

comunicazione potrebbe avere. In altre parole, è necessario porsi il quesito se il timore di una reazione negativa da parte di chi riceve una comunicazione di questo tipo possa giustificare e mantenere il silenzio rispetto a possibili ed importanti condizioni di rischio sanitario di un minore.

Al fine di informare i genitori i cui figli potrebbero fare uso di droghe, l'Anonymous Parents' Notification può avvenire attraverso diverse modalità, a seconda del contesto, delle circostanze e dei soggetti coinvolti. L'operatore sanitario offrirà, quindi, la sua collaborazione e disponibilità per procedere alla comunicazione nella maniera più adeguata. I genitori dei soggetti risultati positivi possono anche scegliere di provvedere personalmente, senza l'aiuto ed il controllo dell'operatore, ad informare gli altri genitori, o di non informarli, assumendosene in pieno le responsabilità morali e giuridiche. In quest'ultimo caso, l'operatore dovrà prodigarsi con una intensa attività di counseling, al fine di far riflettere i genitori sulla scelta migliore da farsi.

**Modalità per la comunicazione**

Le procedure di Anonymous Parents' Notification devono essere offerte senza pregiudizi, in maniera appropriata, sensibile e culturalmente adeguate ai soggetti cui si rivolgono. La presenza di etnie diverse nei vari Paesi (sia autoctone che di immigrazione) dovrà essere attentamente valutata dall'operatore e trattata con soluzioni procedurali rispettose anche delle singole tradizioni e culture originarie.

Tutto questo dovrebbe avvenire garantendo comunque l'anonimato della fonte che ne ha fornito i nominativi. Tutta la documentazione relativa allo svolgimento delle procedure dovrà essere elaborata in modo da non consentire in alcun modo la schedatura o la creazione di archivi nominativi, in grado di permettere l'identificazione del paziente, dando quindi origine a possibili discriminazioni o azioni emarginanti anche nei confronti dei soggetti contattati.

**Anonimato**

Tutti i dati riferibili all'identità dei genitori contattati e dei loro figli dovranno essere conservati solo temporaneamente e con opportune forme di archiviazione protetta, con possibilità di accesso riservato esclusivamente al medico o all'operatore sanitario specializzato che, materialmente, effettua il contatto. L'uso di tali dati deve essere tassativamente finalizzato alle azioni di Anonymous Parents' Notification, nell'interesse dei giovani interessati dal rischio droga e dei loro genitori, che, una volta avvisati del rischio, potranno scegliere liberamente la migliore azione da intraprendere.

Pertanto, il compito dell'operatore è quello di "rintracciare e rendere tempestivamente edotti genitori ignari del possibile rischio droga e di patologie correlate che i loro figli potrebbero correre", lasciando poi alla loro libera scelta, ma offrendo contestualmente il proprio aiuto, le azioni conseguenti. Al termine dell'attività, i dati identificativi dei genitori contattati dovranno essere eliminati.

Occorre premettere che la decisione se attivare o meno le procedure di Anonymous Parents' Notification, può essere influenzata anche dalla reale possibilità di identificare e raggiungere gli altri genitori e/o i loro figli che potrebbero fare uso di droghe. In altre parole, se il contatto è raggiungibile ed informabile si potrà iniziare la procedura con la raccolta dei nominativi ma, se non vi è possibilità di reperimento, non si dovrà neppure iniziare la raccolta dei dati, evitando così stesure di liste nominative ed archivi che potrebbero essere utilizzati in modo incongruo.

La finalità del contatto genitoriale è, pertanto, quella di attivare allerte informative precoci che potrebbero risultare molto efficaci nell'identificazione di situazioni di rischio in cui il proprio figlio potrebbe trovarsi mantenendo, però, anonima la fonte informativa e gestendo con particolare attenzione le reazioni secondarie che potrebbero svilupparsi in ambito familiare in seguito all'avviso di allerta. È necessario, infatti, garantire counseling e sostegno psicologico a tutti i genitori che scelgono di segnalare direttamente ad altri genitori la situazione di rischio d'uso di sostanze che potrebbe caratterizzare il loro figlio. Le attività di counseling e di sostegno psicologico possono, infatti, ridurre le conseguenze non volute, o inattese, della notificazione. Il servizio di counseling va inoltre offerto ai genitori contattati per sostenerli al momento dell'apprendimento delle delicate informazioni che potrebbero riguardare il loro figlio e per meglio consigliarli sulle azioni da intraprendere per affrontare la situazione nel modo migliore.

**Counseling**

Dall'osservazione clinica preliminare, è da segnalare che non si sono ravvisate condizioni e situazioni particolarmente problematiche derivanti da questo tipo di pratica. In particolare, le reazioni prevalenti sono:

**Reazioni dei genitori contattati**

- Tipo 1: i genitori restano stupiti della comunicazione e dichiarano di non aver mai sospettato l'uso di sostanze da parte del figlio. Tuttavia, riconoscendo l'autorevolezza della fonte (medico o psicologo della struttura pubblica), prendono seriamente in considerazione l'allerta fornita e richiedono aiuto nella gestione del problema;
- Tipo 2: i genitori non restano particolarmente stupiti, essendo già al corrente dell'uso di sostanze da parte del figlio. In questo caso, vi sono due sottospecie di reazione. La prima è quella di minimizzazione dell'accaduto dimostrando una certa tolleranza verso il comportamento del figlio che non considerano particolarmente a rischio o pericoloso. La seconda è quella di manifestare il loro senso di impotenza nell'affrontare il problema e, di conseguenza, richiedono aiuto per affrontarlo.
- Tipo 3: la reazione meno frequente è quella di negazione irritata del problema, a volte anche molto infastidita nei confronti del sanitario portatore della comunicazione, con ostinata richiesta di conoscere la fonte di informazione primaria e dichiarazione dell'assoluta estraneità dei fatti del figlio. In questo caso, l'operatore si deve limitare a fornire l'informazione di allerta e concludere, così, l'intervento.
- Tipo 4: una totale assenza di reazione con un apparente disinteresse alla questione. Tali reazioni spesso possono essere in relazione anche al fatto che alcuni genitori utilizzano a loro volta sostanze stupefacenti e, talvolta, sono implicati anche nel traffico e nello spaccio delle stesse.

In ogni caso, il compito del sanitario è quello di portare una corretta e tempestiva informazione ai genitori al fine di metterli nelle migliori condizioni possibili per poter esercitare la loro responsabilità a pieno nei confronti della tutela e della salute del figlio.

Al fine di garantire una buona qualità delle prestazioni, tutti i servizi eroganti procedure di Anonymous Parents' Notification dovranno essere accreditati ex-ante da un ente superiore, in grado di selezionare esclusivamente organizzazioni capaci di assicurare permanentemente le caratteristiche qui elencate. Inoltre, i responsabili dei programmi di Anonymous Parents' Notification devono costantemente raccogliere i dati sui servizi erogati ed utilizzarli per valutare e migliorare l'efficienza, l'efficacia, l'economicità e la qualità dei programmi stessi. Nel fare ciò, dovrà essere costantemente valutata anche la soddisfazione del cliente (genitori "segnalanti" e "segnalati" ed eventuali ragazzi minorenni testati), soprattutto relativamente al grado di mantenimento della privacy, dei trattamenti ricevuti ed il loro giudizio relativamente al grado di utilità dell'informativa ricevuta e la validità del metodo utilizzato per la comunicazione. Il livello di soddisfazione del cliente sarà utilizzato come criterio per la riconferma dell'accredimento.

**Accreditamento  
dei servizi**

### C. Terapia familiare

Il coinvolgimento dei genitori potrà avvenire anche attraverso forme di terapia familiare cui affiancare le consuete terapie cognitive - comportamentali individuali. La terapia familiare per i giovani con problemi di consumo di droghe è una terapia centrata su una visione olistica della famiglia, e agisce contemporaneamente su quattro aree.

**Comunicazione  
tra genitori e figli**

La prima è quella del giovane che viene stimolato a comunicare con i propri genitori, a sviluppare abilità di problem solving e di regolazione delle proprie emozioni, a migliorare il proprio rendimento scolastico e ad intraprendere attività alternative all'uso di sostanze.

La seconda area in cui agisce la terapia riguarda i genitori ed è volta ad aumentare il coinvolgimento comportamentale ed emotivo con i propri figli e a migliorare le loro capacità genitoriali.

L'area dell'interazione riguarda la riduzione dei conflitti familiari e il rafforzamento dell'attaccamento emotivo e delle capacità comunicative e di problem solving.

La terapia in ambito extrafamiliare, infine, promuove le abilità dei genitori e del giovane all'interno del più ampio sistema sociale cui il giovane stesso partecipa (es. scuola, attività ricreative, ecc.).

Studi recenti hanno mostrato l'efficacia di questo tipo di terapia in termini di riduzione del consumo di sostanze nel soggetto e di mantenimento nel tempo di comportamenti drug free. Ciò mostra che le terapie che coinvolgono la famiglia e che si focalizzano sul cambiamento dell'ambiente familiare e sulle pratiche genitoriali conducono ad un significativo miglioramento nei problemi droga-correlati nei giovani.

PAGINA BIANCA

# IV

## **La valutazione delle Sessioni tematiche della Conferenza**

PAGINA BIANCA

## La valutazione delle Sessioni tematiche della Conferenza

*Modello valutativo a cura del Dipartimento Politiche Antidroga*

*Elaborazioni a cura di ITC-ILO*

*Con la supervisione del Prof. Gianmaria Battaglia - SDA Bocconi – Dott. Enrico Tezza - ITC-ILO*

### 1. Finalità

La finalità originaria della valutazione era quella di selezionare i temi per l'approfondimento in plenaria dell'ultimo giorno.

Il disegno valutativo, con la supervisione del Prof. Gianmaria Battaglia, fu pensato con questa finalità predisponendo delle schede valutative cartacee per la compilazione manuale.

### 2. Le fasi per l'ottenimento della scheda definitiva

Il disegno valutativo era stato descritto in una breve nota metodologica che illustrava la logica valutativa, le precondizioni e le opzioni organizzative. Da una scheda iniziale esplicativa delle finalità e articolata in 6 "dimensioni" e organizzata a matrice (righe dimensioni e colonne relatori, con le modalità da inserire nelle celle), la discussione ha portato a portato alla riduzione a 5 dimensioni (organizzate solo su righe con una scala settenaria), ridotte ulteriormente a 4 nella scheda finale distribuita durante al Conferenza.

Le definitive dimensioni della valutazione (criteri) riguardano tre criteri specifici (Adeguatezza analisi del problema, Utilità delle soluzioni proposte e Fattibilità delle soluzioni proposte) e un criterio generale (Livello di accordo sulle soluzioni proposte), mentre la scala di misura è stata ristretta a 5 modalità. Infine, la scheda includeva una parte anagrafica per raccogliere alcune informazioni sulle caratteristiche dei rispondenti.

La valutazione è stata svolta in due fasi successive:

- a. durante la Conferenza, focalizzando l'interesse sul criterio generale;
- b. post Conferenza, per inserire i dati sui criteri specifici.

### 3. Rispondenti

Alla Conferenza hanno partecipato persone provenienti dai Servizi pubblici (Sert), dal Privato sociale, dalle Regioni, dai Ministeri centrali, da Università e centri di ricerca privati e da altre organizzazioni operanti nel settore delle Dipendenze (centri o istituti di formazione, giornalisti). I rispondenti totali sono stati 1624 distribuiti nei seguenti raggruppamenti:

Primo round	(dalla sessione 1 alla 4)	384
Secondo round	(dalla sessione 5 alla 8)	397
Terzo round	(dalla sessione 9 alla 12)	373
Quarto round	(dalla sessione 13 alla 16)	280
Quinto round	(dalla sessione 17 alla 20)	190
<b>Totale</b>		<b>1.624</b>

Il picco della partecipazione si è avuto nel secondo round di sessioni con una tendenza alla diminuzione verso al fine della giornata.

I rispondenti variano da un minimo di 8 nella sessione 20 ad un massimo di 179 nella sessione numero 1.

#### **4. Risultati**

Di seguito di riepilogano i risultati delle venti Sessioni.

In generale, i partecipanti sono equamente distribuiti per sesso, con una prevalente provenienza dai Sert e dal Privato Sociale, di età superiore ai 40 anni. Le professioni maggiormente rappresentate sono quelle del medico, psicologo, assistente sociale. Tra le segnalazioni di altre aree professionali emerge quella dell'educatore, dell'infermiere e, con minore intensità, i religiosi. La scheda di rilevazione ha permesso di distinguere i relatori con maggior punteggio da quelli con minor punteggio. Il 50 % delle sessioni ha mostrato performance omogenee fra i relatori, mentre il 50% fa notare una certa differenza fra la qualità delle presentazioni. In qualche caso è anche possibile individuare le relazioni poco gradite. Il disegno delle schede non permette di mettere in luce i contenuti delle sessioni di maggior attrazione. Tuttavia, la numerosità della partecipazione può segnalare l'interesse per alcune tematiche come quella relativa alla Cronicità (Sessioni 1), le Comorbilità (Sessione 11), i Nuovi scenari (Sessione 9), la Legislazione (Sessione 13), la Valutazione dei trattamenti e dei risultati (Sessione 5) e le Strategie ed interventi di prevenzione (Sessione 6).

**SESSIONE 1: Cronicità o cronicizzazione?***(179 questionari)*

Dei 179 rispondenti 166 hanno anche completato la parte anagrafica. La maggioranza dei rispondenti proviene dai Sert (47%) e dal Privato sociale (42,2%) sufficientemente ripartiti per sesso. La classe di età più rappresentata è quella compresa tra 50 e 59 anni (43,2%). La professione saliente dei partecipanti a questa sessione è quella medica (33,5%). Laura Titone risulta la persona che ha acquisito il maggior gradimento su ogni criterio specifico e generale.

**Caratteristiche rispondente**

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	78	47.0
Operatori del "privato sociale"	70	42.2
Amministrazioni Regionali	9	5.4
Altro	5	3.0
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	3	1.8
Amministrazioni Centrali	1	0.6
Amministrazioni provinciali e comunali	0	0.0
<b>Totale</b>	<b>166</b>	<b>100.0</b>

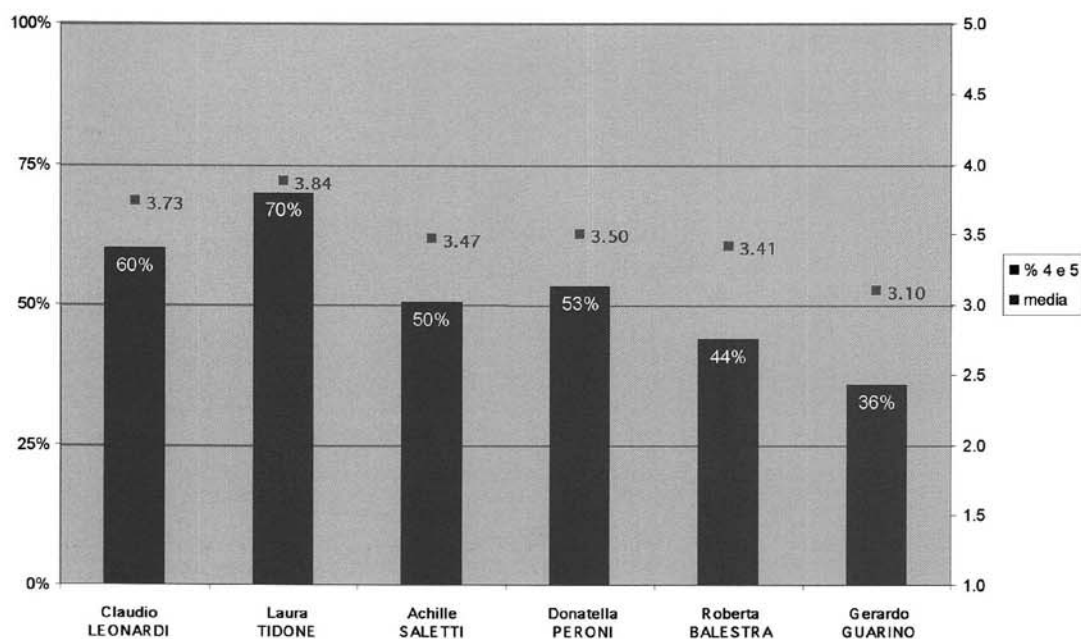
Genere	Freq.	%
Femmina	73	47.1
Maschio	82	52.9
<b>Totale</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>

Età	Freq.	%
23-28	4	2.6
30-32	8	5.2
33-35	12	7.7
37-39	6	3.9
40-42	12	7.7
43-45	11	7.1
46-47	15	9.7
48-49	11	7.1
50-52	25	16.1
53-55	24	15.5
56-59	18	11.6
60-62	5	3.2
63-70	4	2.6
<b>Totale</b>	<b>155</b>	<b>100.0</b>

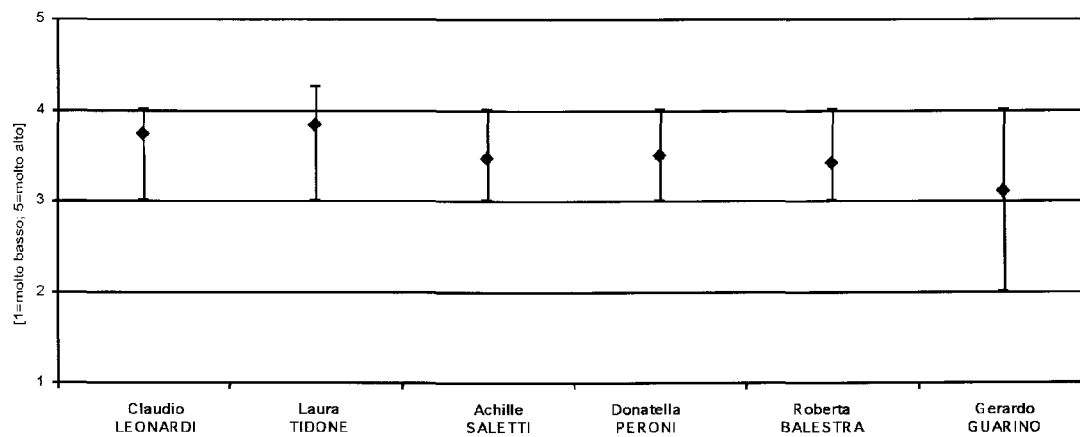
Professione	Freq.	%
Medico	54	33.5
Psicologo	48	29.8
Altro	34	21.1
Assistente sociale	12	7.5
Sociologo	7	4.3
Altro Funzionario pubblico	3	1.9
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	3	1.9
<b>Totale</b>	<b>161</b>	<b>100.0</b>

**Risultati per relatore e criterio**

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Claudio LEONARDI	3.80	64	3.58	54	3.58	53	3.73	60
Laura TIDONE	3.78	68	3.71	65	3.69	61	3.84	70
Achille SALETTI	3.56	58	3.51	52	3.41	49	3.47	50
Donatella PERONI	3.44	50	3.44	50	3.37	48	3.50	53
Roberta BALESTRA	3.35	42	3.34	44	3.22	37	3.41	44
Gerardo GUARINO	3.21	40	3.10	35	3.03	33	3.10	36

**Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore**

**Livello di accordo sulle soluzioni proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)**



**SESSIONE 2: Sistema di Allerta Precoce**  
**la droga viaggia in internet, nuovi mercati e spaccio in rete**  
*(56 questionari)*

44 su 56 rispondenti ha compilato la scheda anagrafica con una prevalenza della componente maschile (60%). Anche in questa sessione prevalgono i Sert e il Privato sociale tra le organizzazioni di appartenenza. La professione altro (27,3%) è quella prevalente mentre le classi di età sono più distribuite fra i 36 e 42 anni (24%) e i 50 e 55 (31%). Mentre Claudia Rimondo ottiene una leggera predominanza sull'analisi del problema.

**Caratteristiche rispondente**

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Sert	17	38.6
Operatori del "privato sociale"	13	29.5
Amministrazioni Regionali	4	9.1
Amministrazioni Centrali	4	9.1
Altro	3	6.8
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	2	4.5
Amministrazioni provinciali e comunali	1	2.3
<b>Totale</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>

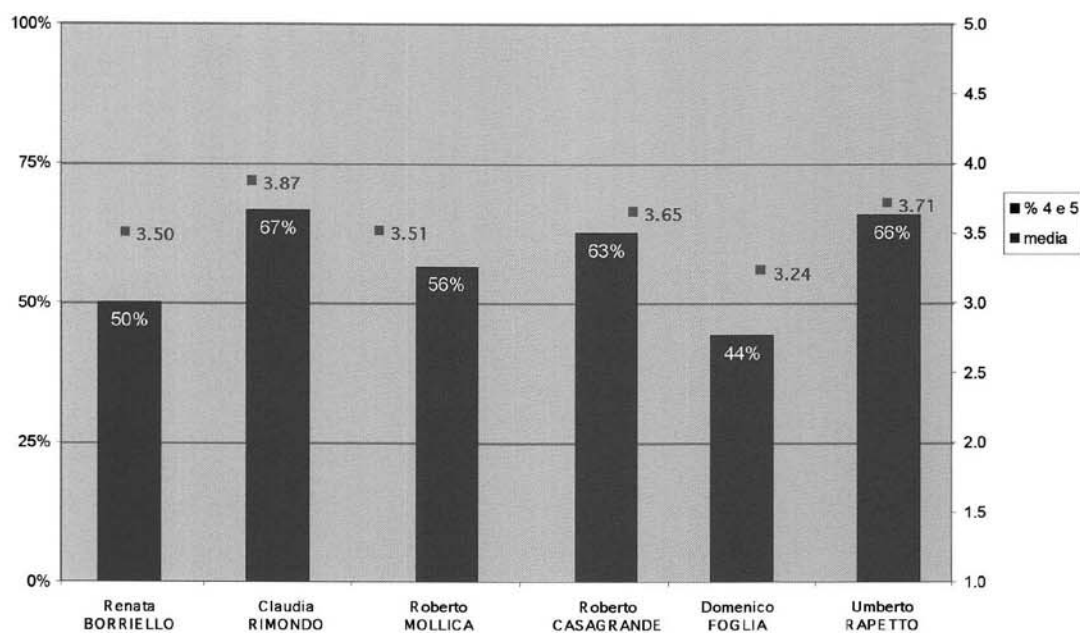
Genere	Freq.	%
Femmina	16	40.0
Maschio	24	60.0
<b>Totale</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

Età	Freq.	%
23-29	3	7.1
30-32	2	4.8
33-35	2	4.8
36-39	5	11.9
40-42	5	11.9
43-45	3	7.1
46-47	4	9.5
48-49	2	4.8
50-52	8	19.0
53-55	5	11.9
56-59	2	4.8
60-62	1	2.4
<b>Totale</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>

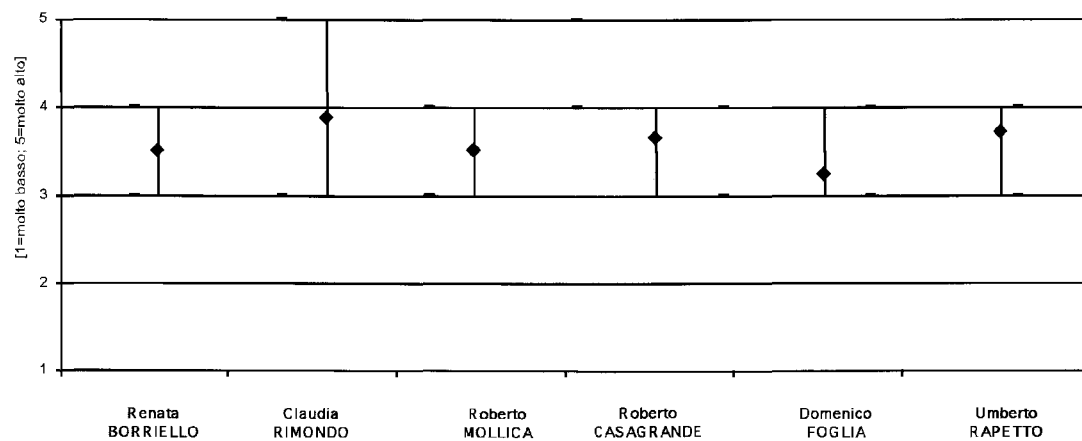
Professione	Freq.	%
Altro	12	27.3
Medico	8	18.2
Psicologo	7	15.9
Altro Funzionario pubblico	6	13.6
Sociologo	5	11.4
Assistente sociale	3	6.8
Docente Universitario	2	4.5
Ricercatore (istituti di ricerca, università, ecc.)	1	2.3
<b>Totale</b>	<b>44</b>	<b>100.0</b>

**Risultati per relatore e criterio**

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Renata BORIELLO	3.51	49	3.55	55	3.53	53%	3.50	50
Claudia RIMONDO	4.37	88	4.09	76	3.84	68%	3.87	67
Roberto MOLLICA	3.60	54	3.44	48	3.44	49%	3.51	56
Roberto CASAGRANDE	3.73	59	3.70	66	3.50	54%	3.65	63
Domenico FOGLIA	3.22	40	3.29	46	3.14	42%	3.24	44
Umberto RAPETTO	4.02	72	3.86	67	3.67	61	3.71	66

**Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore**

**Livello di accordo sulle soluzioni  
proposte (valore medio, 1° quartile e 3° quartile)**



**SESSIONE 3: Aspetti Educativi***(86 questionari)*

Rispetto agli 86 rispondenti, 76 hanno compilato l'anagrafica facendo rilevare il 56,6% di femmine, la maggioranza del Privato sociale (68,4%) con classi di età equamente distribuite fra i 34 e 36 anni (12,7%), i 40 e 42 (11,3%) e i 50 e 52 (17%). Gli aspetti educativi non attraggono i medici (5,2%) ma altre professioni (57%). Dai punteggi ottenuti, Corrado Celata e Germana Cesarano si contengono la maggioranza del gradimento, sia per i criteri specifici sia per quello generale.

**Caratteristiche rispondente**

Organizzazione di appartenenza	Freq.	%
Operatori del "privato sociale"	54	68.4
Sert	16	20.3
Altro	5	6.3
Amministrazioni Centrali	2	2.5
Società Scientifiche o Istituti di ricerca	1	1.3
Amministrazioni provinciali e comunali	1	1.3
Amministrazioni Regionali	0	0.0
<b>Totale</b>	<b>79</b>	<b>100.0</b>

Età	Freq.	%
26-27	2	2.8
28-29	5	7.0
31-33	5	7.0
34-36	9	12.7
37-39	3	4.2
40-42	8	11.3
43-45	7	9.9
46-47	5	7.0
48-49	6	8.5
50-52	12	16.9
53-55	4	5.6
56-59	3	4.2
65	1	1.4
80	1	1.4
<b>Totale</b>	<b>71</b>	<b>100.0</b>

Genere	Freq.	%
Femmina	43	56.6
Maschio	33	43.4
<b>Totale</b>	<b>76</b>	<b>100.0</b>

Professione	Freq.	%
Altro	44	57.1
Psicologo	17	22.1
Assistente sociale	8	10.4
Medico	4	5.2
Altro Funzionario pubblico	2	2.6
Sociologo	2	2.6
<b>Totale</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>

**Risultati per relatore e criterio**

Relatore	Adeguatezza dell'analisi problema		Utilità delle soluzioni proposte		Fattibilità delle soluzioni proposte		Livello di accordo sulle soluzioni proposte	
	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5	media	% 4 e 5
Valter DRUSETTA	3.23	38	3.15	36	3.12	32	3.15	35
Angela BARDI	3.14	38	3.01	29	3.03	29	3.22	28
Giovanni DI GIOVANNI	3.18	41	3.19	41	3.05	37	3.29	43
Corrado CELATA	4.11	77	3.77	65	3.62	56	3.96	70
Giuseppe LOREFICE	1.93	10	1.90	10	1.92	8	1.76	9
Germana CESARANO	3.98	69	3.82	66	3.61	58	3.91	70

**Livello di accordo sulle soluzioni proposte - Risultati per relatore**