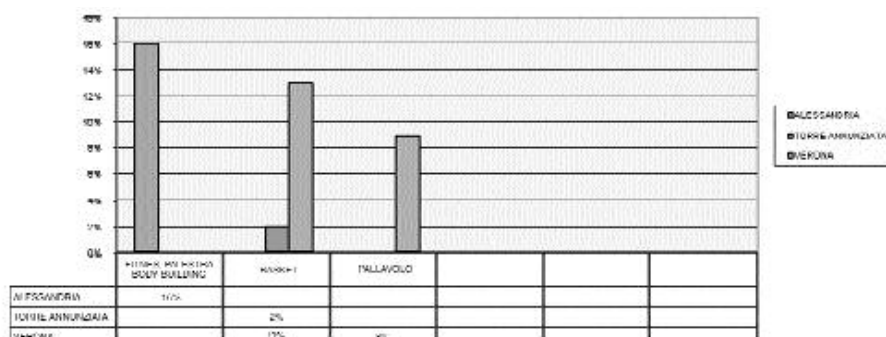
Scuole Superiori - Tab 4

Domanda 6: *Pratici sport solo a scuola o anche presso società sportive?*



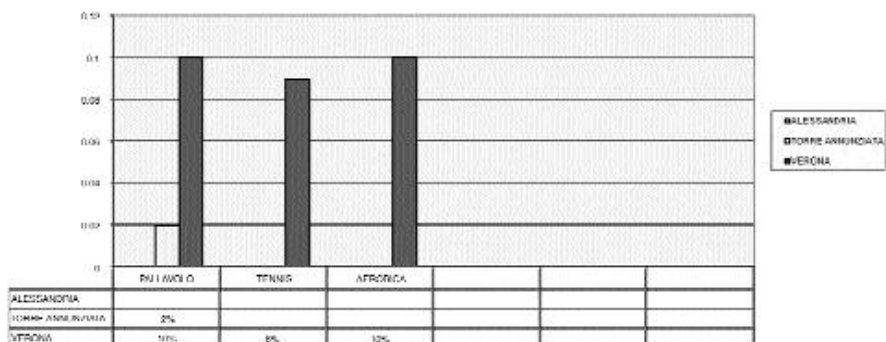
Scuole Superiori - Tab 5

Domanda 7: *Pratici sport solo nelle ore di Educazione Fisica o anche il pomeriggio?*



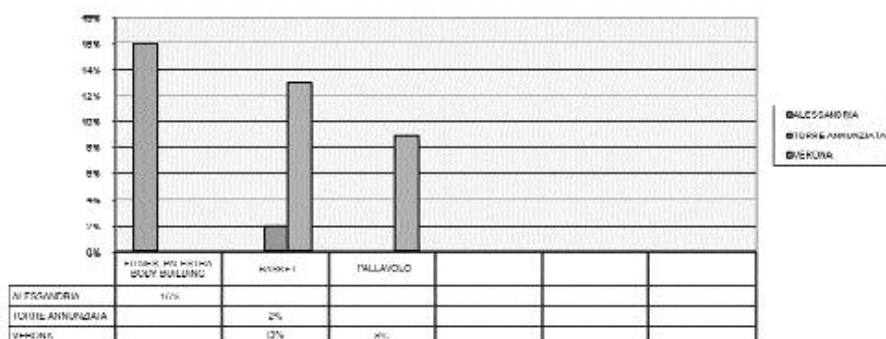
Scuole Superiori - Tab 6

Domanda 8: *Quale sport praticati a scuola?*



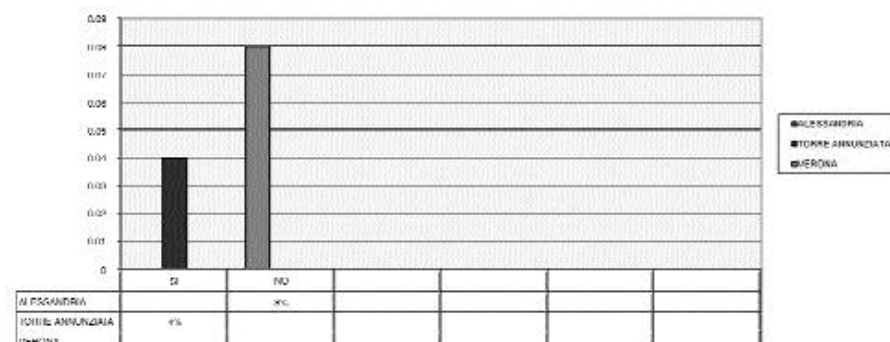
Scuole Superiori - Tab 7

Domanda 9: *Quale sport praticati presso le società sportive?*



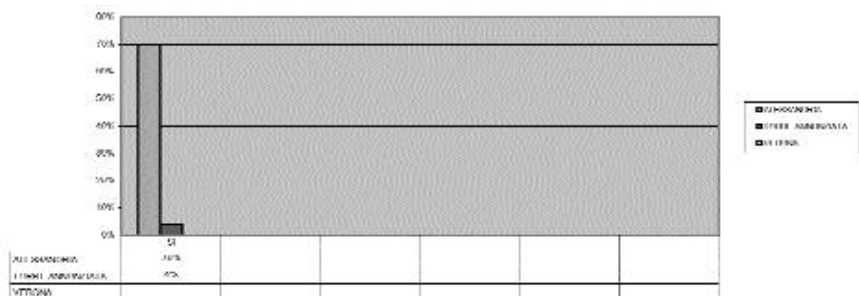
Scuole Superiori - Tab 8

Domanda 11: *Praticati sport a livello agonistico?*



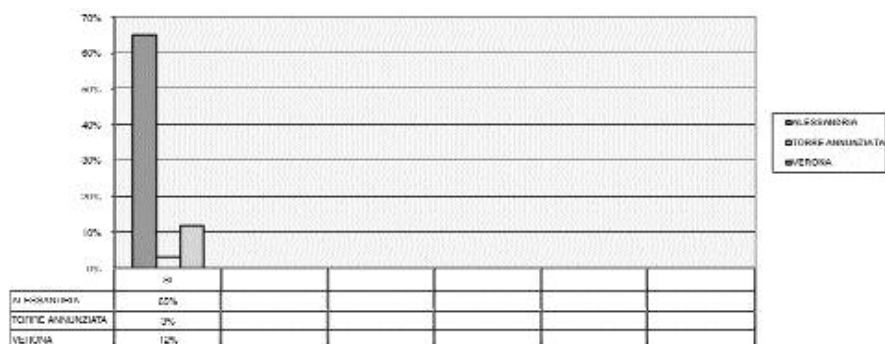
Scuole Superiori - Tab 9a-b

Domanda 12: *Mangi un pasto caldo sia a pranzo che a cena?*



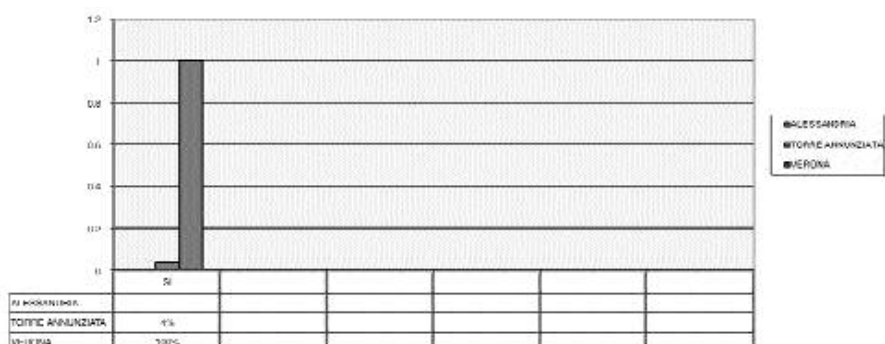
Scuole Superiori - Tab 10

Domanda 14: *Fai uso di integratori?*



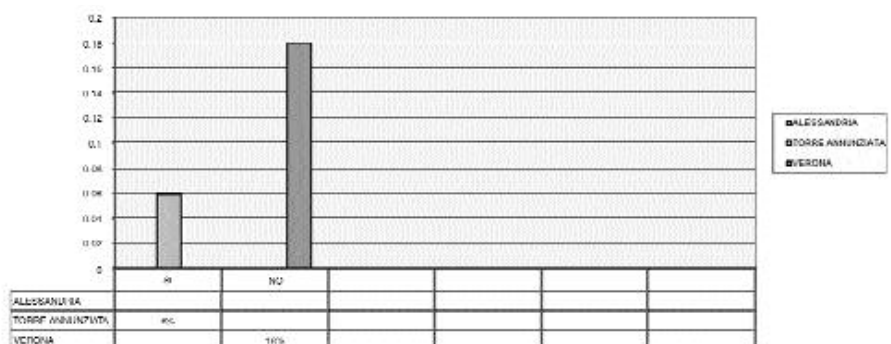
Scuole Superiori - Tab 11

Domanda 15: *Hai mai sentito parlare di creatina?*



Scuole Superiori - Tab 12

Domanda 16: *Hai mai sentito parlare di aminoacidi?*



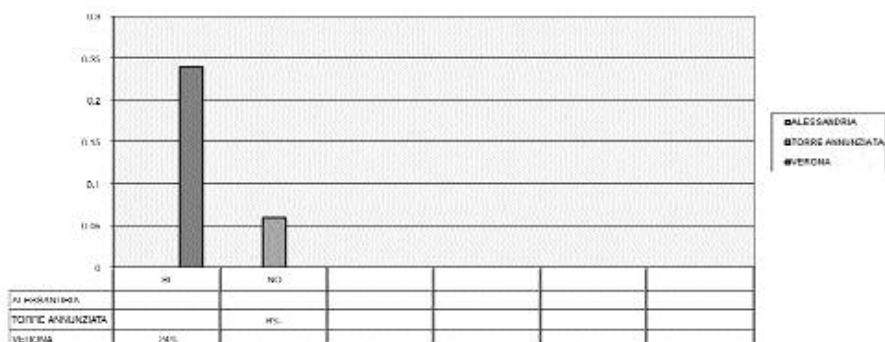
Scuole Superiori - Tab 13

Domanda 17: *Hai mai assunto creatina?*



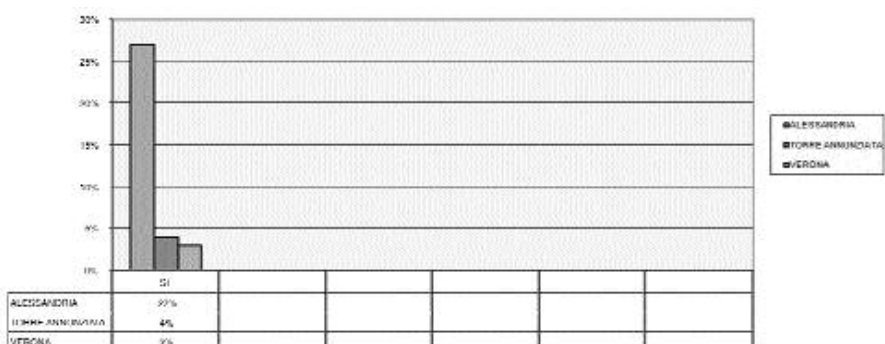
Scuole Superiori - Tab 14a

Domanda 18: *Hai mai assunto aminoacidi?*



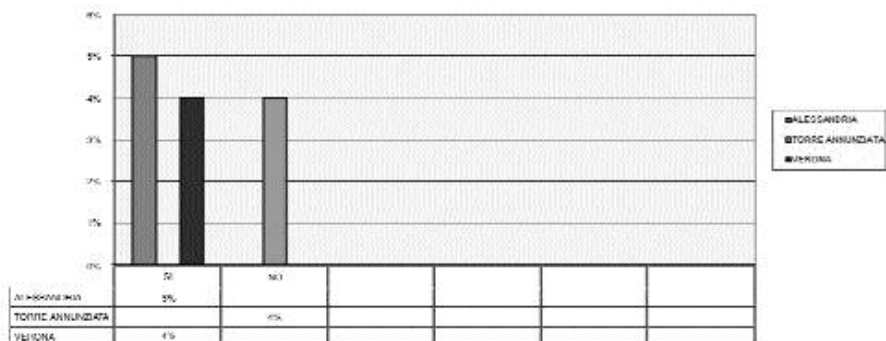
Scuole Superiori - Tab 14b

Domanda 18: *Hai mai assunto steroidi?*



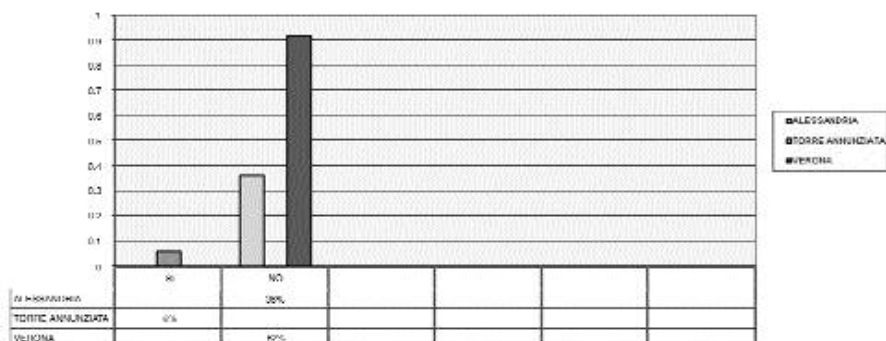
Scuole Superiori - Tab 15

Domanda 20: *Hai mai assunto GH?*



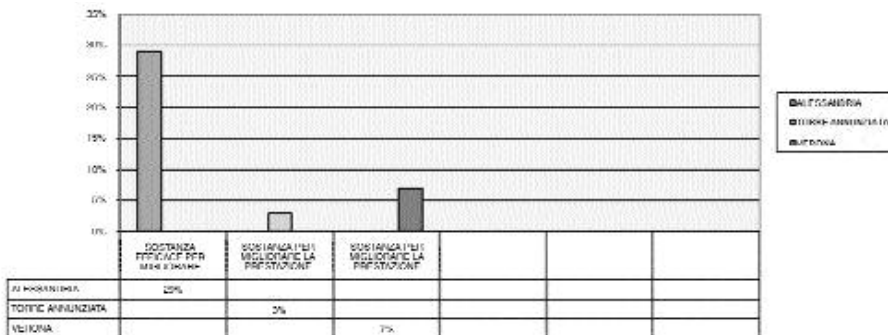
Scuole Superiori - Tab 16

Domanda 21: *Pensi che basti una buona alimentazione per star bene?*



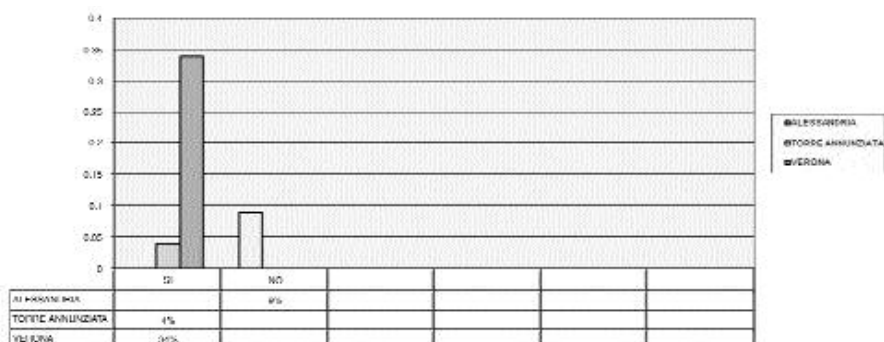
Scuole Superiori - Tab 17a

Domanda 22: *Cosa significa doping?*



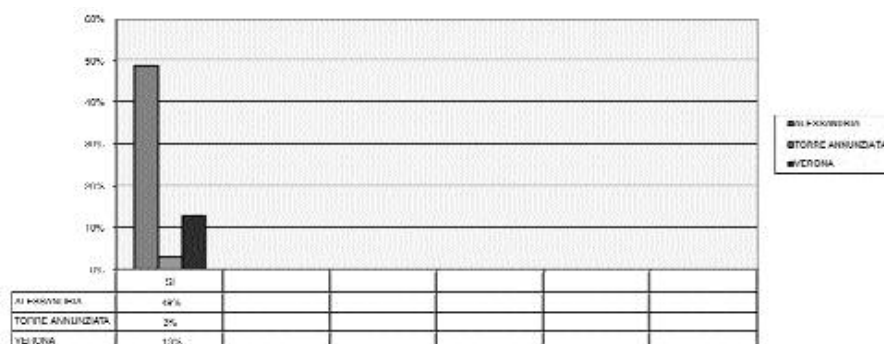
Scuole Superiori - Tab 17b

Domanda 23: *È pericoloso assumere doping?*



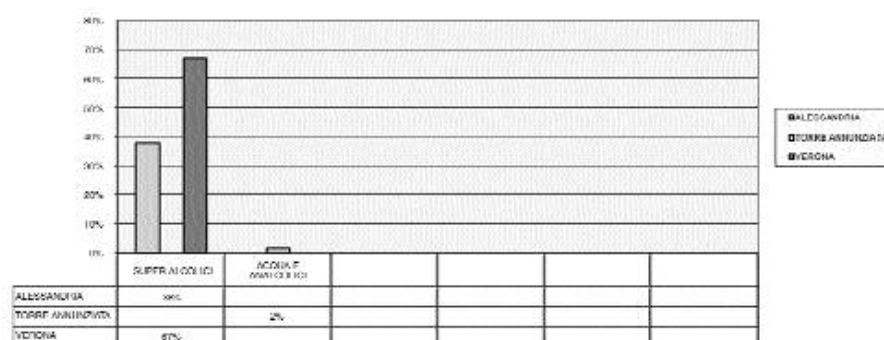
Scuole Superiori - Tab 18

Domanda 24: *Approvi l'uso del doping?*



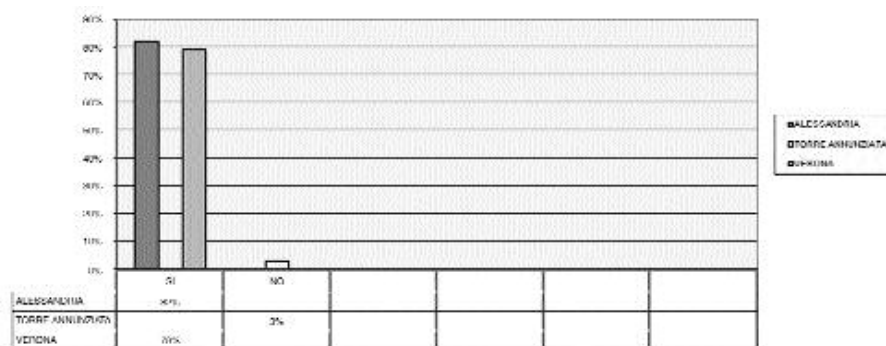
Scuole Superiori - Tab 19

Domanda 25: *Bevi super alcolici?*



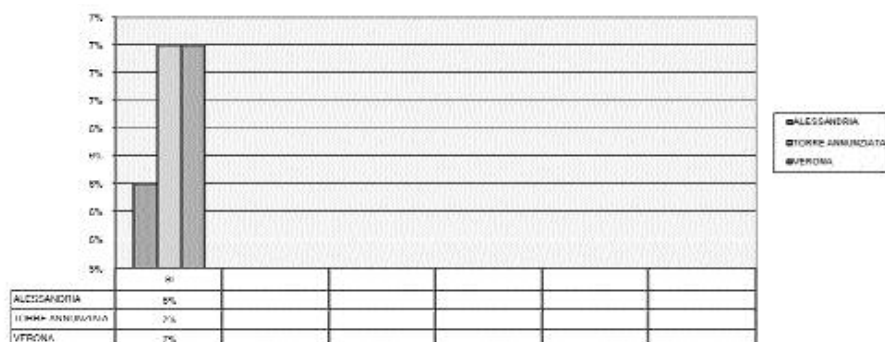
Scuole Superiori - Tab 20

Domanda 26: *Fumi?*



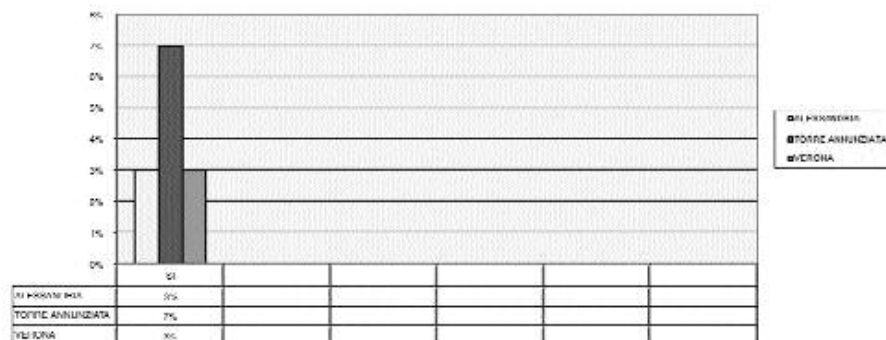
Scuole Superiori - Tab 21

Domanda 27: *Hai assunto ecstasi?*



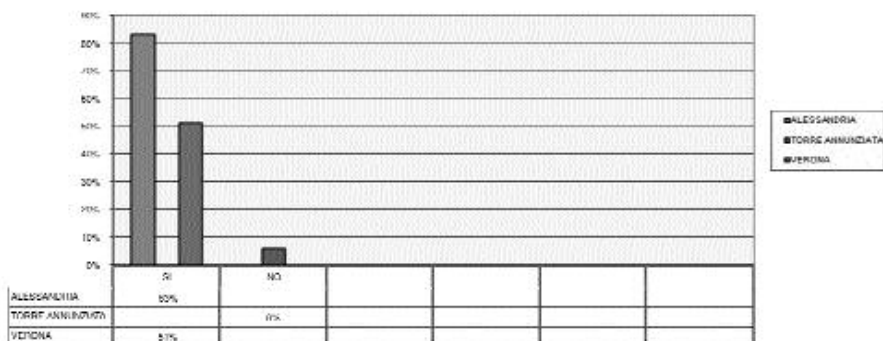
Scuole Superiori - Tab 22

Domanda 28: *Hai assunto anfetamine?*



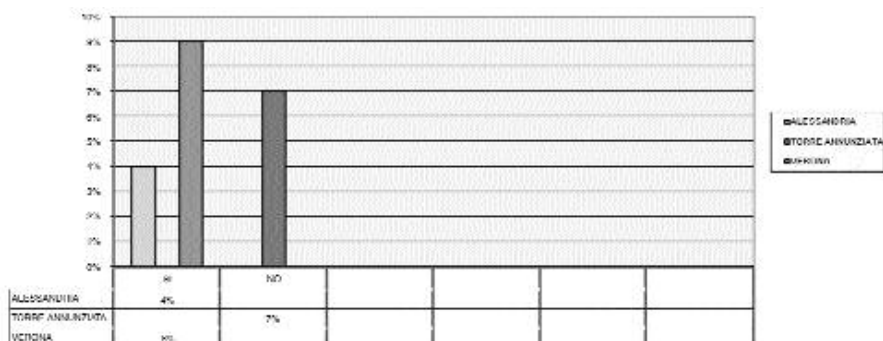
Scuole Superiori - Tab 23

Domanda 29: *Hai assunto cannabis?*



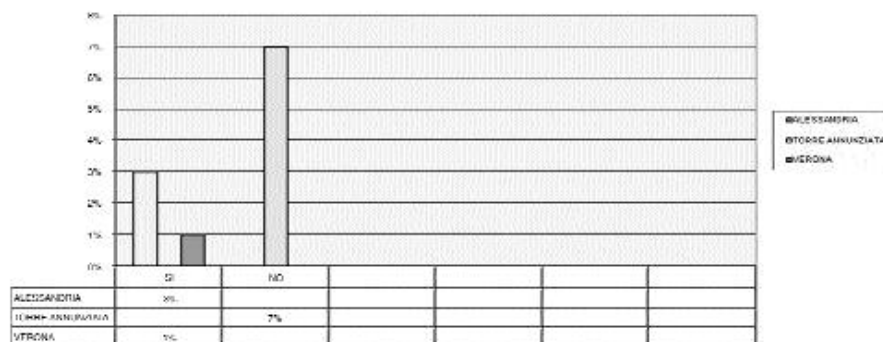
Scuole Superiori - Tab 24

Domanda 30: *Hai assunto cocaina?*



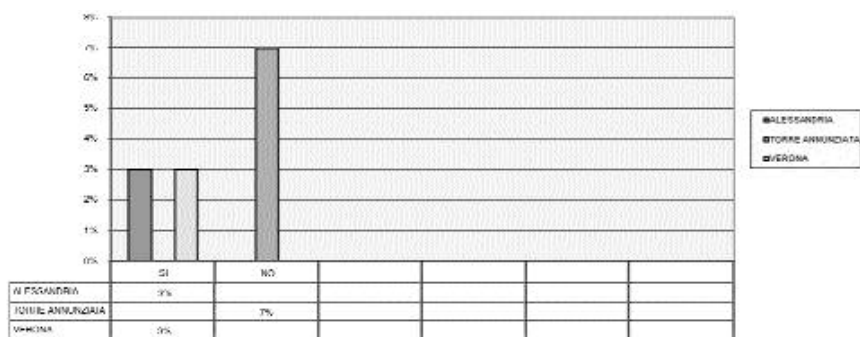
Scuole Superiori - Tab 25a

Domanda 31: *Hai assunto eroina?*



Scuole Superiori - Tab 25b

Domanda 32: *Hai assunto LSD?*



Conclusione

Il progetto “Drug-stop” ci ha permesso di operare, agire, fare e produrre, realizzare e costruire nelle diverse realtà territoriali coinvolte attività culturali, sociali, sportive in risposta a bisogni, esigenze e domande collegate al grande tema di fondo della prevenzione dell’uso/abuso di sostanze e doping. In un orizzonte educativo ci si è mossi a livello operativo, nelle realtà locali, coinvolgendo diverse categorie di persone: giovani e adulti. La loro disponibilità ha reso possibile la concretizzazione dell’impianto operativo del progetto. Un progetto che ha saputo creare occasioni inaspettate di formazione e di apprendimento, di attività ed esperienza carica di valori e potenzialità in molte direzioni.

Ciascun giovane coinvolto in ruoli diversi (operatore, allievo, volontario, ecc.) così come ogni adulto (genitore, dirigente, ecc.) ha vissuto secondo il suo animo e la sua motivazione l’esperienza del progetto, arricchendo se stesso secondo le proprie esigenze. È qualcosa di analogo a quanto avviene in famiglia, dove non si elaborano progetti, non si determinano obiettivi esplicitamente espressi, ma nell’informalità della partecipazione e della comunicazione interpersonale si trasmettono idee, principi, orientamenti e si promuove l’interiorizzazione di valori e atteggiamenti. Il cuore del progetto è consistito nel sistema di relazioni vissuto e nella realizzazione di attività e di esperienze ricche di significato, di stimoli e di gratificazioni personali.

Tra gli obiettivi educativi concreti previsti dal progetto l’esigenza di creare comunità e di promuovere la coscientizzazione dei più giovani circa l’uso, l’abuso e gli effetti psicofisici di sostanze, anche integrative del regime alimentare, che possono produrre – se assunte ad alti dosaggi e per lunghi periodi di tempo – scompensi dell’equilibrio psicosomatico, credo che sia stato il traguardo più cercato e, forse, in diverse situazioni educative anche raggiunto e sperimentato. Anche se l’intervento realizzato ha costituito in se e per se un rischio e un tentativo, nella globalità mi sento di affermare che il coinvolgimento a più livelli delle risorse a disposizione ha permesso di scoprire la totalità dell’azione sociale comunitaria e assegnare all’educazione un significato di promozione di abilità sociali con funzione di tutela e protezione, oltre che di maggiore rispetto della vita.

APPENDICI

Appendice I

Scheda Presentazione Enti

Appendice II

Questionari sulle abitudini di vita

Appendice III

Questionari di verifica finale del progetto

Appendice IV

Scheda di monitoraggio per la verifica intermedia del progetto



Appendice I

Scheda Presentazione Enti

Cooperativa sociale “Comunità dei giovani”

Sede: Via Moschini, 3 - 37129 Verona

È nata come associazione nel 1972 da un gruppo di persone guidate da don Sergio Pighi, la Comunità dei Giovani opera nell’ambito del disagio, della marginalità ed esclusione sociale, della vulnerabilità personale e collettiva. Al centro della sua azione è posta la persona, dotata di diritti, doveri e responsabilità. Nel 2001, è avvenuta la trasformazione della formula societaria da Associazione a **Cooperativa sociale - Onlus**. La Comunità dei Giovani gestisce:

- strutture di accoglienza e progetti per minori ed adolescenti in difficoltà, giovani, madri nubi, dipendenze nelle loro diverse forme;
- progetti di prevenzione, animazione territoriale e di comunità;
- attività nel recupero della prostituzione, dell’accoglienza dei senza dimora, rom, rifugiati politici.

Complessivamente sono ogni giorno accolte nelle diverse sedi e strutture, o vengono in contatto negli interventi progettuali, circa 500 persone, con modalità di presenza e residenzialità differenti tra loro. L’ambito di riferimento operativo è prevalentemente l’area di Verona e della sua Provincia, nella convinzione che è necessario, anzitutto, “abitare il territorio” nella sua complessità e ricchezza, anche se le azioni in campo stanno sempre più allargandosi in direzioni diverse ed in altri territori.

Cooperativa sociale “Il Sogno”

Sede: Via De Martini, 18 - 07100 SASSARI (SS)

La piccola società cooperativa sociale “Il Sogno”, costituita nel 2003, si ispira ai principi educativi salesiani ed è impegnata nei seguenti settori: prevenzione del disagio e della promozione della salute, dell’assistenza educativa e del recupero, dell’inserimento lavorativo di soggetti a rischio, della progettazione e formazione.

Alcune delle attività realizzate dalla cooperativa:

- *gestione di 2 comunità alloggio per minori* affidati dai servizi sociali, che si configurano come struttura residenziale per bambini, preadolescenti e adolescenti. In queste strutture è prevista un’accoglienza temporanea del minore

nella prospettiva di un rientro in famiglia oppure, se ciò non è possibile, di altre collocazioni (affidamento o adozione) o dell'autonomia;

- *comunità alloggio per maggiorenni*: appartamento con camere e cucina situato presso l'Opera Salesiana di San Giorgio o da affittare in città, per i ragazzi che escono dalla comunità alloggio al compimento del 18° anno d'età e non possono tornare in famiglia;
- *formazione*: corsi per docenti, genitori ed educatori sui temi dell'educazione, dell'orientamento e della prevenzione del disagio giovanile;
- *orientamento*: centro di orientamento al lavoro per gli adolescenti in obbligo formativo e i giovani.

Associazione “Metacometa”

Sede: Via Delle Acacie, 57 - 95014 Giarre (CT)

Nell'agosto del '98 un gruppo di amici provenienti da varie esperienze di fede e di volontariato hanno sentito l'esigenza di mettere insieme le proprie esigenze e i propri ideali per dare vita al progetto METACOMETA. Nel luglio '99 nasce la 1° Comunità familiare di accoglienza a Macchia di Giarre (CT) e nel Settembre '99 sono arrivate le prime richieste di affido di minori. L'associazione attualmente gestisce:

- 1 comunità famiglia per ragazzi e giovani che necessitano d'aiuto
- 1 comunità residenziale di famiglie e di volontari che fanno la scelta della condivisione e di corresponsabilità
- 1 comunità artigianale per l'inserimento lavorativo di persone in difficoltà
- 1 struttura aperta di pronto intervento e di temporanea accoglienza.

Associazioni locali PGS

Si tratta di enti di promozione sportiva che operano in quartieri caratterizzati da fenomeni di disagio giovanile e povertà socio-culturale. In tali contesti (Alessandria, Torre Annunziata e Manduria) sono presenti tra gli adolescenti comportamenti legati all'uso/abuso di sostanze psicoattive e dopanti. Le associazioni PGS hanno un'esperienza più che ventennale di azione sul territorio, attraverso l'aggregazione dei minori e l'educazione del tempo libero attraverso il gioco e lo sport. Tali enti, in collaborazione con i centri giovanili salesiani locali, operano in rete con gli enti pubblici (in particolare scuola) ed enti non *profit*. Di seguito l'elenco delle singole associazioni PGS che partecipano al progetto: **Associazione PGS - Polisportive Giovanili Salesiane “Don Bosco”** (sede: via Margherita di Savoia, 22 Torre Annunziata (NA); **Associazione PGS - Polisportive Giovanili Salesiane “Juvenilia Don Bosco”** (sede: via San Gregorio Magno, 1 Manduria (TA) e **Comitato Provinciale PGS Alessandria** (sede: via Galvani, 3 - 15100 Alessandria).

Appendice II

I Questionari sulle abitudini di vita

I questionari utilizzati per valutare il livello di conoscenza e di informazione sulle sostanze doping e sulle droghe oltre che sugli effetti principali delle stesse sull'equilibrio psicofisico sono qui di seguito riportati in due forme. La forma "A" destinata ai ragazzi di scuola media e la forma "B" ai ragazzi di scuola superiore. La forma "A" consta di 25 items e la forma "B" di 32 items.

1° - QUESTIONARIO SULLE ABITUDINI DI VITA (A)

Per favore rispondi con la massima sincerità e serietà a tutte le domande.

Data _____ Età _____ Sesso: M ☐ F ☐
Scuola _____ Classe _____

1. In casa con chi vivi?

- ☐ Mamma
- ☐ Papa
- ☐ fratelli/sorelle
- ☐ altri

2. La mamma va al lavoro?

- ☐ Sì
- ☐ No

3. Il papà va al lavoro?

- ☐ Sì
- ☐ No

4. Vai a scuola: solo di

- ☐ mattina
- ☐ a tempo pieno

Pratichi sport?

- ☐ Sì
- ☐ No

5. Dove fai sport?

- ☐ A scuola
- ☐ presso una società sportiva
- ☐ per conto tuo,
- ☐ negli spazi disponibili (per strada, in un campetto, dove capita)

6. Se fai sport a scuola:

- ☐ solo nelle ore di Educazione Fisica
- ☐ anche di pomeriggio

7. Se fai sport a scuola anche di pomeriggio, quale/i sport? _____

In quali giorni della settimana?

- ☐ Lunedì
- ☐ Martedì
- ☐ Mercoledì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì
- ☐ Sabato

A che ora? Dalle ore _____

Alle ore _____

Con chi?

- ☐ Con un insegnante di scuola
- ☐ Con l'allenatore di una società sportiva

8. Se fai sport presso una società sportiva, quale/i sport? _____

In quali giorni della settimana?

- ☐ Lunedì
- ☐ Martedì
- ☐ Mercoledì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì
- ☐ Sabato
- ☐ Domenica

A che ora? Dalle ore _____

Alle ore _____

9. Se fai sport per conto tuo, fai sempre lo stesso sport?

- ☐ Sì
- ☐ No

In quali giorni della settimana?

- ☐ Lunedì
- ☐ Martedì
- ☐ Mercoledì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì
- ☐ Sabato
- ☐ Domenica

A che ora? Dalle ore _____

Alle ore _____

10. Partecipi a gare?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, di quali gare si tratta?

- ☐ Scolastiche
- ☐ Con la società sportiva

Di solito, in quali giorni della settimana gareggi?

- ☐ Lunedì
- ☐ Martedì
- ☐ Mercoledì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì
- ☐ Sabato
- ☐ Domenica

11. Mangi un pasto caldo:

- ☐ a pranzo
- ☐ a cena

12. Ti capita di mangiare da Mc Donalds (o in altri “fast food”)?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, quante volte al mese ci vai a mangiare?

- ☐ 1-2
- ☐ 3-4
- ☐ più di 4

13. Ti capita di assumere vitamine o sali minerali?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, Perché?

- ☐ Per crescere meglio
- ☐ Per diventare forte
- ☐ Per recuperare dopo l'attività sportiva
- ☐ Per recuperare dopo una malattia
- ☐ Altro

14. Hai mai sentito parlare di creatina?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, da chi?

- ☐ Giornali
- ☐ Televisione
- ☐ Insegnanti
- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

15. Hai mai sentito parlare di aminoacidi?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, da chi?

- ☐ Giornali
- ☐ Televisione
- ☐ Insegnanti
- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

16. Ti è mai capitato di assumere creatina?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da qualcuno?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito, da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

Secondo te, a cosa serve assumere creatina?

- ☐ Per diventare più forte nello sport
- ☐ Per avere un fisico come nelle pubblicità
- ☐ Come ricostituente
- ☐ Altro _____

17. Ti è mai capitato di assumere aminoacidi?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da qualcuno?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito, da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

Secondo te, a cosa serve assumere aminoacidi?

- ☐ Per diventare più forte nello sport
- ☐ Per avere un fisico come nelle pubblicità
- ☐ Come ricostituente
- ☐ Altro _____

18. Secondo te una buona alimentazione è sufficiente da sola a dare tutte le energie indispensabili per l'allenamento?

- ☐ Sì
- ☐ No

E per la gara?

- ☐ Sì
- ☐ No

20. Ti è mai capitato di assumere ecstasy?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere ecstasy?

- ☐ Gestire l'ansia e gli attacchi di panico
- ☐ Controllare manie di persecuzione e allucinazioni visive
- ☐ Prevenire la comparsa di reazioni aggressive

21. Ti è mai capitato di assumere Anfetamine?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere anfetamine?

- ☐ Gestire l'ansia e la depressione
- ☐ Controllare il sonno e migliorare la concentrazione
- ☐ Prevenire la comparsa di reazioni di eccitazioni

22. Ti è mai capitato di assumere cannabis?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere cannabis?

- ☐ Gestire il desiderio di fumare
- ☐ Controllare attacchi respiratori
- ☐ Prevenire la comparsa di alterazioni umorali

23. Ti è mai capitato di assumere cocaina?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere cocaina?

- ☐ Gestire l'ansia
- ☐ Controllare la frequenza cardiaca e l'accelerazione del respiro, la fame e la sete
- ☐ Potenziare la memoria, la concentrazione e la sessualità

24. Ti è mai capitato di assumere eroina?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere eroina?

- ☐ Gestire l'ansia e la depressione
- ☐ Controllare il sonno e migliorare la concentrazione
- ☐ Evitare il contagio di malattie infettive come l'epatite e o il virus dell'Hiv

25. Ti è mai capitato di assumere LSD?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere LSD?

- ☐ Gestire il disagio fisico generale
- ☐ Controllare le reazioni della psiche
- ☐ Alterare la percezione di sé

1° - QUESTIONARIO SULLE ABITUDINI DI VITA (B)

Per favore rispondi con la massima sincerità e serietà a tutte le domande.

Data _____ Età _____ Sesso: M ☐ F ☐
Scuola _____ Classe _____

1. In casa con chi vivi?

- ☐ Mamma
- ☐ Papa
- ☐ fratelli/sorelle
- ☐ altri

2. La mamma va al lavoro?

- ☐ Sì
- ☐ No

3. Il papà va al lavoro?

- ☐ Sì
- ☐ No

4. Vai a scuola: solo di

- ☐ mattina
- ☐ a tempo pieno

Pratici sport?

- ☐ Sì
- ☐ No

5. Dove fai sport?

- ☐ A scuola
- ☐ presso una società sportiva
- ☐ per conto tuo,
- ☐ negli spazi disponibili (per strada, in un campetto, dove capita)

6. Se fai sport a scuola:

- ☐ solo nelle ore di Educazione Fisica
- ☐ anche di pomeriggio

7. Se fai sport a scuola anche di pomeriggio, quale/i sport? _____

In quali giorni della settimana?

- ☐ Lunedì
- ☐ Martedì
- ☐ Mercoledì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì
- ☐ Sabato

A che ora? Dalle ore _____

Alle ore _____

Con chi?

- ☐ Con un insegnante di scuola
- ☐ Con l'allenatore di una società sportiva

8. Se fai sport presso una società sportiva, quale/i sport? _____

In quali giorni della settimana?

- ☐ Lunedì
- ☐ Martedì
- ☐ Mercoledì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì
- ☐ Sabato
- ☐ Domenica

A che ora? Dalle ore _____

Alle ore _____

9. Se fai sport per conto tuo, fai sempre lo stesso sport?

- ☐ Sì
- ☐ No

In quali giorni della settimana?

- ☐ Lunedì
- ☐ Martedì
- ☐ Mercoledì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì
- ☐ Sabato
- ☐ Domenica

A che ora? Dalle ore _____

Alle ore _____

10. Partecipi a gare?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, di quali gare si tratta?

- ☐ Scolastiche
- ☐ Con la società sportiva

Di solito, in quali giorni della settimana gareggi?

- ☐ Lunedì
- ☐ Martedì
- ☐ Mercoledì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì
- ☐ Sabato
- ☐ Domenica

11. Mangi un pasto caldo:

- ☐ a pranzo
- ☐ a cena

12. Ti capita di mangiare da Mc Donalds (o in altri “fast food”)?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, quante volte al mese ci vai a mangiare?

- ☐ 1-2
- ☐ 3-4
- ☐ più di 4

13. Ti capita di assumere vitamine o sali minerali?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, Perché?

- ☐ Per crescere meglio
- ☐ Per diventare forte
- ☐ Per recuperare dopo l'attività sportiva
- ☐ Per recuperare dopo una malattia
- ☐ Altro

14. Hai mai sentito parlare di creatina?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, da chi?

- ☐ Giornali
- ☐ Televisione
- ☐ Insegnanti
- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

15. Hai mai sentito parlare di aminoacidi?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, da chi?

- ☐ Giornali
- ☐ Televisione
- ☐ Insegnanti
- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

16. Ti è mai capitato di assumere creatina?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da qualcuno?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito, da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

Secondo te, a cosa serve assumere creatina?

- ☐ Per diventare più forte nello sport
- ☐ Per avere un fisico come nelle pubblicità
- ☐ Come ricostituente
- ☐ Altro _____

17. Ti è mai capitato di assumere aminoacidi?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da qualcuno?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito, da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

Secondo te, a cosa serve assumere aminoacidi?

- ☐ Per diventare più forte nello sport
- ☐ Per avere un fisico come nelle pubblicità
- ☐ Come ricostituente
- ☐ Altro _____

18. Ti è mai capitato di assumere steroidi anabolizzanti?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da qualcuno?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito, da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

Secondo te, a cosa serve assumere anabolizzanti?

- ☐ Per diventare più forte nello sport
- ☐ Per avere un fisico come nelle pubblicità
- ☐ Come ricostituente
- ☐ Altro _____

19. Ti è mai capitato di assumere l'ormone della crescita?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da qualcuno?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito, da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Medico di famiglia
- ☐ Medico della società dove ti alleni
- ☐ Allenatore
- ☐ Altri _____

Secondo te, a cosa serve assumere l'ormone della crescita?

- ☐ Per diventare più forte nello sport
- ☐ Per avere un fisico come nelle pubblicità
- ☐ Altro _____

20. Secondo te una buona alimentazione è sufficiente da sola a dare tutte le energie indispensabili per l'allenamento?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so

E per la gara?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so

21. Secondo te, che cosa significa doping?

- ☐ Usare sostanze: per migliorare la propria prestazione sportiva
- ☐ Per migliorare il proprio aspetto fisico
- ☐ Che aiutano a sentirsi meglio
- ☐ Altro _____

22. Secondo te, è pericoloso assumere doping?

- ☐ Sì
- ☐ No
- ☐ Non so

23. Approvi chi assume sostanze che fanno migliorare la prestazione e l'aspetto fisico?

- ☐ Sì
- ☐ No

24. Quali bevande consumi abitualmente?

Tipo di bevanda	Durante i pasti	Fuori dei pasti
Acqua minerale		
Acqua di rubinetto		
Vino		
Birra		
Superalcolici		
Bibite analcoliche		
Altro		

25. Fumi?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì,

quante sigarette fumi al giorno? _____

Da quanti anni? _____

27. Ti è mai capitato di assumere ecstasy?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere ecstasy?

- ☐ Gestire l'ansia e gli attacchi di panico
- ☐ Controllare manie di persecuzione e allucinazioni visive
- ☐ Prevenire la comparsa di reazioni aggressive

28. Ti è mai capitato di assumere Anfetamine?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere anfetamine?

- ☐ Gestire l'ansia e la depressione
- ☐ Controllare il sonno e migliorare la concentrazione
- ☐ Prevenire la comparsa di reazioni di eccitazioni

29. Ti è mai capitato di assumere cannabis?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere cannabis?

- ☐ Gestire il desiderio di fumare
- ☐ Controllare attacchi respiratori
- ☐ Prevenire la comparsa di alterazioni umorali

30. Ti è mai capitato di assumere cocaina?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere cocaina?

- ☐ Gestire l'ansia
- ☐ Controllare la frequenza cardiaca e l'accelerazione del respiro, la fame e la sete
- ☐ Potenziare la memoria, la concentrazione e la sessualità

31. Ti è mai capitato di assumere eroina?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere eroina?

- ☐ Gestire l'ansia e la depressione
- ☐ Controllare il sonno e migliorare la concentrazione
- ☐ Evitare il contagio di malattie infettive come l'epatite e o il virus dell'Hiv

32. Ti è mai capitato di assumere LSD?

- ☐ Sì
- ☐ No

Se sì, ti è stato suggerito da chi?

- ☐ Amici
- ☐ Familiari
- ☐ Altri

Secondo te a cosa serve assumere LSD?

- ☐ Gestire il disagio fisico generale
- ☐ Controllare le reazioni della psiche
- ☐ Alterare la percezione di sé

Appendice III

Questionari di verifica finale del progetto

SCS/PGS Progetto “drug stop”

VERIFICA FINALE Responsabili progetto

*Caro operatore,
ti chiedo di compilare con cura questo questionario relativo alla verifica conclusiva del progetto.*

ENTE / CITTÀ

COORDINAMENTO A LIVELLO CENTRALE

Per rispondere usa questa scala di valutazione:

poco
sufficiente
molto
moltissimo

1. Secondo te il progetto quanto è riuscito a coinvolgere i vari protagonisti (SCS, PGS, Supervisore) fin dalla fase iniziale di progettazione?

2. Quanto ti sei sentito parte corresponsabile, partecipe e adeguatamente informato nelle varie fasi di realizzazione del progetto?

3. Quanto pensi che siano stati ben curati ed efficaci i momenti formativi che abbiamo organizzato a Roma per gli operatori e salesiani responsabili?

COORDINAMENTO TRA IL LIVELLO CENTRALE E LE SEDI OPERATIVE

4. Quali sono stati i limiti che il centro di coordinamento nazionale ha dimostrato nell'accompagnamento dei centri locali?

5. Quali sono state le difficoltà che gli operatori responsabili a livello locale hanno avuto nel seguire le indicazioni del centro nazionale?

VALUTAZIONE SULLA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO

6. In quali aspetti questo progetto si è dimostrato innovativo rispetto alle buone prassi già consolidate presso l'associazione che tu rappresenti (SCS e PGS)?

7. Globalmente, rispetto alle attese e agli obiettivi iniziali, qual è il livello di attuazione conseguito dal progetto? Motiva quanto dici.

8. Evidenzia gli aspetti critici del progetto realizzato a livello locale.

CREAZIONE DI UNA RETE SOCIALE

1. Scrivi le associazioni (o agenzie educative) che hanno partecipato al progetto appartenendo al Gruppo Progetto. Per ciascuna scrivi anche la sua finalità (scopo sociale) e come hanno partecipato alla realizzazione del progetto.

2. Scrivi le associazioni (o agenzie educative) che hanno partecipato al progetto pur non appartenendo al Gruppo Progetto. Per ciascuna scrivi anche la sua finalità (scopo sociale) e come hanno partecipato alla realizzazione del progetto.

3. Ogni quanto si è riunito il Gruppo Progetto? Quali sono le tematiche principali che sono state discusse all'interno del Gruppo Progetto?

4. Come è stato coinvolto il Centro Salesiano nel progetto?

5. Qual è il tuo giudizio rispetto alla consistenza della rete sociale che avete costruito e alla sua possibilità di mantenersi attiva anche oltre questo specifico progetto?

6. Dall'elaborazione della mappa del territorio quali sono i bisogni e le risorse che ne emergono?

7. Siete riusciti a formare un gruppo di genitori che collaborasse col progetto? Se sì, come hanno contribuito alla realizzazione dello stesso?

SCS/PGS Progetto “drug stop”

VERIFICA FINALE **Operatori Responsabili**

ENTE / CITTÀ _____

1. Cosa ha rappresentato questa esperienza per te?

2. In poche parole, quali sono state per te le cose più significative di questo progetto?

3. In poche parole, quali sono stati per te i limiti più grandi di questo progetto?

4. Quanto pensi che questo progetto possa avere, seppur nelle modifiche da apportare, una continuità nel tuo territorio?

5. Quali laboratori hai attivato?

6. Tra i laboratori che hai attivato quali sono quelli che hanno riscontrato maggiore interesse?

SCS/PGS Progetto “drug stop”

VERIFICA FINALE Incaricati enti partner

*Carola amico/a, a vario titolo hai conosciuto e partecipato al Progetto “Drug Stop”. Giunti ad una sua prima conclusione chiediamo il tuo parere per sapere come poterlo migliorare. Per questo ti invitiamo a rispondere brevemente alle domande riportate di seguito.
Grazie per la tua collaborazione.*

ENTE / CITTÀ

QUAL È IL TUO INCARICO?

- ☐ Preside (o docente incaricato per il progetto) della Scuola Media
- ☐ Direttore (o salesiano incaricato per il progetto) della comunità e/o della ASL.....
- ☐ Presidente (o socio incaricato per il progetto) dell'associazione e/o Federazione.....
- ☐ Responsabile (o incaricato per il progetto) dell'Ente/gruppo/movimento.....
- ☐ Genitore.....
- ☐ Insegnante
- ☐ Altro.....

1. Fai parte del gruppo che ha coordinato il progetto?

- ☐ sì
- ☐ no

2. Come e in che cosa l'Ente che tu rappresenti è stato inserito nel progetto?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Quanto, a tuo giudizio, il progetto è riuscito a creare una rete sociale tra gli attori più significativi che sul tuo territorio si interessano dei ragazzi e delle ragazze?

.....

.....

.....

.....

.....

4. Quanto, a tuo giudizio, il Centro Salesiano, promotore di questo progetto, è riuscito a creare un rapporto di reciprocità (parità e corresponsabilità) con gli Enti partner?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Quanto a tuo giudizio la rete sociale che è stata realizzata è consistente tanto da proseguire nel suo rapporto di collaborazione?

.....
.....
.....
.....
.....

6. Come questo progetto ha reso più sensibile l'Ente che tu rappresenti nel lavoro di rete e in quello educativo a favore dei ragazzi e delle ragazze?

.....
.....
.....
.....
.....

7. Scrivi alcuni degli aspetti positivi di questo progetto e motivali.

.....
.....
.....
.....
.....

8. Scrivi alcuni limiti di questo progetto e motivali.

.....
.....
.....
.....
.....

Appendice IV

Scheda di monitoraggio per la verifica intermedia del progetto

Indicare la sede	
Attività programmate con enti partner	
<i>Quali enti?</i>	
<i>Quali risposte?</i>	
Attività di sensibilizzazione e costruzione della rete sociale	
<i>N° di persone impegnate nel progetto</i>	
<i>Quali e quante impegnate nel gruppo progetto locale</i>	
<i>Quali istituzioni queste persone rappresentano</i>	
<i>Come sono stati selezionati i membri del gruppo progetto</i>	
<i>Qual è lo stile dei rapporti tra i membri del gruppo progetto</i>	
<i>Quanti incontri sono già stati realizzati di sensibilizzazione e condivisione del progetto</i>	
<i>Quali temi sono stati affrontati</i>	
<i>- nel gruppo progetto</i>	
<i>- nel gruppo animatori</i>	
<i>- nel gruppo con dirigenti sportivi e allenatori</i>	
<i>- con educatori e volontari?)</i>	
Attività di formazione: laboratori attivati per	
<i>Animatori</i>	
<i>Docenti</i>	
<i>Adolescenti</i>	
<i>Genitori</i>	
Punti di forza	
Punti di debolezza	

