



DROGHE e PREVENZIONE

DIAPOSITIVE DIDATTICHE PER OPERATORI

A cura di

Giovanni Serpelloni - Dipartimenti Politiche Antidroga, Presidenza Consiglio dei Ministri
Franco Alessandrini - Unità Neuroradiologia, AOUI Borgo Trento, Verona
Claudia Rimondo - Sistema Nazionale di Allerta Precoce, Dipartimento Politiche Antidroga
Giada Zoccatelli - Unità Neuroradiologia, AOUI Borgo Trento, Verona





A cura di

Giovanni Serpelloni: Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza Consiglio dei Ministri

Franco Alessandrini: Unità Neuroradiologia, AOUI Borgo Trento, Verona

Claudia Rimondo: Sistema Nazionale di Allerta Precoce, Dipartimento Politiche Antidroga

Giada Zoccatelli: Unità Neuroradiologia, AOUI Borgo Trento, Verona

Gruppo di Lavoro

Maurizio Gomma: Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona

Elisa Bellamoli: Dipartimento delle Dipendenze, EIHP

Giuseppe Cuoghi: Dipartimento delle Dipendenze, EIHP



INDICE

| | | | |
|---|----|---|-----|
| 1. Introduzione | 4 | 8. Dipendenza da Cannadis | 123 |
| 2. La prevenzione | 5 | - Dipendenza e astinenza | 124 |
| - Uso di sostanze e percorso evolutivo | 6 | - Cocaina | 131 |
| 3. La vulnerabilità | 11 | - Anfetamine | 135 |
| - Fattori condizionanti l'uso di droghe | 15 | - Ecstasy | 138 |
| - Fattori di rischio e fattori protettivi | 19 | - Eroina | 141 |
| - Fattori individuali | 22 | - LSD | 144 |
| - Fattori ambientali e sociali | 28 | - Nuove Sostanze Psicoattive | 147 |
| - La disapprovazione sociale | 33 | - GHB | 150 |
| - Altri fattori | 39 | - Ketamina | 153 |
| - 3 punti da sottolineare | 43 | - Inalanti | 156 |
| - Dove fare prevenzione | 49 | - Alcol | 158 |
| - Quando fare prevenzione | 50 | - Tabacco | 162 |
| - I principi della prevenzione | 51 | - Cannabinoidi sintetici | 164 |
| 4. Conosciamo il nostro cervello più da vicino | 59 | - Catinoni | 165 |
| - Evoluzione del cervello umano | 62 | 9. Droghe e cervello | 166 |
| - Cervello e funzioni | 64 | - Il circuito della gratificazione | 167 |
| - I neuroni | 65 | - L'indice della dopamina | 178 |
| - L'impulso nervoso | 66 | - La tolleranza alle droghe | 179 |
| - I circuiti cerebrali | 68 | - La sensibilizzazione cerebrale alle droghe | 180 |
| 5. La maturazione cerebrale | 70 | 10. Perché è difficile smettere? | 181 |
| - Sinaptogenesi | 71 | 11. Le neuroscienze | 187 |
| - Pruning sinaptico | 72 | 12. Droghe e neuroimaging | 196 |
| - Mielinizzazione | 72 | - Le tecniche di brain imaging | 197 |
| 6. Le alterazioni cerebrali causate dall'uso di droga | 78 | - La PET | 198 |
| 7. Le droghe | 83 | - La Risonanza Magnetica (MR) | 200 |
| - Classificazione delle droghe | 85 | - La Risonanza Magnetica funzionale (fMRI) | 202 |
| - Il sistema endocannabinoide | 87 | - La Spettroscopia con tecnica di Risonanza Magnetica (MRS) | 203 |
| - Cannabis | 91 | 13. Danni strutturali da uso di sostanze | 204 |
| | | 14. Danni funzionali da uso di sostanze | 224 |
| | | 15. Raccomandazioni e consigli pratici per educatori e genitori | 244 |
| | | 16. Il medico "consiglia": non usare mai alcun tipo di droga | 258 |



Introduzione



Giovanni Serpelloni

Capo Dipartimento Politiche Antidroga,
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Il materiale realizzato rappresenta una raccolta estesa e ragionata delle principali evidenze scientifiche ad oggi disponibili sul tema dell'uso di sostanze stupefacenti che viene messa a disposizione degli operatori del settore al fine di tenere costantemente aggiornate le proprie conoscenze sull'argomento e di utilizzare tale materiale per le attività di informazione e prevenzione indirizzate soprattutto a genitori, insegnanti e studenti.

Le diapositive si articolano attraverso vari temi che caratterizzano il fenomeno dell'uso di sostanze, partendo dal concetto di vulnerabilità individuale, passando per la prevenzione e la diagnosi precoce dei comportamenti a rischio di uso di sostanze, descrivendo gli effetti che l'assunzione di droghe provoca nei consumatori, soprattutto dei più giovani, e arrivando a fornire consigli pratici per genitori ed insegnanti rispetto a come gestire eventuali sospetti di uso da parte dei propri figli/studenti.

La presente raccolta, molto ampia ed esaustiva, consente agli operatori di scegliere le diapositive utili all'intervento previsto, selezionandole sulla base del target, dell'argomento portante e del tempo a disposizione.

Futuri aggiornamenti del materiale verranno messi a disposizione periodicamente con lo scopo di far conoscere i sempre nuovi risultati che la ricerca scientifica produce sul tema delle dipendenze e supportare quindi gli operatori nella definizione di interventi sempre più evidence based. A tal proposito, quindi, eventuali segnalazioni di nuovi studi e/o ricerche potranno essere inviate all'indirizzo info@drogaedu.it ed essere quindi aggiunte al materiale, liberamente scaricabile dal sito www.drogaprevenzione.it

Tutto ciò con l'auspicio che questo materiale possa essere utilmente impiegato nella pratica professionale, diventando uno strumento di supporto agli interventi di prevenzione.

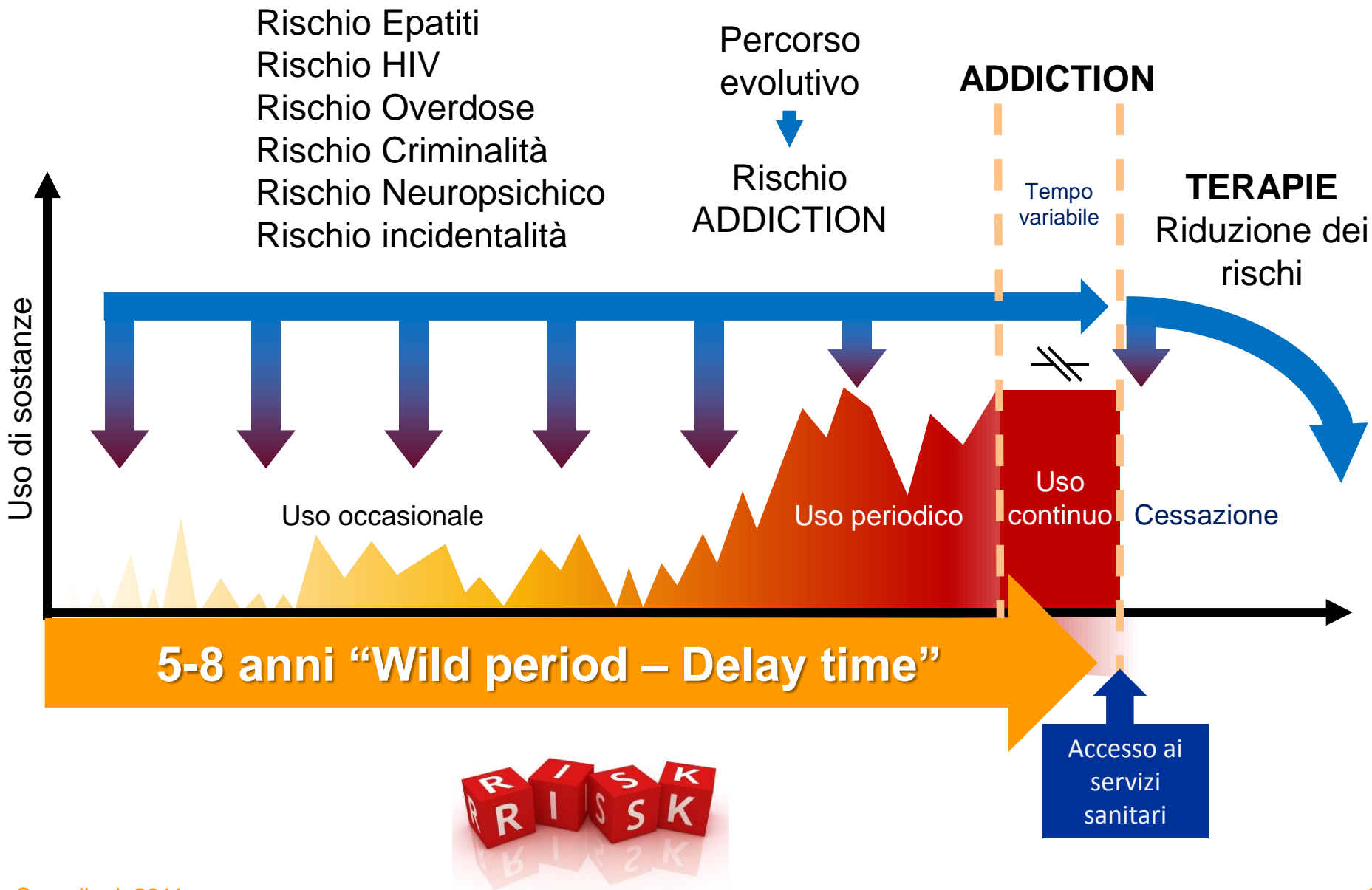


DROGHE e PREVENZIONE

DIAPOSITIVE DIDATTICHE PER OPERATORI

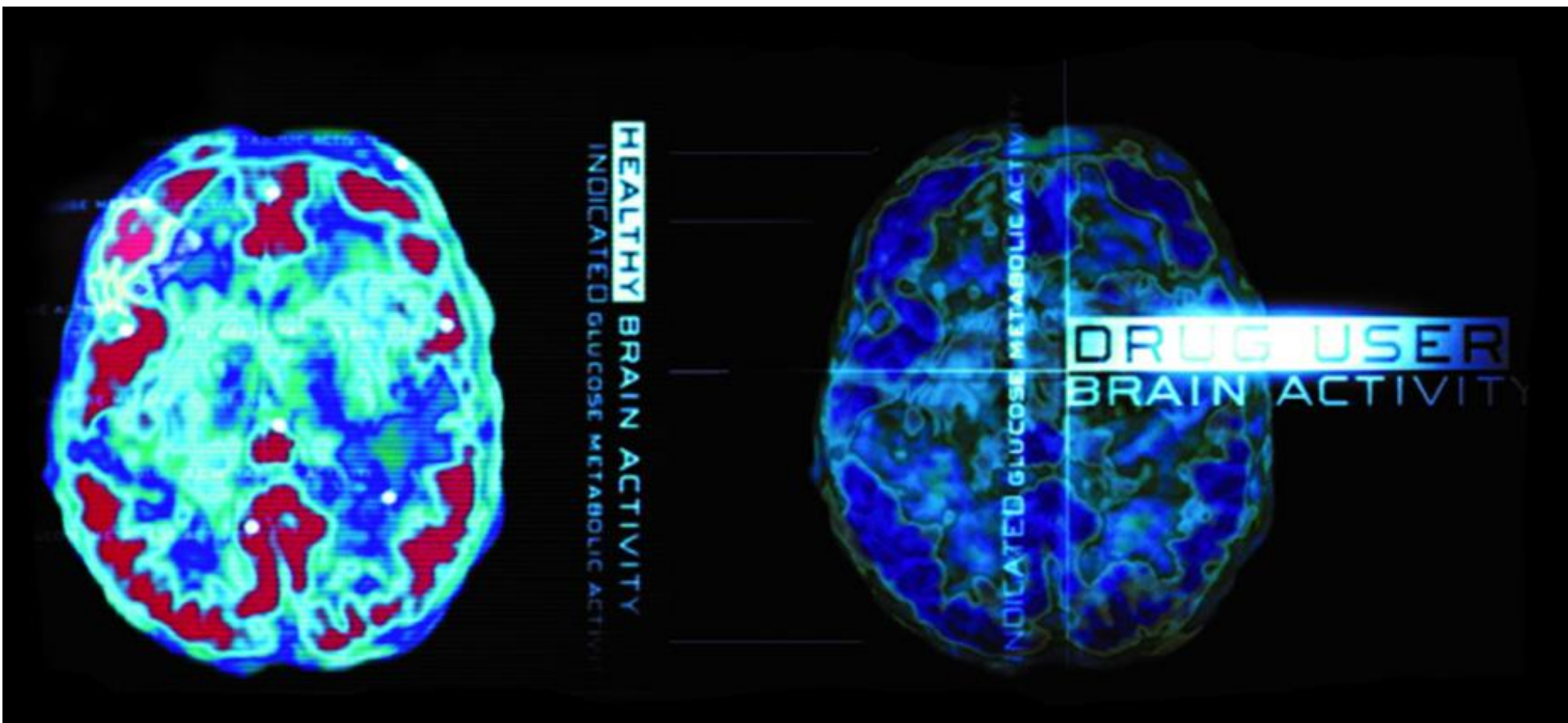
LA PREVENZIONE





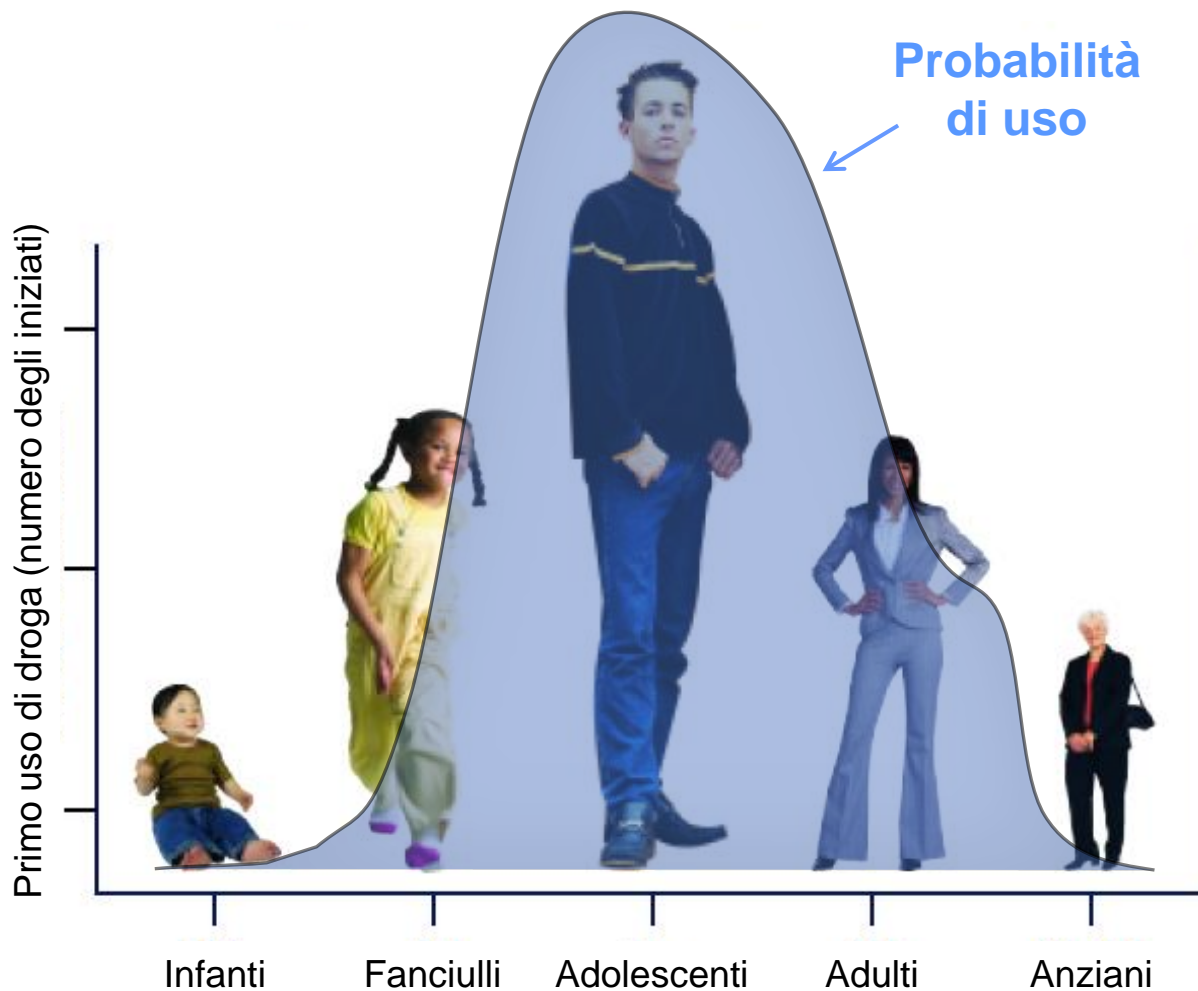


La tossicodipendenza è una malattia del cervello





La tossicodipendenza inizia tipicamente nell'infanzia o nell'adolescenza





USO PRECOCE

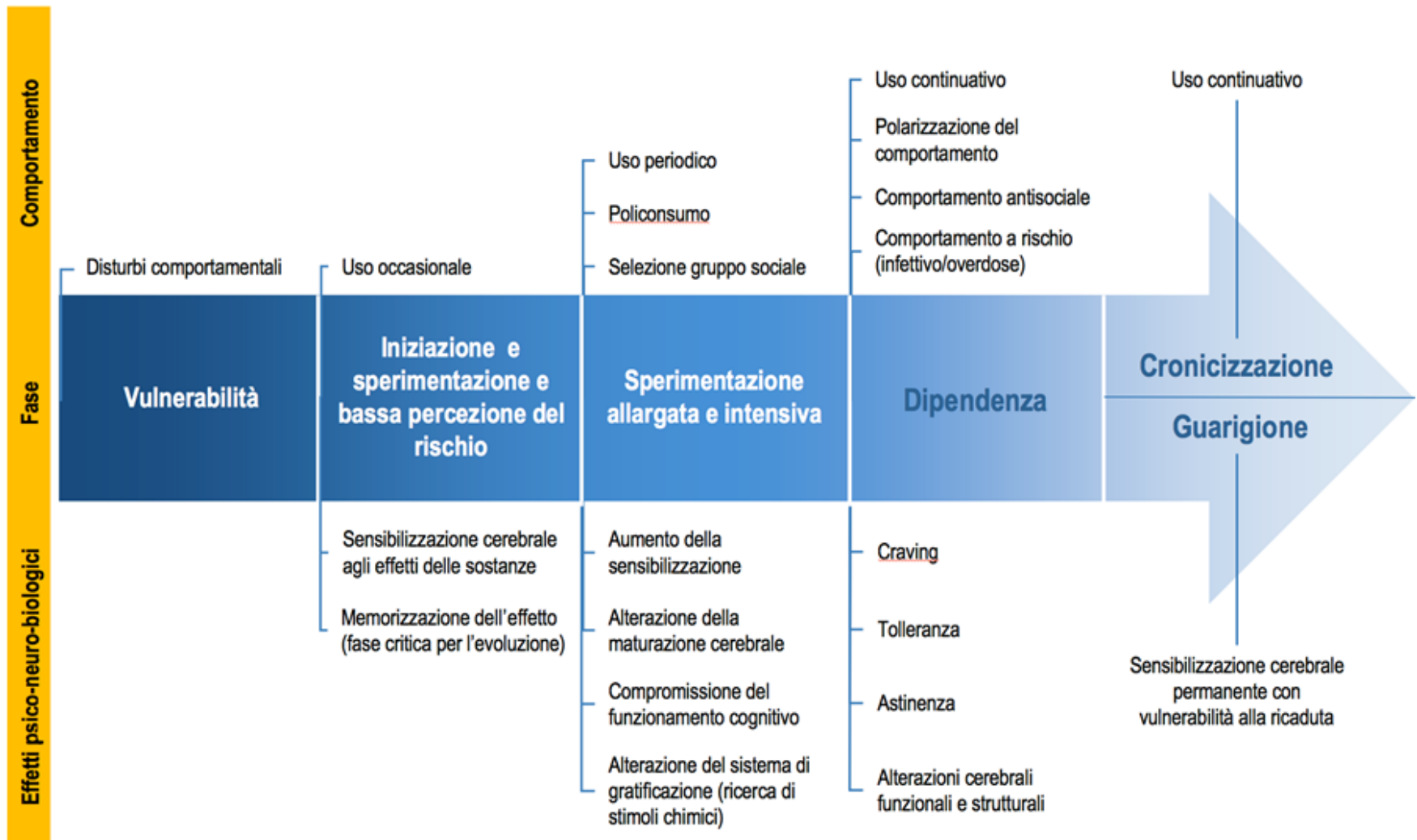
I ragazzi che iniziano ad usare alcol, tabacco e droghe a 13 anni hanno il 43% di probabilità in più di diventare tossicodipendenti di una persona che inizia dopo i 20 anni



EARLY DETECTION



Uso di sostanze, percorso evolutivo, comportamento e alterazioni psico-neuro-biologiche





DROGHE e PREVENZIONE

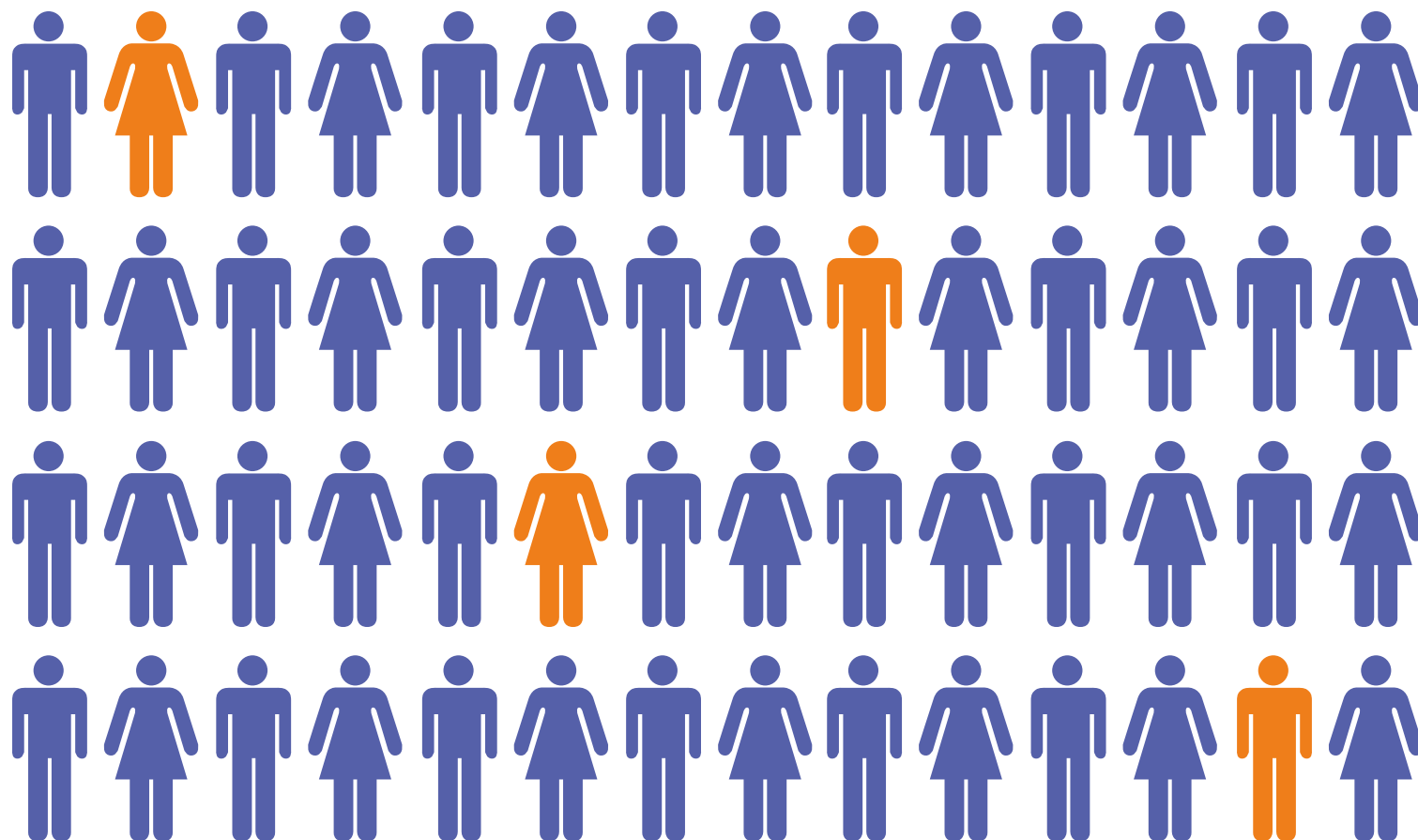
DIAPOSITIVE DIDATTICHE PER OPERATORI

LA VULNERABILITÀ





Non tutti gli individui presentano uguale rischio di sviluppare una dipendenza!

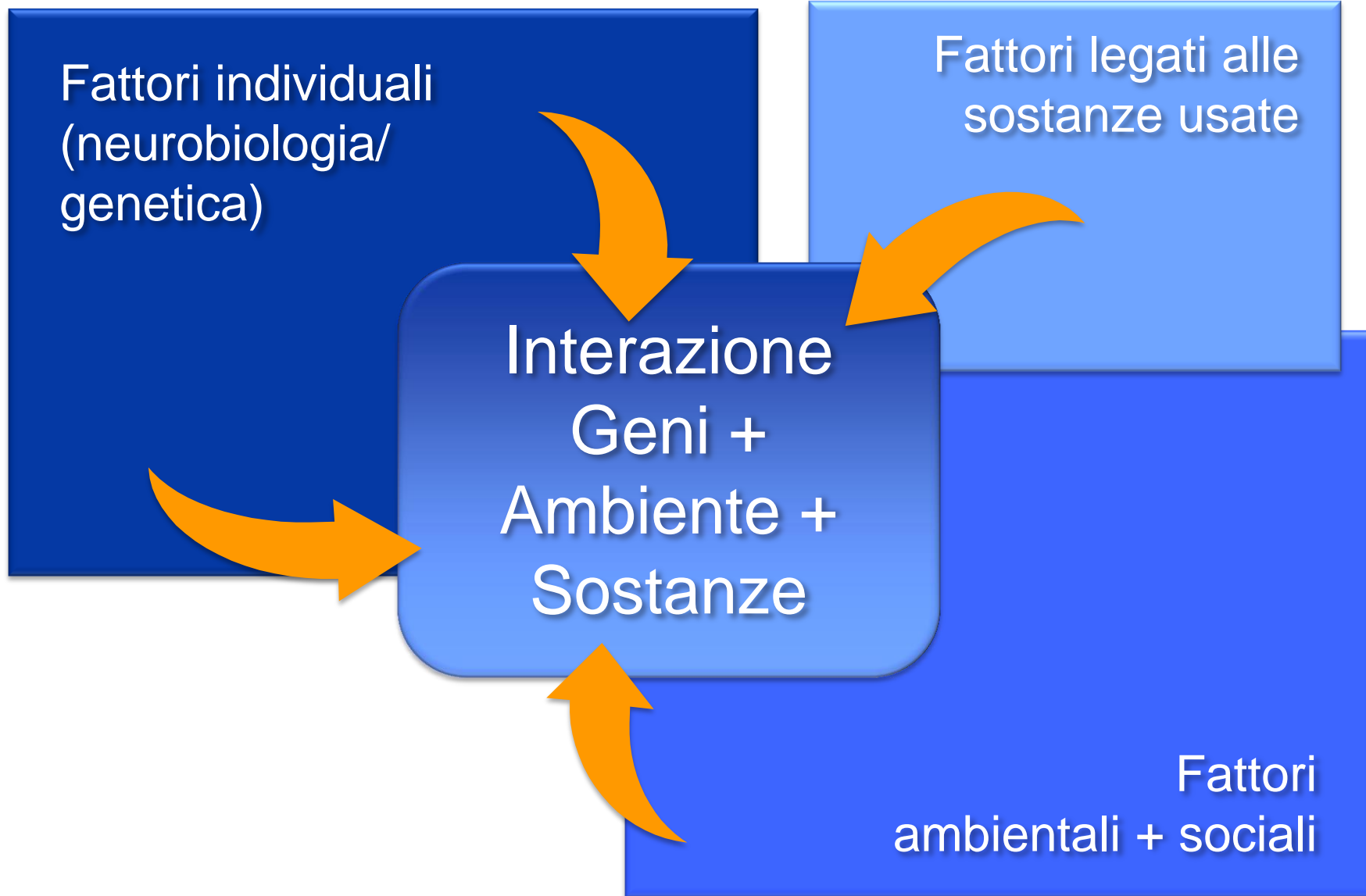




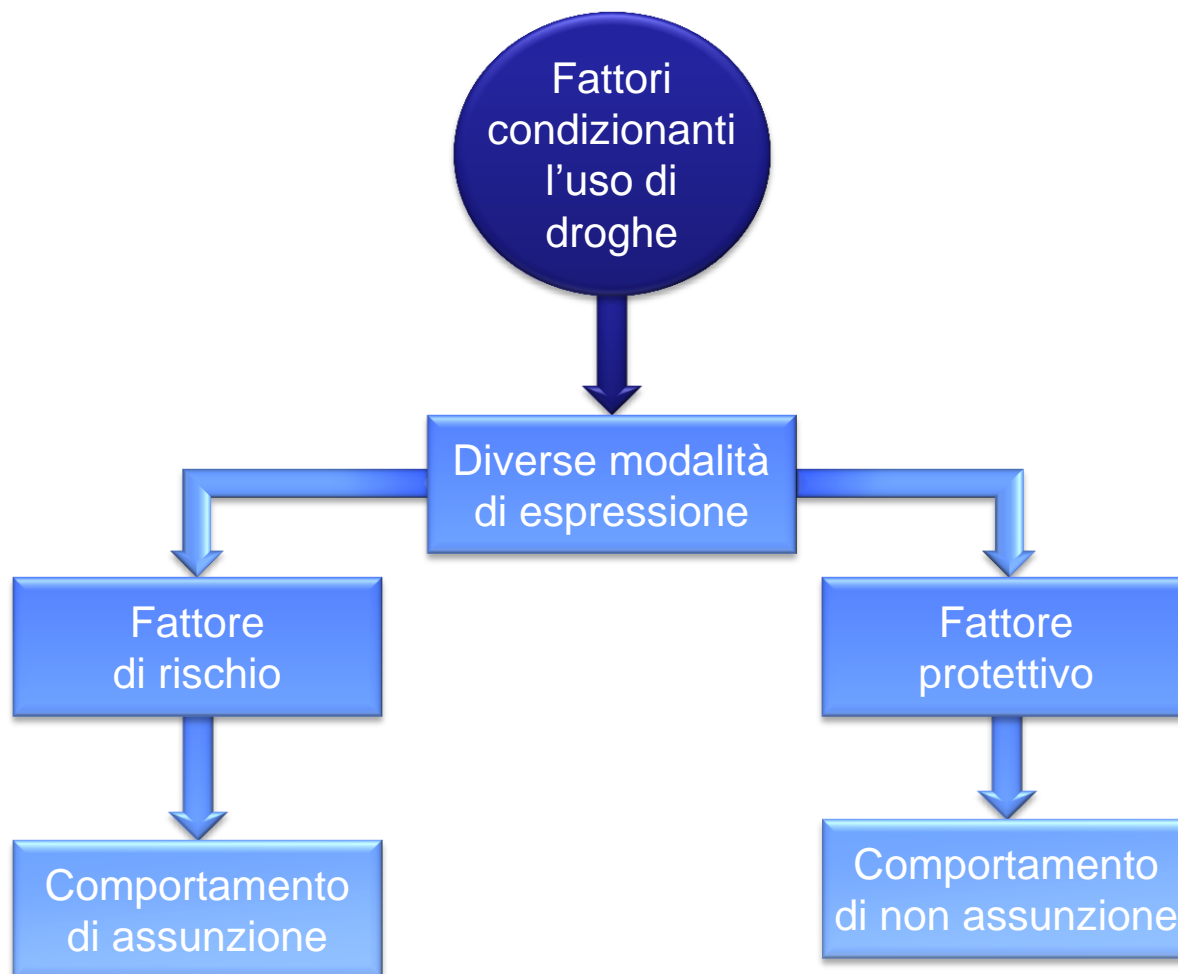
Vulnerabilità non significa PREDESTINAZIONE!



**NESSUNO NASCE PREDESTINATO
A DIVENTARE TOSSICODIPENDENTE!**



Fattori condizionanti l'uso di droghe





Fattori Condizionanti e Possibilità di Espressione

| <i>Espressione come fattore di rischio</i> | FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO | <i>Espressione come fattore protettivo</i> |
|--|--|---|
| Novelty seeker | Temperamento | Harm avoidance |
| Alta attitudine e bassa percezione del rischio | Attitudine al rischio e percezione del rischio | Bassa attitudine e alta percezione del rischio |
| Scarsa capacità con alta e precoce aggressività espressa | Capacità di autocontrollo (efficacia della corteccia prefrontale) e livello di aggressività comportamentale | Buona capacità con basso livello di aggressività espressa |
| Timidezza eccessiva, bassa assertività | Modalità relazionali e grado di assertività | Estroversione, alta assertività |
| Assente o ridotta | Social conformity | Presente |
| Assente, non vissuta in comunità | Spinta al trascendente, spiritualità, osservanza religiosa | Presente, vissuta in comunità |
| Deboli e negativi | Legami famigliari di attaccamento | Forti e positivi |
| Assente o discontinuo e incapace | Controllo genitoriale, supervisione genitoriale dei comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari | Presente, costante e capace |
| Assenti, incoerenti o non fatte rispettare | Regole di condotta in famiglia | Presenti, coerenti e fatte rispettare |



| | | |
|--|---|--|
| Presente | Uso di sostanze, abuso alcolico o farmaci non prescritti da parte dei genitori | Assente |
| Tollerante, di approvazione anche implicita del consumo | Atteggiamento dei genitori nei confronti dell'uso di droghe o abuso alcolico | Non tollerante, di stigmatizzazione del comportamento di consumo (non della persona che usa droghe o con dipendenza) |
| Alta prevalenza di uso, atteggiamento di accettazione e promozione dell'uso | Uso di sostanze nel gruppo dei pari | Assenza o bassa prevalenza di uso, atteggiamento di non accettazione e stigmatizzazione dell'uso |
| Assenti e/o orientati a modelli negativi | Atteggiamento del gruppo verso obiettivi di competenza sociale positiva | Presenti e persistenti |
| Presente (occasionale o abitudinario) | Attrazione verso l'uso di sostanze stupefacenti | Assente |
| Presente e precoce | Attrazione verso l'abuso di alcol | Assente |
| Presente e precoce | Tabagismo | Assente |
| Assente, insuccessi e non acquisizione di competenze scolastiche, uscita precoce dai circuiti scolastici | Impegno e competenze scolastiche | Presente con successo, acquisizione di competenze e permanenza nei circuiti scolastici |
| Alta | Disponibilità, accessibilità delle sostanze sul territorio | Bassa |
| Povertà diffusa, alto grado di disoccupazione, basso livello di scolarizzazione | Condizioni sociali | Povertà ridotta, basso grado di disoccupazione, alto livello di scolarizzazione |



| | | |
|---|---|---|
| Presenza di organizzazioni criminali (es. Mafia, ecc.) e microcriminalità diffusa | Condizioni di legalità sociale | Legalità istituzionale presente e percepita, bassa microcriminalità diffusa |
| Assente o mal funzionante e non nota | Rete dei servizi territoriali per famiglie e giovani | Presente, nota, accessibile e ben organizzata |
| Tolleranti e normalizzanti il consumo | Politiche e cultura sociale | Antidroga, esplicite e permanenti |
| Presente e tollerata | Drugs advertising | Assente e non tollerata |
| Presente e tollerata | Alcohol advertising | Assente e non tollerata |
| Presente e tollerata | Tobacco advertising | Assente e non tollerata |
| Presenti, con messaggi promozionali, accessibili e non controllate | Agenzie “educative” virtuali non regolamentate (Internet, TV e altri media, mondo dello spettacolo...) | Assenti o accessibili sotto controllo e regolamentate |
| Assente o poco attivo | Controllo e repressione del traffico e dello spaccio | Presente ed attivo |



Bilanciamento dei fattori di rischio e dei fattori protettivi

Fattori di rischio



Infanti
Età 0-2

Fanciulli
2-12

Adolescenti
12-20

Giovani adulti
20-40

Adulti
40-65

Anziani
65+



Fattori protettivi



FATTORI





Vulnerabilità non significa predeterminazione

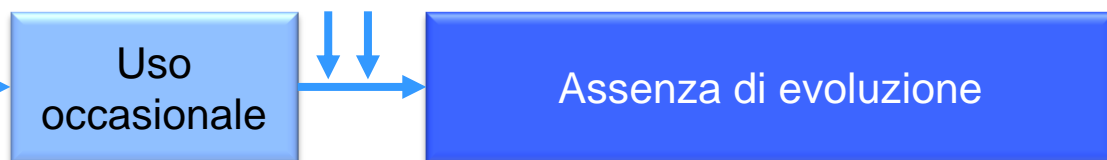
Alta disponibilità di sostanze

Esposizione a
stimoli da sostanze Persistenza



Fattori promuoventi
(offerta, facilità di accesso, bassa disapprovazione sociale, bassa percezione del rischio)

Fattori protettivi
(famigliari, sociali, ambientali, alta disapprovazione sociale, ecc.)



Bassa disponibilità di sostanze

Alterazioni
genetiche
(famigliarità)

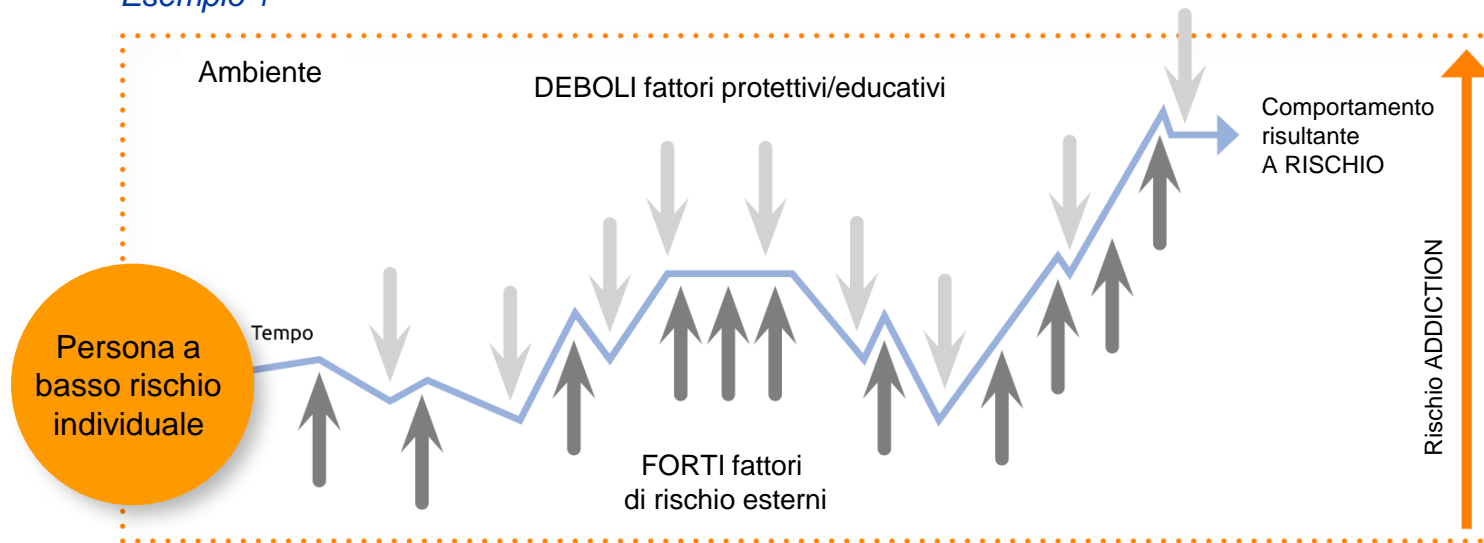
Fattori di
rischio
ambientali

Vulnerabilità
individuale

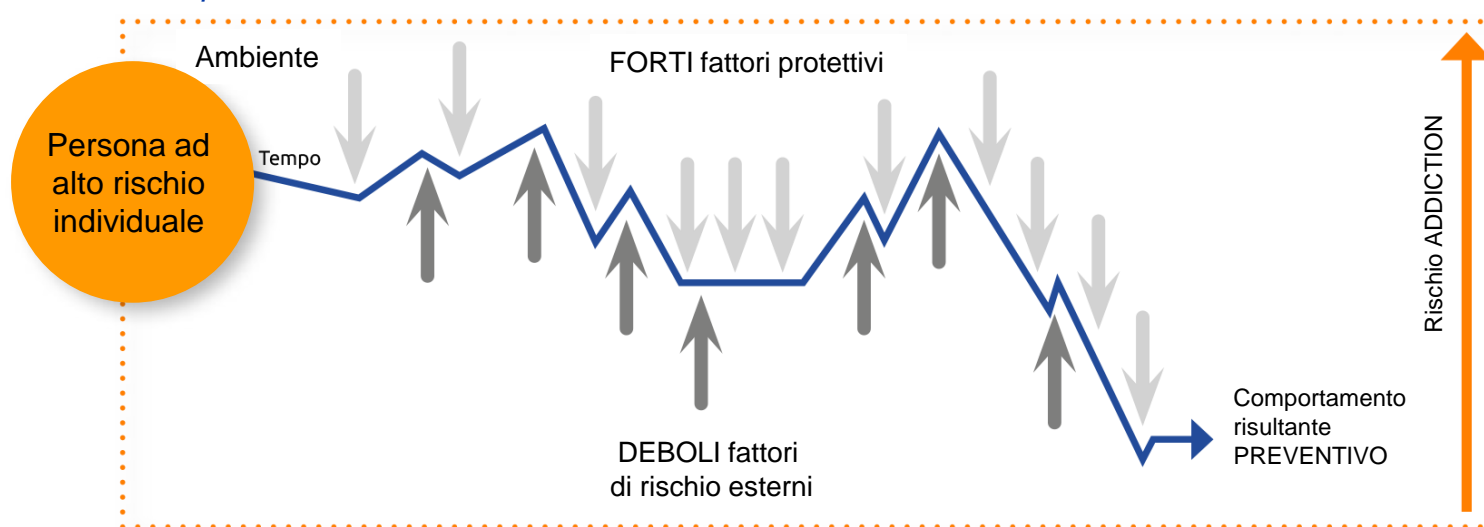
Fattori di
rischio
sociali



Esempio 1

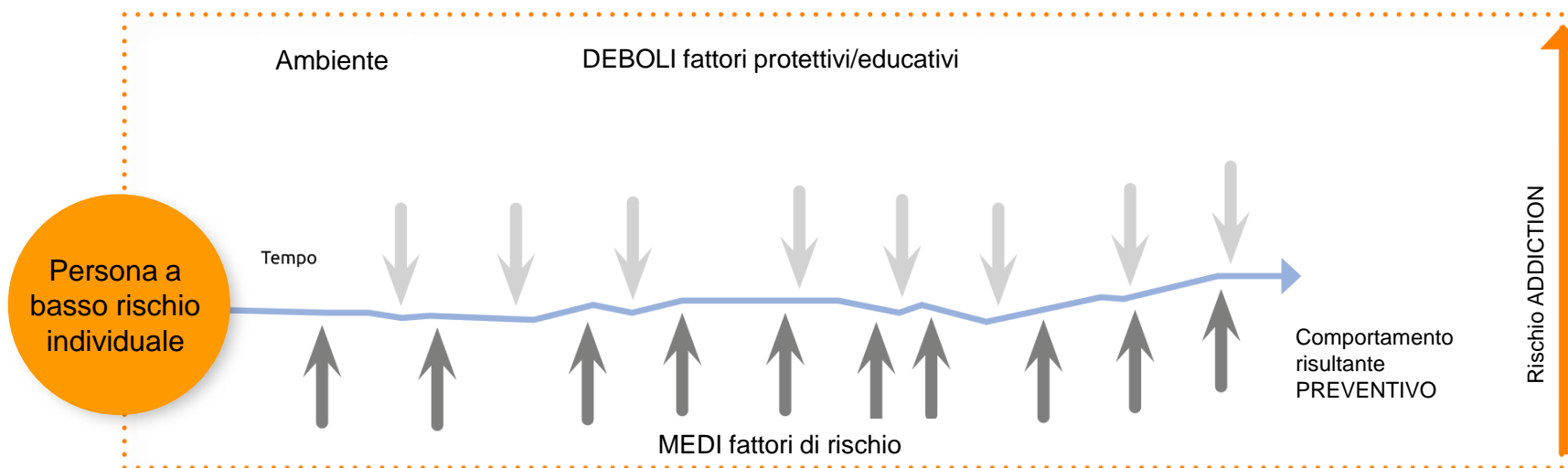


Esempio 2

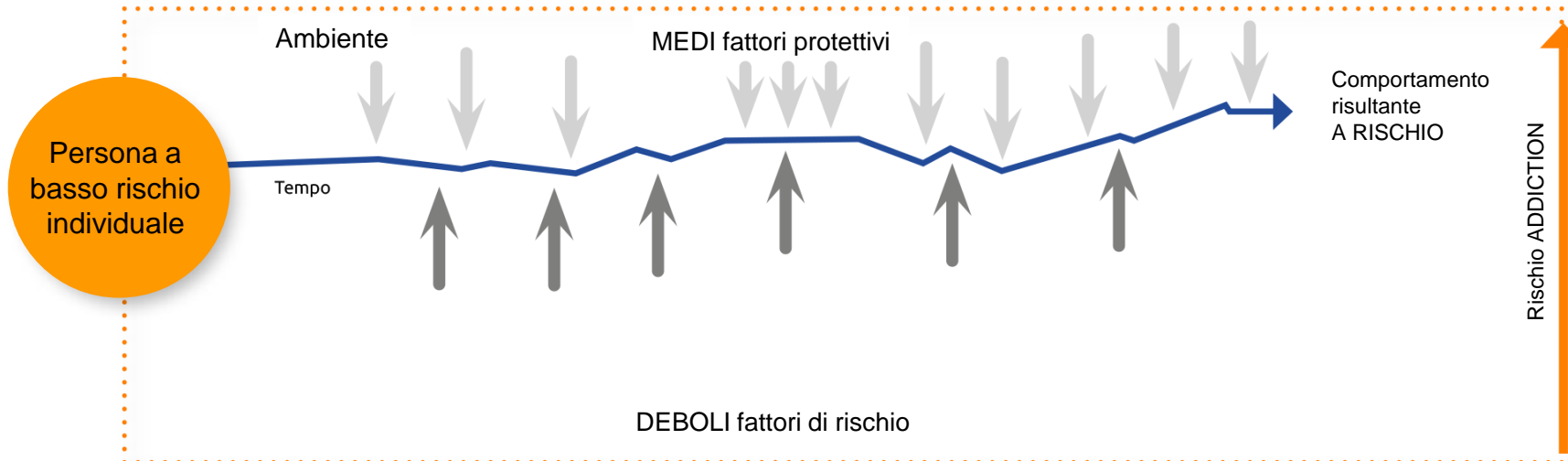




Esempio 3



Esempio 4





**Quanto i fattori BIOLOGICI incidono
sul rischio di sviluppare una dipendenza
se si usano sostanze?**

40-60%



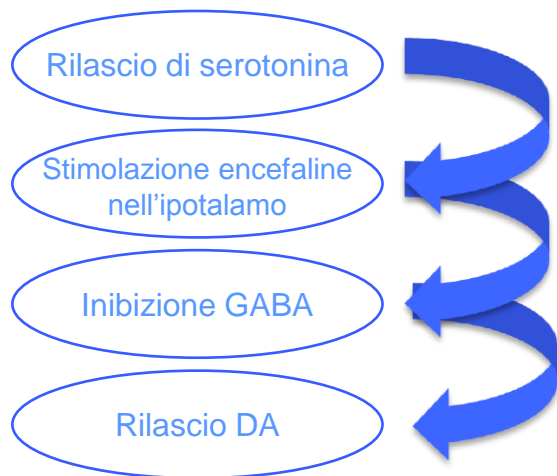
PRINCIPALI FATTORI BIOLOGICI & GENETICI

- Assetto e alterazioni genetiche (DRD2, DRD4)
- Disfunzione percezione gratificazione (tratto ipodopaminergico) – Reward Deficiency Syndrome
- Disgregazione asse ipofisi-ipotalamo-surrene (sistema gestione dello stress)
- Funzionamento metabolico cerebrale – attività lobo frontale
- Sesso (M > rischio)

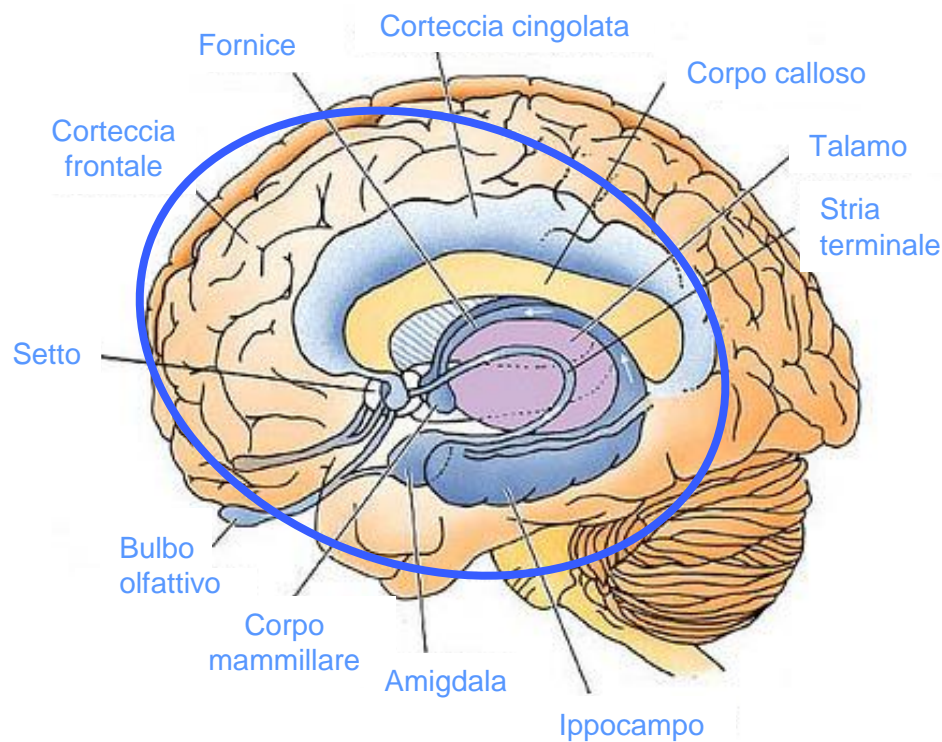


Reward Deficiency Syndrome

Tratto ipodopaminergico

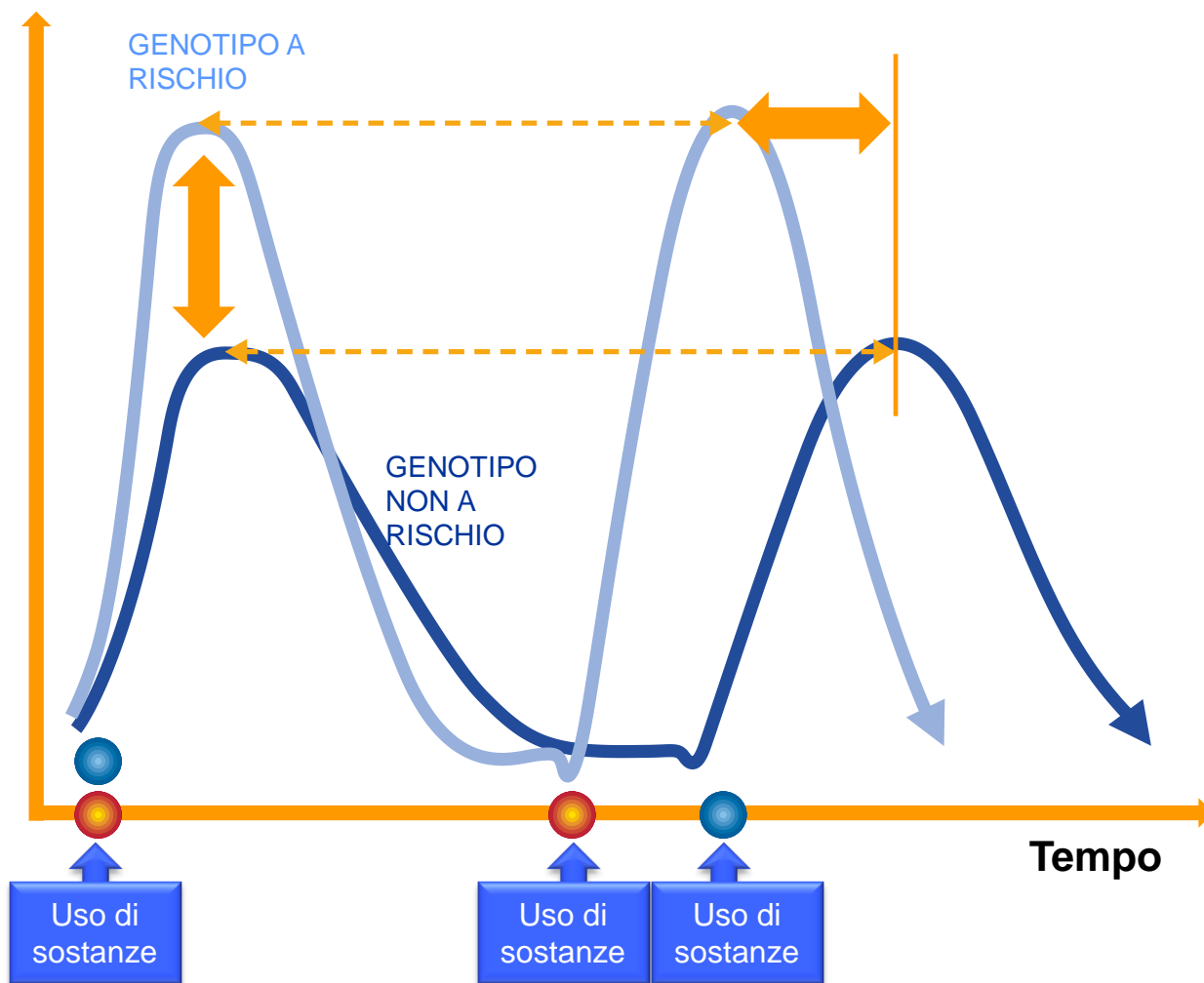


Sistema limbico





Magnitudo
dell'effetto
gratificante
percepito



Quali fattori AMBIENTALI aumentano il rischio di dipendenza?

- FAMIGLIA
- MODELLI EDUCATIVI



L'influenza dell'ambiente familiare riveste un ruolo di fondamentale importanza soprattutto durante l'infanzia.

- IL GRUPPO DEI PARI



Gli amici hanno la maggiore influenza durante l'adolescenza sui comportamenti di salute.

- **IL RENDIMENTO SCOLASTICO E LE RELAZIONI**



Gli insuccessi scolastici e le ridotte abilità sociali possono aumentare il rischio di utilizzo di droghe nel ragazzo.



- LE COMUNITÀ E LE NORME SOCIALI



Il legame positivo e rispettoso di un individuo con la comunità in cui vive, gioca un ruolo importante sull'eventuale uso di droghe.



Le norme sociali negli studi di corte di nascita e l'uso di marijuana in adolescenza negli Stati Uniti, 1976-2007

NCBI Resources How To

PubMed.gov
U.S. National Library of Medicine
National Institutes of Health

Search: PubMed Limits Advanced search Help

Search Clear

Display Settings: Abstract Send to

[Addiction](#), 2011 May 6. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03485.x. [Epub ahead of print]

The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007.

[Keyes KM](#), [Schulenberg JE](#), [O'Malley PM](#), [Johnston LD](#), [Bachman JG](#), [Li G](#), [Hasin D](#).

Department of Epidemiology, Columbia University, New York, NY New York State Psychiatric Institute, New York, NY Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor, MI Department of Anesthesiology, Columbia University, New York, NY Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, NY.

Abstract

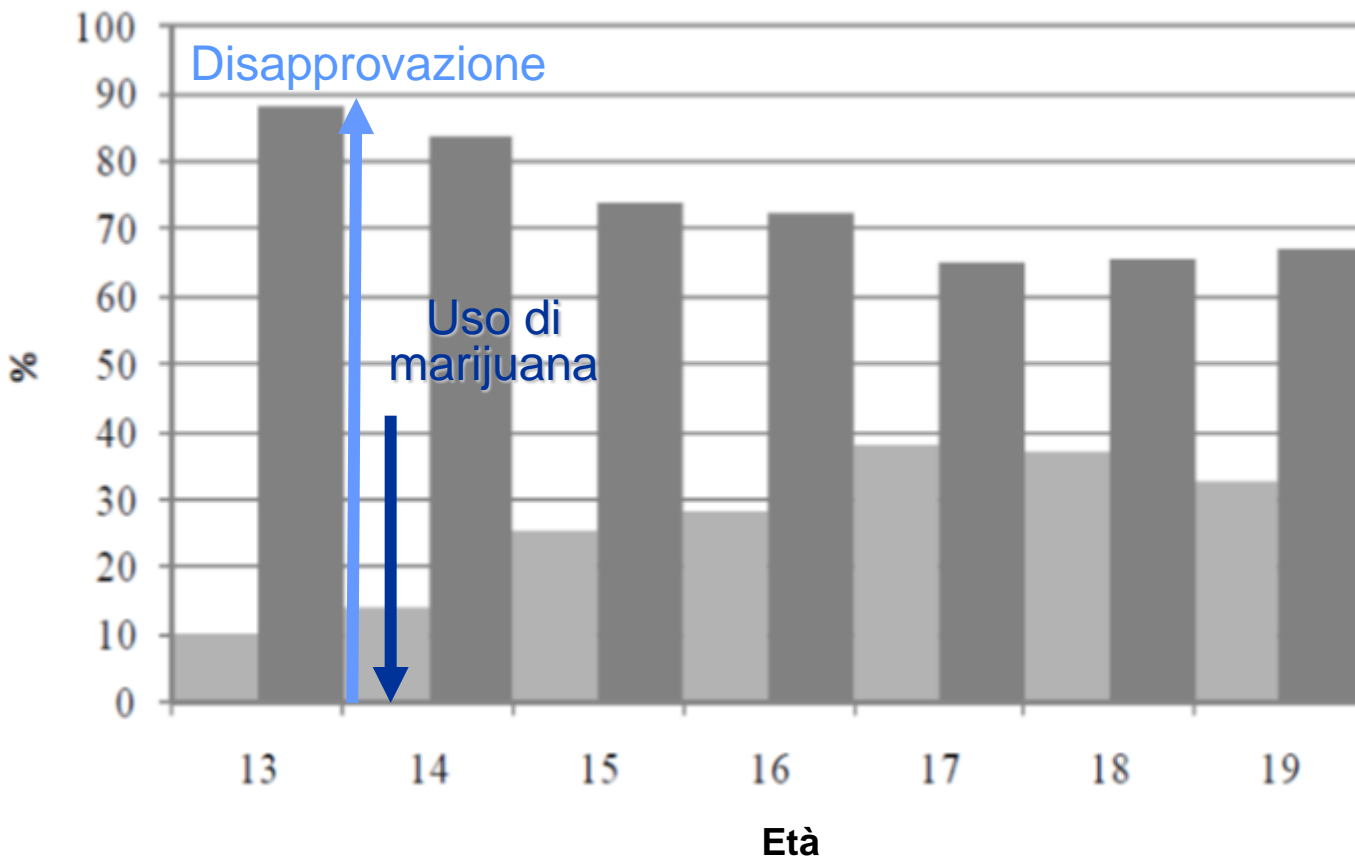
Aims: Studies of the relationship between social norms and marijuana use have generally focused on individual attitudes, leaving the influence of larger societal-level attitudes unknown. The present study investigated societal-level disapproval of marijuana use defined by birth cohort or by time period. **Design:** Combined analysis of nationally-representative annual surveys of secondary school students in the U.S. conducted 1976-2007 as part of the Monitoring the Future study. **Setting:** In-school surveys completed by adolescents in the U.S. **Participants:** 986,003 adolescents in grades 8, 10, and 12 **Measurements:** Main predictors included the percentage of students who disapproved of marijuana in each birth cohort and time period. Multi-level models with individuals clustered in time periods of observation and birth cohorts were modeled, with past-year marijuana use as the outcome. **Findings:** Results indicated a significant and strong effect of birth cohort disapproval of marijuana use in predicting individual risk of marijuana use, after controlling for individual-level disapproval, perceived norms towards marijuana, and other characteristics. Compared to birth cohorts in which most (87-90.9%) adolescents disapproved of marijuana use, odds of marijuana use were 3.53 times higher in cohorts where less than half (42-46.9%) disapproved (99% C.I. 2.75, 4.53). **Conclusions:** Individuals in birth cohorts that are more disapproving of marijuana use are less likely to use, independent of their personal attitudes towards marijuana use. Social norms and attitudes regarding marijuana use cluster in birth cohorts, and this clustering has a direct effect on marijuana use even after controlling for individual attitudes and perceptions of norms.

© 2011 The Authors, *Addiction* © 2011 Society for the Study of Addiction.

PMID: 21545669 [PubMed - as supplied by publisher]

LinkOut - more resources

Disapprovazione sociale e uso di marijuana



Minore è la disapprovazione all'uso di marijuana nel soggetto all'aumentare dell'età, maggiore risulta l'uso



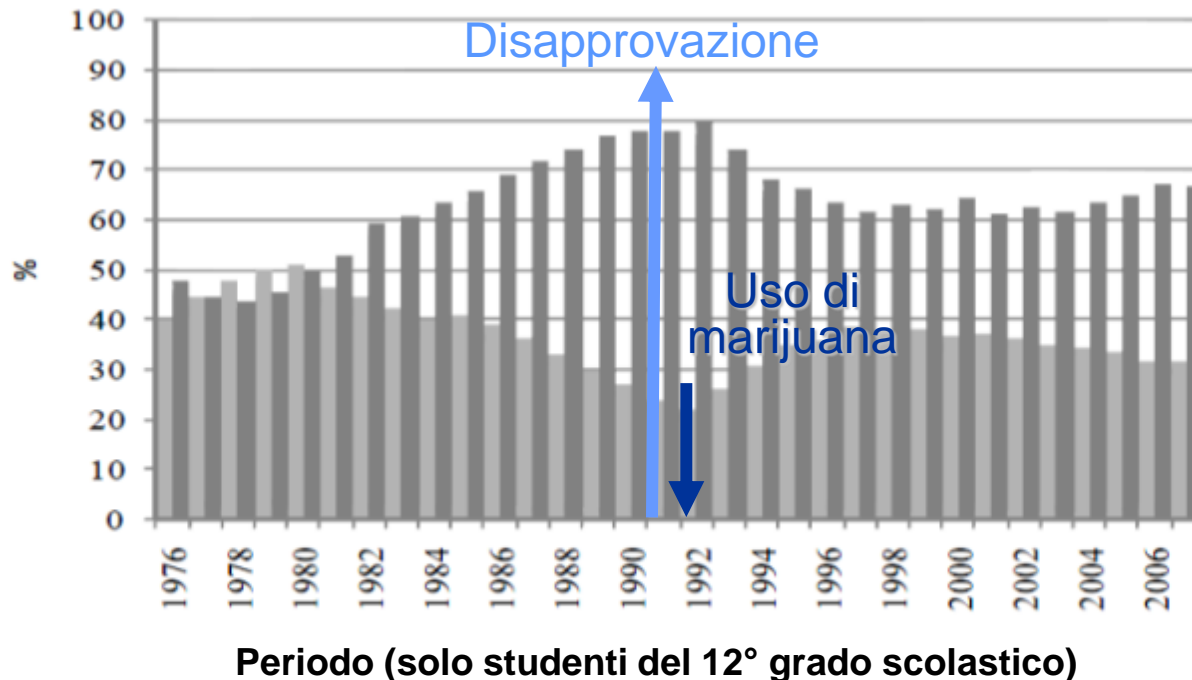
Percentuale riportante l'uso di marijuana negli ultimi 12 mesi



Percentuale che disapprovava o disapprovava fortemente l'uso occasionale di marijuana

Disapprovazione sociale e uso di marijuana

Keyes, K.M. et al. *The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007*. *Addiction* 2011



Maggiore è la disapprovazione all'uso di marijuana, minore risulta l'uso di marijuana negli adolescenti calcolato nel tempo

- Percentuale riportante l'uso di marijuana negli ultimi 12 mesi
- Percentuale che disapprovava o disapprovava fortemente l'uso occasionale di marijuana



Livello di disapprovazione 90%
USO NELL'ULTIMO ANNO 17%



Livello di disapprovazione 47%
USO NELL'ULTIMO ANNO 49%





Fattori che sostengono la disapprovazione sociale

Presenza di norme
legali contro l'uso
di droghe

Presenza di norme
sociali contro l'uso
di droghe

Atteggiamento contro
l'uso di droghe da
parte dei familiari

Presenza di modelli
di prevenzione

Atteggiamento contro
l'uso di droghe da
parte del gruppo
dei pari

Disponibilità
della sostanza
sul territorio

Atteggiamento contro
l'uso di droghe da
parte della società

Caratteristiche del
periodo storico
(demografiche,
economiche, ecc.)



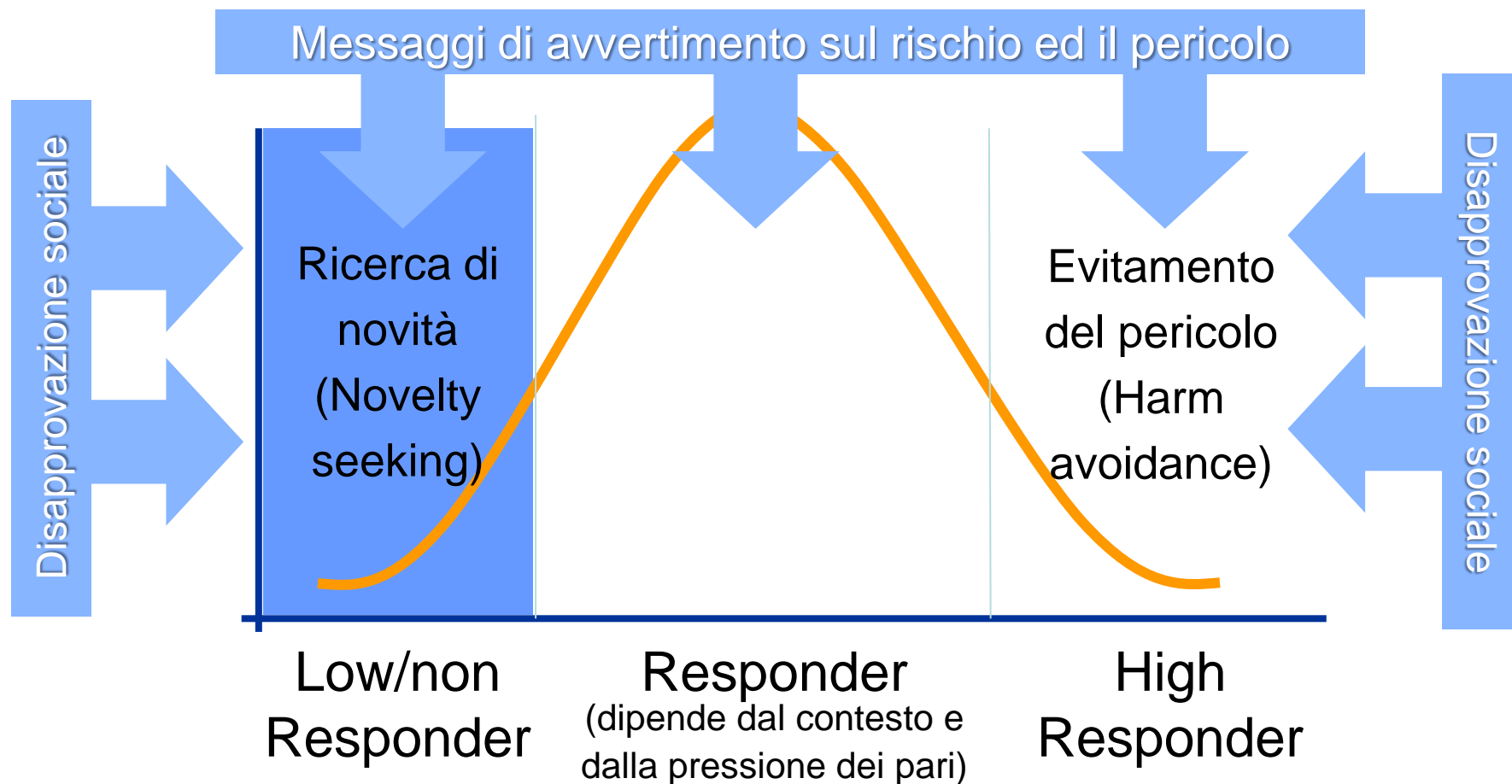


Conclusioni sullo studio

- Lo studio documenta come studenti di pari età che maturano in un gruppo con bassa disapprovazione dell'uso di marijuana siano a più alto rischio di usarla durante l'adolescenza, indipendentemente dal livello individuale di disapprovazione, dalle norme sociali percepite e dalla disponibilità delle sostanze
- I dati suggeriscono che gli adolescenti sono influenzati da cosa pensano i ragazzi della loro stessa età e di conseguenza le norme sociali e le attitudini all'interno di un gruppo ha un effetto diretto sull'uso di marijuana

Ma le persone danno risposte diverse alle informazioni di pericolo ed alla disapprovazione sociale:

Alcuni adolescenti infatti sono più resistenti di altri ai cambiamenti comportamentali



Quali altri fattori aumentano il rischio di indurre dipendenza?

- Metodo di somministrazione



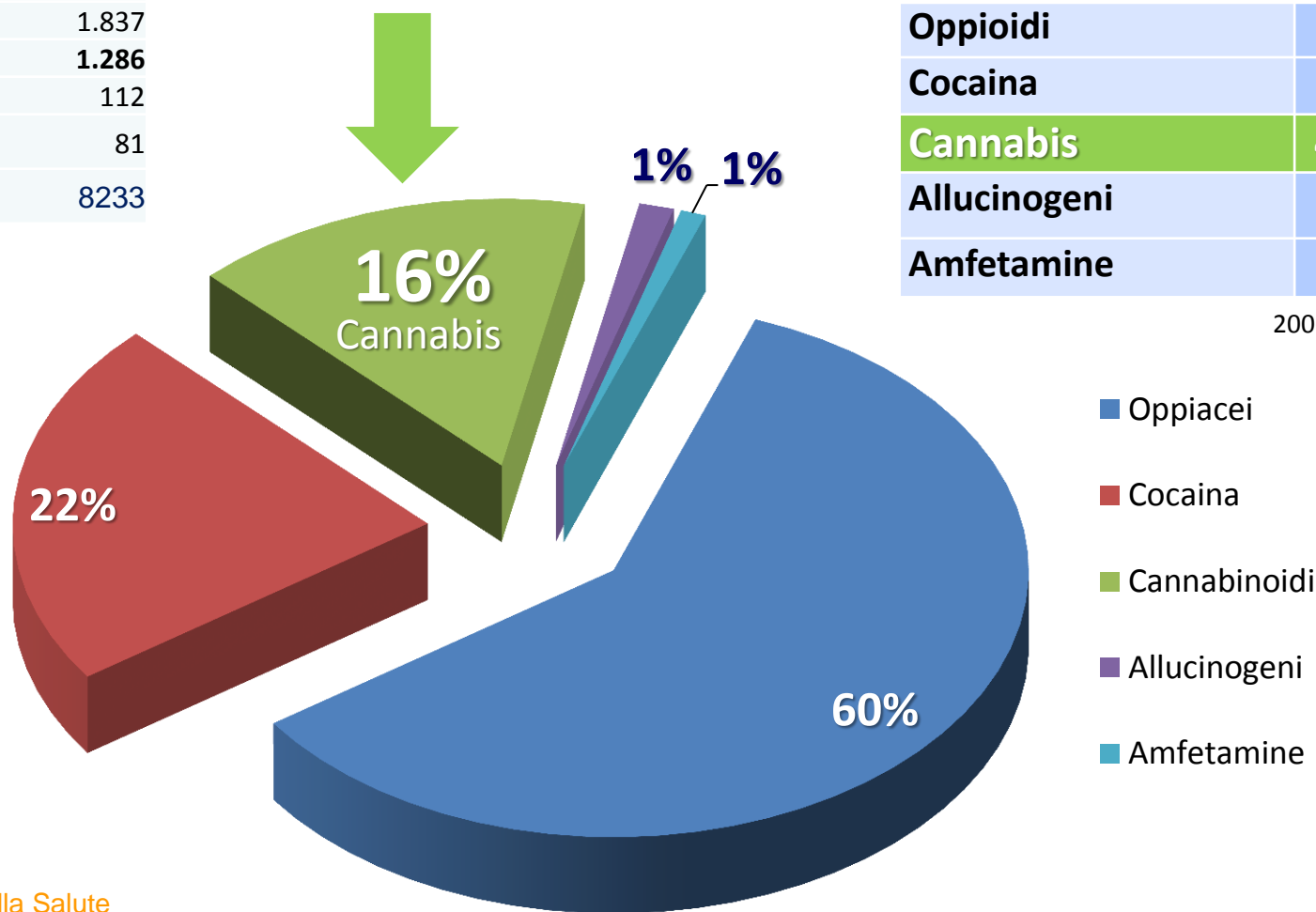
Fumare una droga o iniettarla in vena aumenta la sua capacità di creare dipendenza.



Ricoveri ospedalieri per droghe 2011 in Italia

POPOLAZIONE GEN.

| | |
|---------------------|--------------|
| Oppiacei | 4.917 |
| Cocaina | 1.837 |
| Cannabinoidi | 1.286 |
| Allucinogeni | 112 |
| Amfetamine | 81 |
| TOTALE | 8233 |



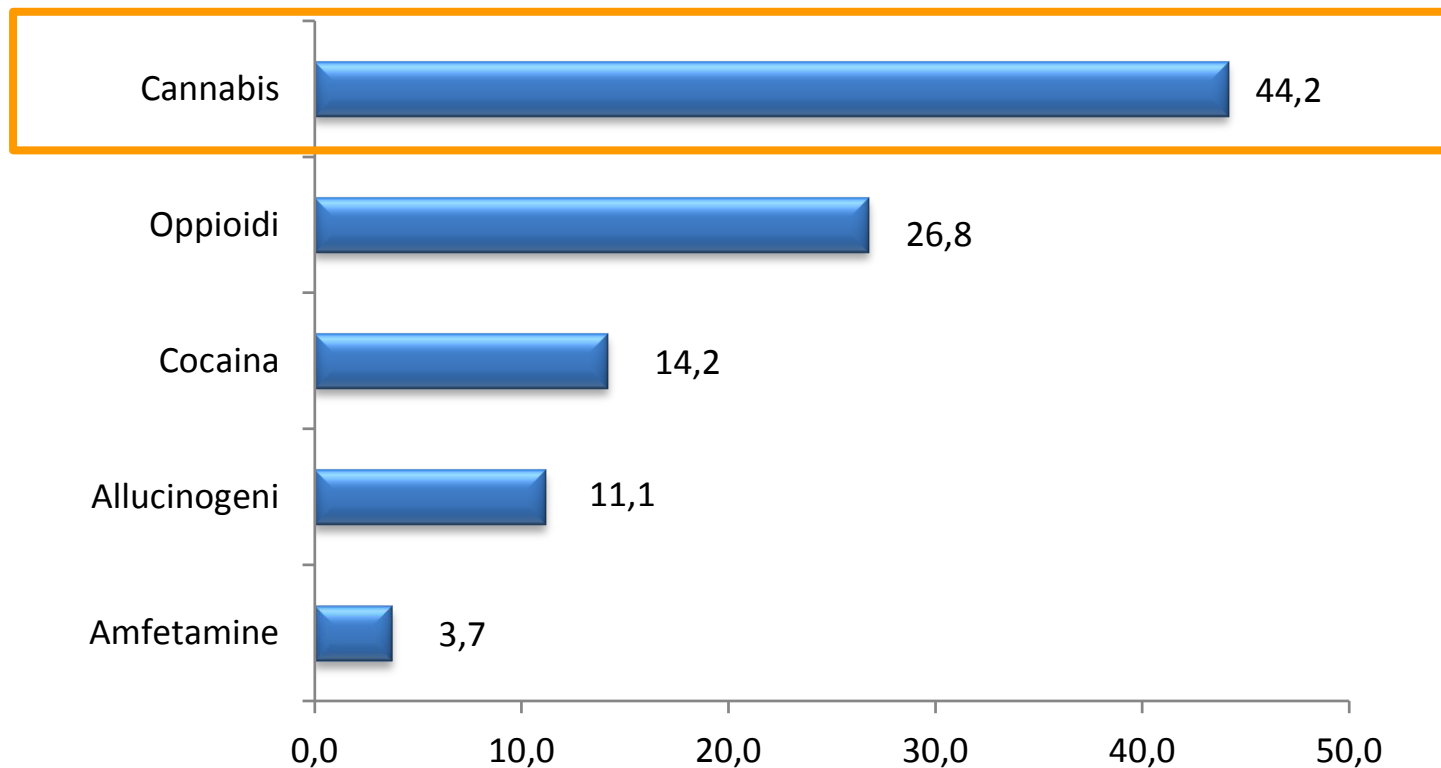
| MINORENNI | < 17 |
|--------------|-------|
| Oppioidi | 26,8% |
| Cocaina | 14,2% |
| Cannabis | 44,2% |
| Allucinogeni | 11,1% |
| Amfetamine | 3,7% |

2006 - 2011

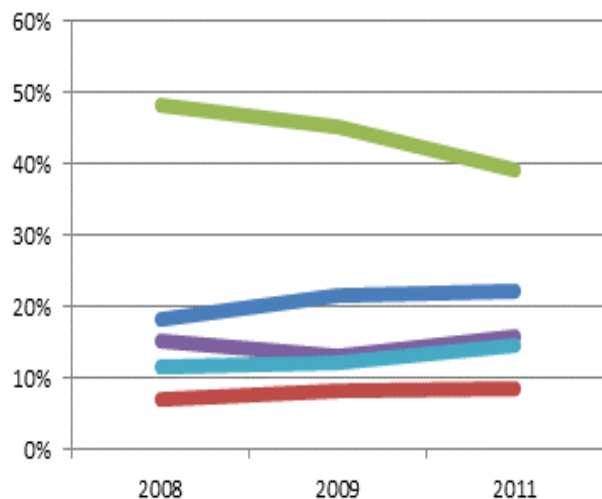
- Oppiacei
- Cocaina
- Cannabinoidi
- Allucinogeni
- Amfetamine



Cannabis: %> di Ricoveri Ospedalieri di minori



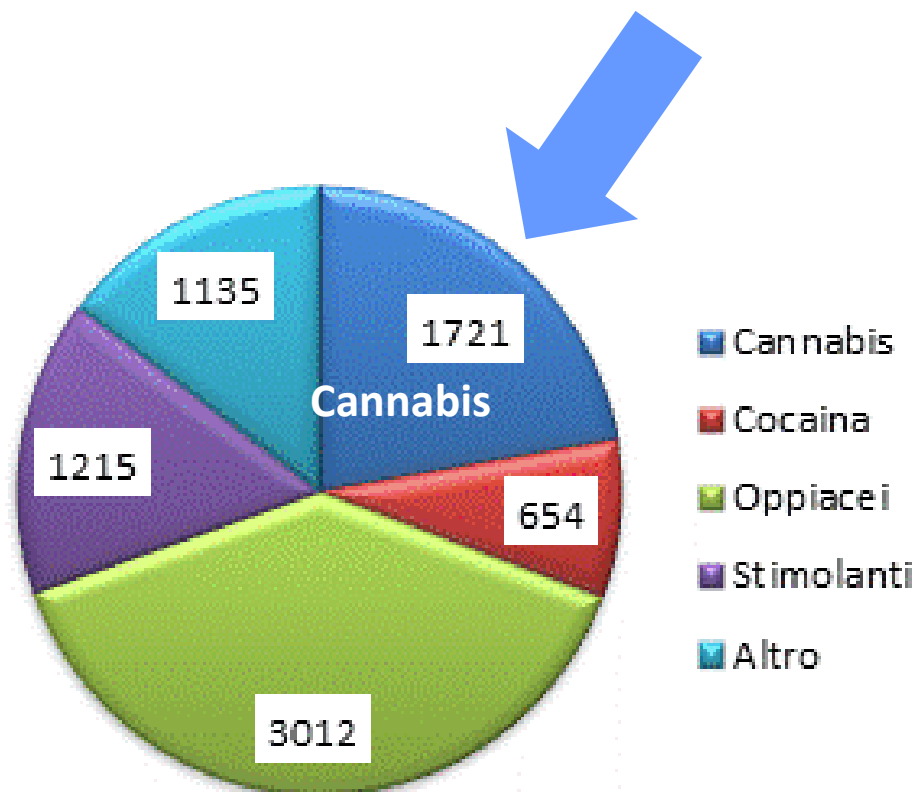
Andamento dei ricoveri ospedalieri per droghe 2011 in EUROPA



2011

Val. ass. %

| | | |
|------------|------|-----|
| Cannabis | 1721 | 22% |
| Cocaina | 654 | 8% |
| Oppiacei | 3012 | 39% |
| Stimolanti | 1215 | 16% |
| Altro | 1135 | 15% |





Prevenzione: 3 punti da sottolineare

1

Concetto di "Vulnerabilità"

2

Il ruolo della famiglia e della scuola
(approccio educativo)

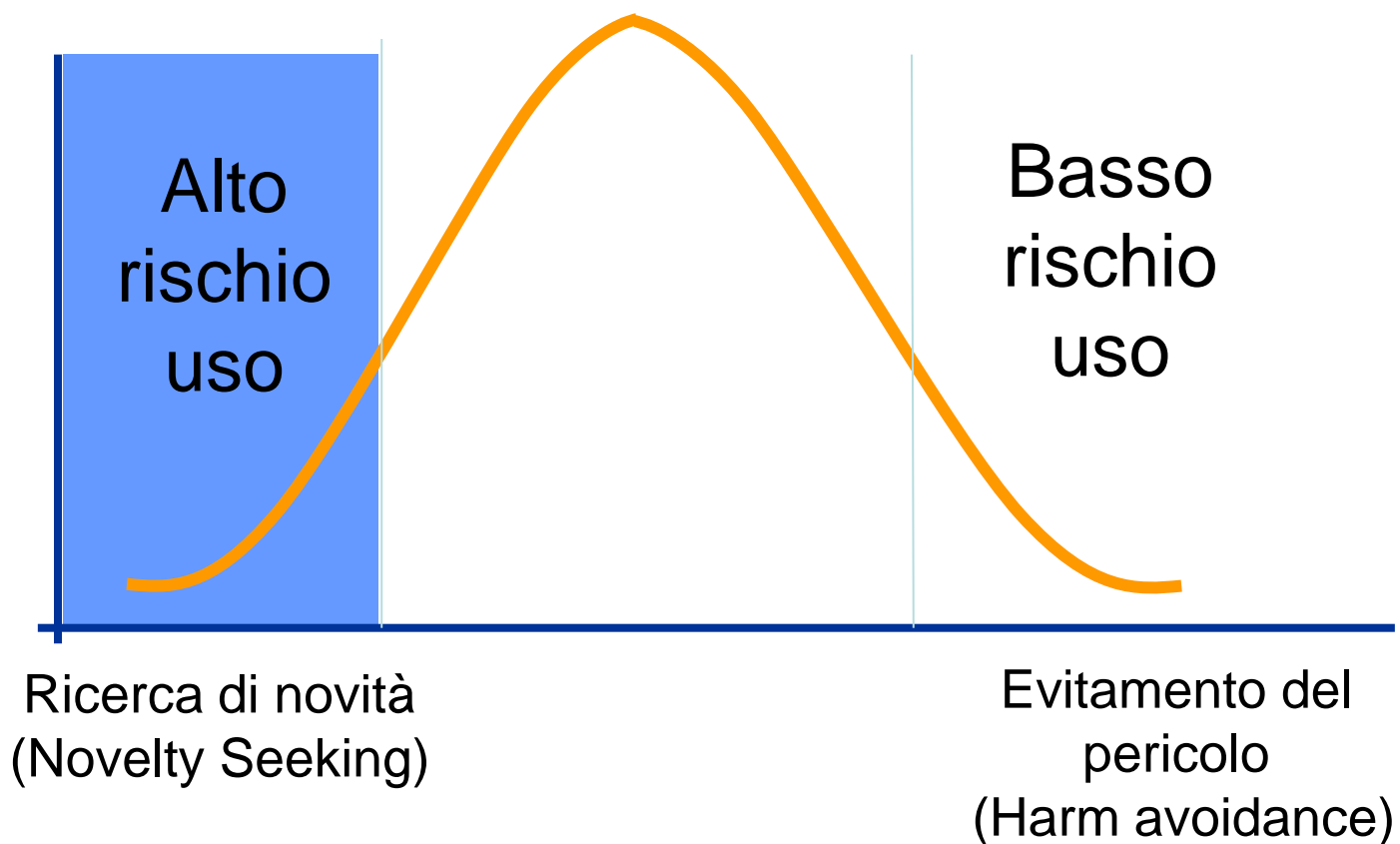
3

Ritardo tra uso di sostanze e accesso ai trattamenti
(diagnosi precoce per un intervento precoce)



1

Concetto di Vulnerabilità: Alcuni adolescenti sono più vulnerabili di altri alle droghe



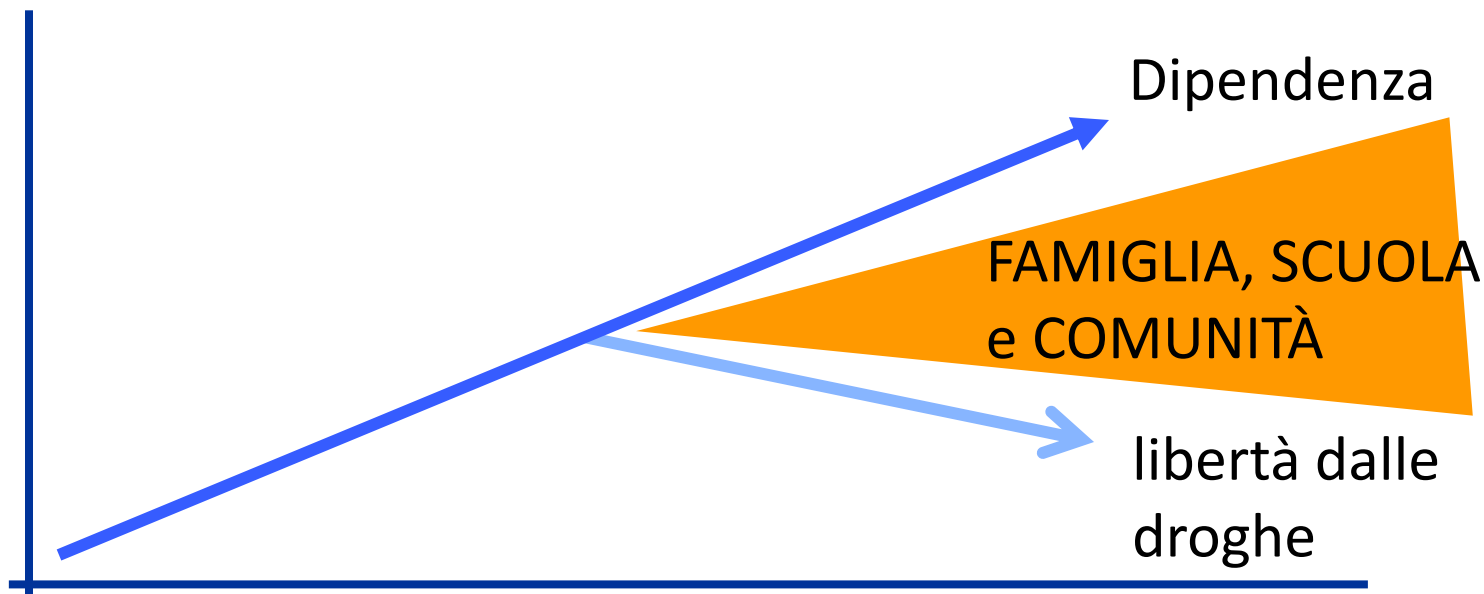


2

Vulnerabilità: il ruolo della famiglia e della scuola (approccio educativo)

VULNERABILITÀ SÌ...

ma è possibile cambiare il percorso
dell'adolescente a rischio





In che modo è possibile cambiare il percorso dell'adolescente a rischio?

ADOLESCENTI VULNERABILI

Traumi

Abuso

Negligenza

Controllo senza affetto

Mancanza di supervisione

Esperienze avverse

RISCHIO

FAMIGLIA
POSITIVA,
SCUOLA e
COMUNITÀ
**FANNO LA
DIFFERENZA!**

Protezione e supporto

Attenzione e calore

Direzionalità e supervisione

Accettazione

Favorire l'autonomia

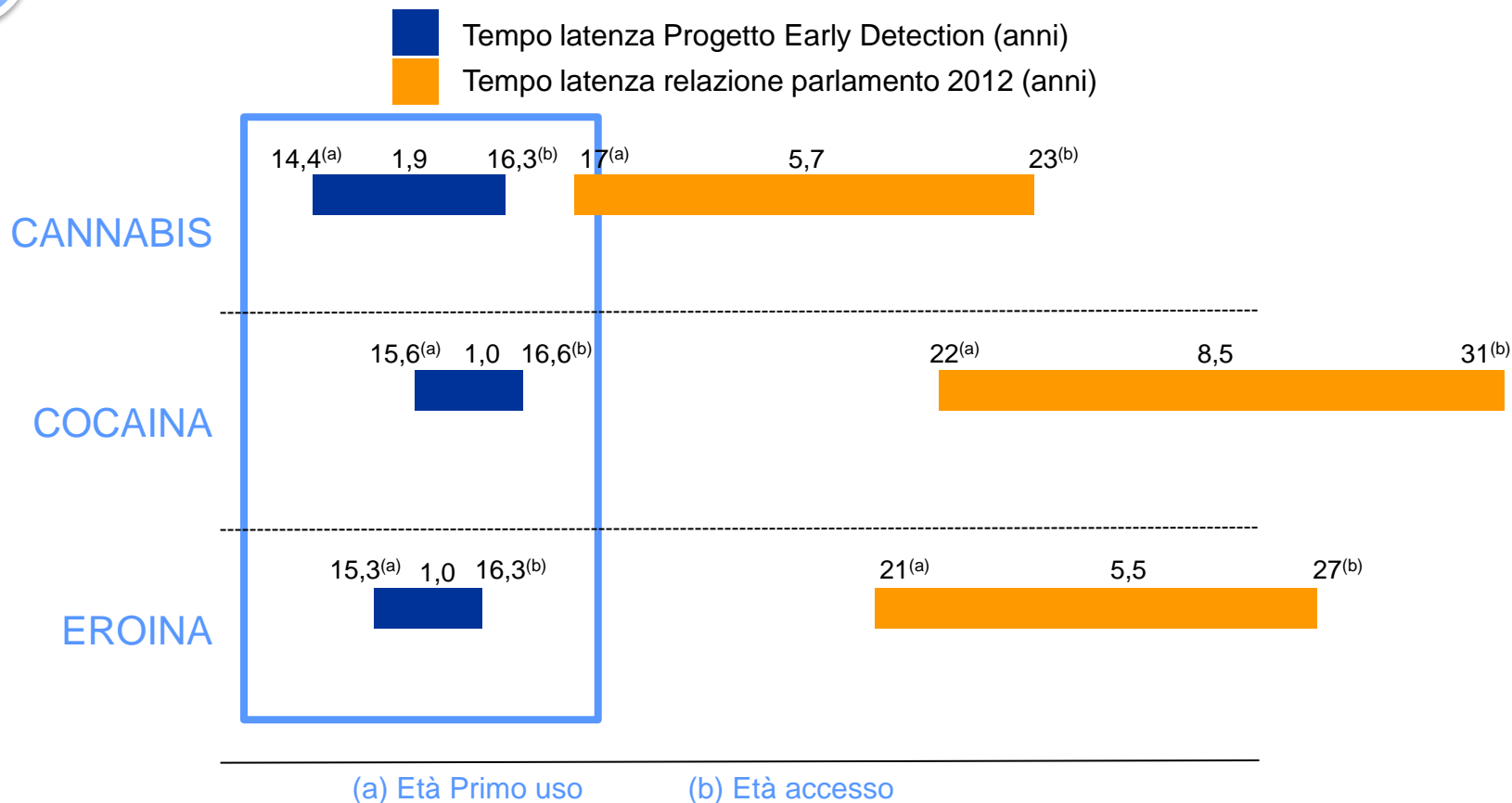
Definizione dei ruoli

RESILIENZA



3

Diagnosi Precoce



Progetto Early Detection: Cannabis 157 soggetti, Cocaina 31 soggetti, Eroina 19 soggetti
 Relazione Parlamento: Cannabis 9.921 soggetti, Cocaina 16.939 soggetti, Eroina 84.938 soggetti

| | | | | |
|------------------|----|-----|-----|-----|
| Tempo di latenza | ED | 1.9 | 1.0 | 1.0 |
| | N | 5.7 | 8.5 | 5.5 |



| Esordio | Primo trattamento | ritardo (anni) |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|
| eroina: 21 anni | eroina: 26 anni | 5 |
| cocaina: 22 anni | cocaina: 31 anni | 9 |
| cannabis: 17 anni | cannabis: 25 anni | 8 |

**Ritardo prima del trattamento
dai 5 agli 8 anni**



DOVE fare prevenzione?

Famiglia

Scuola

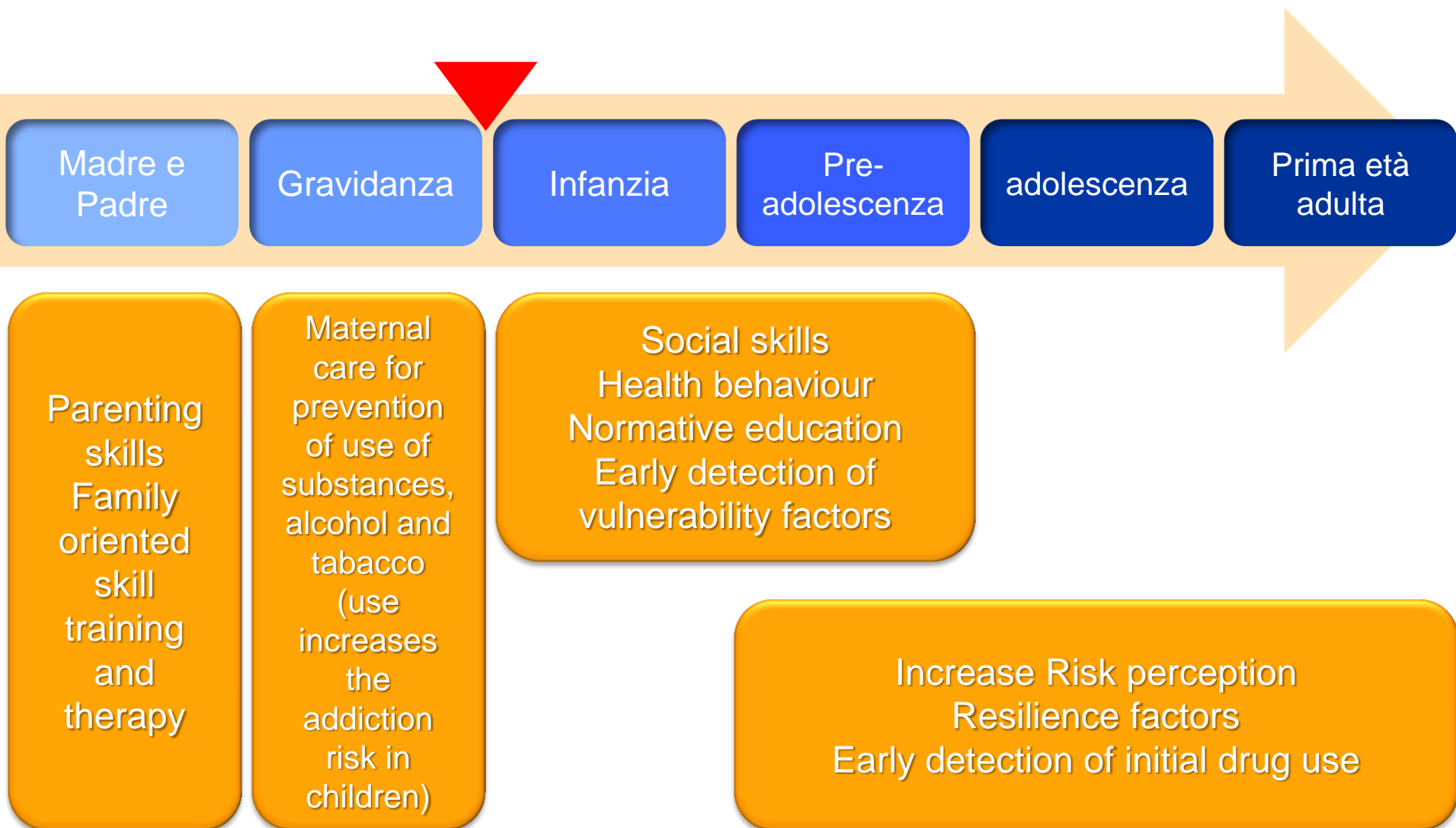
Posto di lavoro

Internet

- Comunità
 - Media
 - Sistema sanitario
 - Sistema sociale
- Luoghi pubblici
(strade, piazze,
quartieri)



QUANDO fare prevenzione selettiva?



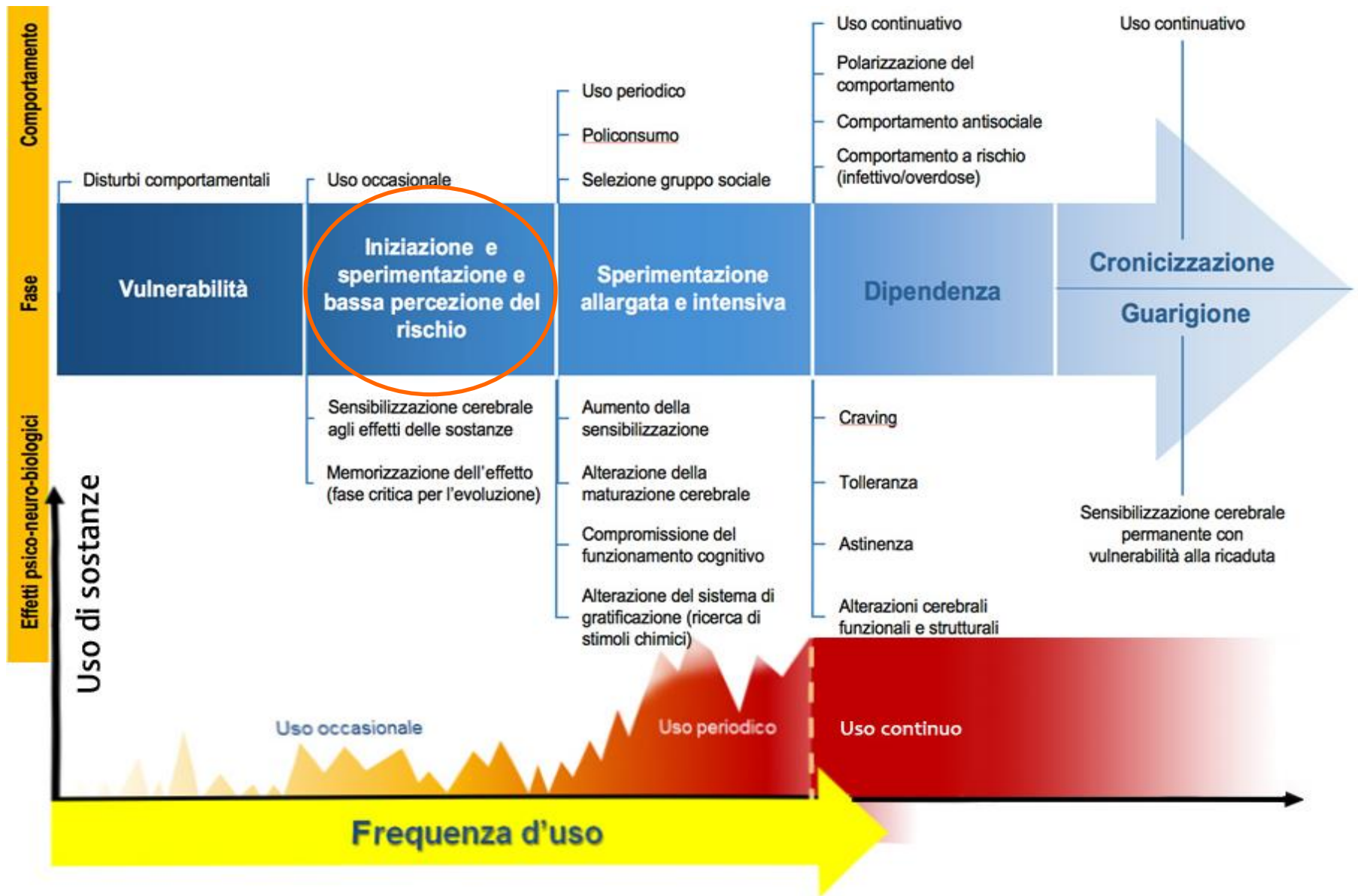


Principi per una prevenzione scientificamente orientata

| | |
|--|---|
| 1. Identificazione e intervento precoce | Promuovere l'identificazione precoce dei fattori di vulnerabilità e dei comportamenti a rischio al fine di attuare interventi altrettanto precoci in ambito educativo in modo sinergico ed integrato in famiglia, nella scuola e nei luoghi di lavoro, e, se necessario per la presenza di uso frequente o dipendenza, in ambito terapeutico. Gli interventi educativi sono di competenza della famiglia e della scuola. |
| 2. Prevenzione globale verso i comportamenti a rischio | Gli interventi di prevenzione dovranno essere orientati ad affrontare contemporaneamente e globalmente il problema dell'uso delle varie sostanze stupefacenti e psicotrope e dell'abuso alcolico (alcol, tabacco, droghe, farmaci non prescritti, inalanti, ecc.). |
| 3. Prevenzione selettiva e indicata | Oltre a quella universale, altri tipi di prevenzione che devono essere considerate prioritari sono la prevenzione selettiva e la prevenzione indicata, dirette in particolare ai giovani con alto rischio di uso di sostanze e di dipendenza per la presenza di fattori di vulnerabilità. |
| 4. Prevenzione permanente e periodica per la percezione del rischio | Gli interventi di prevenzione devono essere permanenti, periodici e strutturati in programmi specifici. L'informazione sui rischi e i danni delle droghe va costantemente fornita e adeguata alle capacità di comprensione. Le azioni di prevenzione devono inoltre essere finalizzate a far aumentare la percezione del rischio, la self-efficacy, l'autostima e le "resilience" skills, in quanto tali fattori si sono dimostrati essere fattori di protezione nella maggior parte dei giovani. |



| | |
|--|--|
| 5. Comunicazione ed informazione antidroga coerente ed evidence-based | Gli interventi educativi di prevenzione ed i vari messaggi informativi devono essere coerenti nei contenuti e nelle finalità tra tutti gli ambienti nei quali vengono portati avanti e tra tutti gli operatori coinvolti in tali attività. |
| 6. Disapprovazione sociale | L'informazione deve essere finalizzata anche a promuovere e mantenere la disapprovazione sociale verso l'uso di qualsiasi sostanza stupefacente e psicoattiva, in particolare la cannabis e l'abuso alcolico che presentano il grado di percezione del rischio più basso nella popolazione giovanile e invece sono molto spesso sostanze "gateway" in grado di incrementare il rischio di intraprendere un percorso evolutivo verso l'uso di eroina o cocaina. |
| 7. Focus su famiglia, scuola, luoghi di lavoro, comunità sociale e internet | Le attività di prevenzione dovrebbero essere principalmente focalizzate sulla famiglia e sulla scuola ma dovrebbero assolutamente essere incluse le attività di prevenzione sui luoghi di lavoro e la comunità sociale e sulla rete internet. |
| 8. Approccio educativo ed empowerment dei comportamenti responsabili | La prevenzione diretta ai giovani, si è dimostrata efficace soprattutto se utilizza un approccio di tipo educativo, dove si privilegia la promozione delle relazioni e dei rapporti umani, l'amorevole cura dei propri figli accompagnata da un monitoraggio, da una supervisione costante e da regole chiare fatte rispettare con autorevolezza, comprensione e supporto nelle difficoltà e nelle incomprensioni |
| 9. Orientamento scientifico e valutazione costante dei risultati | Le attività di prevenzione devono utilizzare metodologie basate sulle evidenze scientifiche in grado di assicurare efficacia ma nel contempo anche la sicurezza degli interventi |
| 10. Approccio bilanciato | Gli interventi di prevenzione, per essere maggiormente efficaci, devono essere associati a interventi finalizzati alla riduzione della disponibilità di droghe sul territorio attraverso il mantenimento del rispetto della legalità ed in particolare mediante la repressione del traffico, dello spaccio, della coltivazione e della produzione non autorizzata. |





La sensibilizzazione cerebrale da uso di sostanze

Sperimentando precocemente gli effetti psicoattivi e le sensazioni di benessere derivanti dall'uso di sostanze in giovanissima età, si possono creare, oltre ad una serie di danni neuro-cognitivi, una sensibilizzazione cerebrale che condiziona ad una maggior probabilità di essere attratti e di utilizzare successivamente altre droghe quali la cocaina e l'eroina e quindi di restarne dipendenti.

Perché si usano le droghe?

PER NON STARE MALE

per ridurre:

- L'ansia
- Le preoccupazioni
- Le paure
- La depressione
- La disperazione
- La solitudine
- La percezione dei sintomi negativi



PER SENTIRSI MEGLIO

per:

- aumentare il tono dell'umore
- l'effetto gratificante
- sperimentare nuove sensazioni ed esperienze

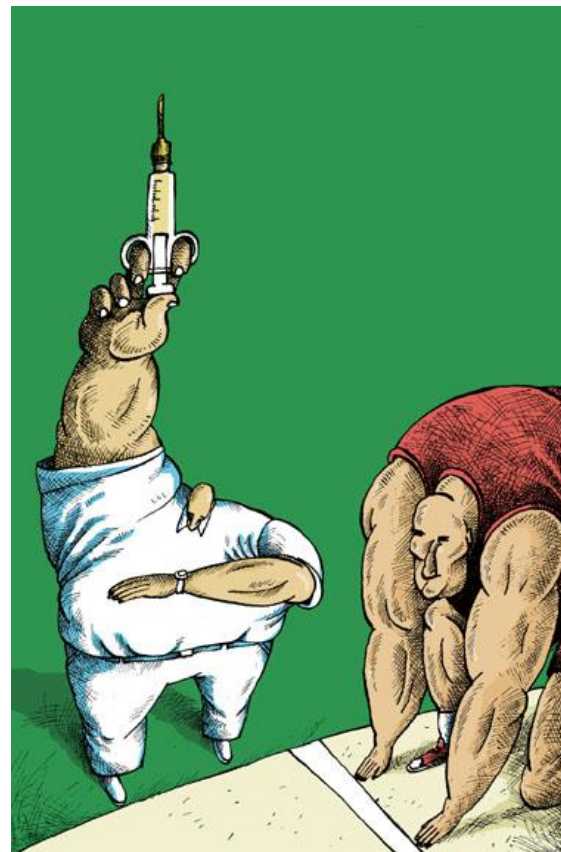




PER CURIOSITA'



PER MIGLIORARE LE PERFORMANCE



perché **“GLI ALTRI LO FANNO”**



PERCEZIONI ed ELABORAZIONI COGNITIVE MOTIVANTI IL **COMPORAMENTO DI RICERCA di stimoli compensativi tramite assunzione di sostanze stupefacenti o psicoattive**

Non sentirsi in sicurezza (minaccia all'integrità psicofisica e sociale)

Preoccupazione, Ansia

Tristezza, Infelicità, Depressione

Noia

Percezione di inadeguatezza contingente o generale, Frustrazione

Percezione di difficoltà relazionali e/o comunicative, Timidezza

Percezione di bassa performance psicofisica

Sensi di colpa

Alta frattura cognitiva (differenza tra ciò che vorrei essere e ciò che percepisco di essere)

Aggressività

Insoddisfazione sessuale

Insoddisfazione delle proprie caratteristiche fisiche

Percezione di non appartenenza al proprio gruppo sociale di riferimento se non si adotta un comportamento di uso di sostanze

Insonnia

Dolori fisici cronici

Sofferenza psichica per perdita/lutto

Carenza di fonti/stimolo di benessere psicofisico permanenti e periodici

Il percepire se stessi sotto l'effetto di sostanze come stato fisiologico e accettabile/gradito del proprio essere e sentirsi anomalo fuori effetto

Sintomi astinenziali

