

Sessione: Alcool, droghe e giovani

La sessione si è aperta con la presentazione di dati allarmanti sul consumo di alcool giovanile da parte del Dott. Scafato. Ci è stata offerta la ‘fotografia’ dei consumi a rischio nelle fasce di età 11-18 e 19-24 anni e delle differenze di genere esistenti, con valori di prevalenza in ragazze e giovani donne addirittura superiori al valore medio della popolazione femminile.

La stima di 1,5 milioni di giovani a rischio rende il consumo di alcool una vera e propria emergenza epidemiologica. Inquietante è anche il forte trend incrementale dal consumo rischioso e da quello dannoso alla alcool-dipendenza, che ha causato, negli ultimi 10 anni, un enorme aumento del numero di alcool-dipendenti a carico dei servizi.

A fronte di questi ed altri dati statistici allarmanti è venuto il richiamo a (1) identificare precocemente le persone a rischio per operare prevenzione selettiva e (2) potenziare la qualità della prevenzione mediante reti che integrino competenze multiple.

A questa relazione iniziale si sono allacciate, in modo complementare, quelle successive. Sono state riportate, per la prevenzione non solo dell’uso di alcool, ma anche di altre droghe, evidenze di efficacia od esperienze di buone prassi di lavoro in reti e di interventi integrati e multimodali, che non sono a connotazione prioritariamente medica.

L’elemento comune di tali relazioni – non pre-programmato e quindi a maggior ragione significativo – è il focus su una prevenzione selettiva orientata verso una specifica popolazione target, che rappresenta la base sommersa dell’iceberg: i consumatori iniziali non dipendenti.

La relazione della Dott. Semino ci ha mostrato la struttura, l’implementazione e le modalità di realizzazione di un progetto finanziato dal Ministero della salute alle Regioni Veneto e Abruzzo. Si tratta di un progetto di prevenzione secondaria precoce, quindi selettiva, con l’obiettivo di (1) intercettare precocemente i consumatori non dipendenti e di (2) realizzarne la presa in carico per prevenire l’insorgere di dipendenze.

Una delle caratteristiche fondamentali di questo progetto è la valorizzazione delle risorse sul territorio, cioè del contesto inteso non solo come portatore di bisogni, ma anche come attore nell'intercettazione (dalla scuola e dalle associazioni per il tempo libero fino alle forze dell'ordine ed agli animatori di strada) e come attore nella presa in carico (estesa al contesto familiare e sociale di riferimento).

In sintonia con le relazioni precedenti, quella del Dott. Mosti evidenzia la necessità di ridefinire la prevenzione, rivolgendola selettivamente al target di consumatori che non necessariamente sfociano nelle dipendenze. Una prevenzione di tal tipo deve prendere le mosse dall'evoluzione degli stili e dei contesti di consumo giovanile e dal cambiamento della percezione di ciò che è comportamento a rischio. Si è parlato quindi di consumo sperimentale, di consumo indicatore di successo (come è il caso della cocaina) e di consumo 'normalizzato', cioè inteso come abitudine all'uso di sostanze come normali beni di consumo. Viene ribadita la necessità di centrare la prevenzione su componenti non mediche, quali quelle psico-sociali atte a potenziare la motivazione al cambiamento da comportamenti a rischio in direzione di comportamenti sani.

Lo strumento proposto, per il quale sono state riportate evidenze di efficacia, è il colloquio motivazionale, del quale sono stati evidenziati alcuni punti di forza rispetto all'intervento educativo: (1) l' 'economicità' temporale, (2) un' aumentata disponibilità al cambiamento già a breve termine e (3) la probabile efficacia nella prevenzione selettiva rivolta ad un sottogruppo giovanile ad alto rischio, i ragazzi di strada.

Anche la relazione del Dott. Dionigi ha presentato un modello concreto di intervento che integra una molteplicità di aspetti non medici e si focalizza sulla prevenzione del rischio. Si tratta di un modello di intervento della Federazione Italiana Comunità Terapeutiche centrato su cocaina, alcool e nuovi stili di consumo. Tale intervento si concretizza, a seconda delle caratteristiche della persona target, su diversi livelli, che vanno dai servizi di prossimità e dal counselling informale al percorso ambulatoriale e a quello residenziale breve.

L' approccio è multimodale - motivazionale, cognitivo-comportamentale, emozionale – e si basa, tra l'altro, sul lavoro su componenti sane (resilienti) e sul potenziamento di abilità intrapersonali che fungono da 'moltiplicatori di efficacia', quali la capacità di problem solving, di comunicare efficacemente e di gestire le emozioni negative.

Da queste relazioni sono emerse alcune comunanze, ulteriormente evidenziate dalla successiva discussione. Esse possono essere sintetizzate individuando tre ‘necessità’:

1. Necessità di analizzare il quadro, in continua evoluzione, degli stili e dei contesti di consumo/policonsumo giovanile e della percezione di che cosa è un comportamento a rischio;
2. conseguente necessità di attuare non soltanto prevenzione universale – già primaria – che parte dalla promozione dell’agio anziché concentrarsi solo sul problema da prevenire, ma anche e soprattutto prevenzione selettiva, orientata verso le tipologie emergenti di policonsumo giovanile, che coinvolga anche il contesto sociale;
3. necessità, emersa in particolare dagli uditori partecipanti, di valorizzare e riqualificare il lavoro degli ‘operatori di strada’ per creare interventi destinati a giovani policonsumatori. Benché nati in particolare nell’ambito della riduzione del danno, tali operatori potrebbero raggiungere efficacemente quei policonsumatori occasionali altrimenti largamente esclusi da interventi di servizi pubblici e privati.

E, last but not least, una richiesta importante alle Istituzioni competenti: verrà realizzata la “Prima Conferenza Nazionale sulla Prevenzione”?