



Regione Lombardia

Famiglia e Solidarietà Sociale



Indice

Premessa	2
Introduzione metodologica	4
Cap. 1 - Intervenire precocemente, ridurre i fattori di rischio, accrescere i fattori protettivi	5
Cap. 2 - Prevenire tutte le forme di abuso	13
Cap. 3 - Calibrare l'intervento sui bisogni della comunità	16
Cap. 4 - Mirare l'intervento alle caratteristiche dei destinatari	21
Cap. 5 - Coinvolgere e sostenere la famiglia	24
Cap. 6 - Migliorare la prevenzione nei diversi ordini di scuola	28
Cap. 7 - Accompagnare i momenti di transizione	33
Cap. 8 - Potenziare la sinergia tra i progetti	36
Cap. 9 - Rendere coerenti messaggi e programmi	39
Cap. 10 - Applicare localmente programmi basati sulla ricerca	44
Cap. 11 - Favorire programmi a lungo termine e coinvolgere attivamente i destinatari	48
Cap. 12 - Valutare i programmi preventivi e i piani territoriali di intervento	51
Hanno partecipato alla stesura del testo	54
Bibliografia	55

Premessa

I sistemi di monitoraggio attivati dalla Regione Lombardia, mostrano che il consumo di sostanze illecite tra i giovani è in costante aumento.

Il fenomeno è importante, anche perché si diffonde e colpisce quelle generazioni di preadolescenti e adolescenti che rappresentano il patrimonio sociale su cui fondare il nostro futuro.

Nel fare proprie queste preoccupazioni Regione Lombardia ha previsto, nel Piano Socio Sanitario 2007 – 2009, linee di indirizzo specifiche, con l'obiettivo di sviluppare interventi di "Prevenzione specifica differenziata per età e differenti target di popolazione".

Per dare concretezza alle indicazioni contenute nel Piano, la D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale ha costituito un gruppo di lavoro composto da operatori dei servizi pubblici e privati, poi denominato Gruppo Tecnico Regionale Prevenzione, con l'intento di redigere queste Linee Guida. In proposito, è giusto aggiungere che fin dai primi incontri del Tavolo Tecnico sono emerse le difficoltà intrinseche nel comporre un documento sulla prevenzione rivolta ad adolescenti e preadolescenti.

Infatti, se è vero che è unanimemente condivisa - sia a livello scientifico sia nel sentire comune - l'importanza di contrastare la diffusione delle droghe con la prevenzione, non è altrettanto esplicita la definizione di cosa esattamente si voglia/debba prevenire, di chi lo debba fare e di che ruolo in tutto questo abbiano i diversi attori del sistema.

Nelle pagine che seguono sono raccolte le indicazioni tecniche elaborate nel corso del secondo semestre 2007 con un'attenzione specifica alla valorizzazione di una visione globale della questione, che, scegliendo intenzionalmente orizzonti più ampi di significato e aree più vaste di intervento, ha l'obiettivo di stimolare un approccio alla "questione prevenzione dipendenze" inter-settoriale nella direzione di favorire l'elaborazione da parte della DG Famiglia e Solidarietà sociale della Regione Lombardia di strategie integrate di intervento al di là delle classiche suddivisioni di competenze istituzionali.

Affrontare la questione della prevenzione in tema di droghe significa fare i conti con un fenomeno complesso, articolato e mutevole, che coinvolge numerosi attori ed è influenzato sia dal clima socio-culturale presente sia dalla normativa di riferimento. E' per questo che il perseguimento di obiettivi preventivi a livello territoriale non può significare semplicemente realizzare interventi di prevenzione, ma significa – a parere di chi scrive – promuovere politiche di inclusione sociale, di promozione e di sviluppo delle fasce giovanili della popolazione, di sostegno agli adulti ecc., prevedendo il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti del territorio all'interno di una azione complessiva che veda partecipi anche i Dipartimenti dipendenze delle ASL con il loro patrimonio di conoscenze e di esperienze maturate in questi anni.

D'altro canto parlare di prevenzione delle dipendenze oggi, significa fare i conti con la necessità di ampliare il campo dell'intervento alla riduzione del consumo di sostanze legali (alcol e farmaci), alla diminuzione delle pratiche dopanti e al contenimento di eventuali comportamenti che possono indurre alla dipendenza (quali, ad esempio: *gambling* patologico, *video-game addiction*, *sex addiction*, *work addiction*, ecc.)

Parlare di prevenzione rivolgendo l'attenzione ad adolescenti e preadolescenti significa, quindi necessariamente, affrontare il tema in un'ottica sistemica, pensando a una strategia complessiva di intervento culturale, educativo, sociale e socio-sanitario che

- preveda una molteplicità di interventi in ambiti differenti (famiglia, territorio, aggregazioni informali, scuola, ecc.)
- coinvolga attivamente sia i destinatari diretti (preadolescenti e adolescenti) sia gli adulti che ricoprono un ruolo educativo nei loro confronti (genitori, insegnanti, educatori, allenatori ecc.)
- promuova una consapevolezza della progressiva e massiccia diffusione di comportamenti d'abuso nella popolazione 'normale', senza cedere alla tentazione di facili semplificazioni.

In termini operativi ciò comporta l'adozione di azioni strategiche di:

- elaborazione, esplicitazione e attuazione di strategie regionali di prevenzione in linea con lo stato dell'arte e con le indicazioni internazionali di settore,
- comunicazione sociale e di sensibilizzazione rivolte all'intera comunità locale, inserendo su questo sfondo l'attivazione di tutte le figure naturali di riferimento, con un effetto 'moltiplicatore' delle potenzialità dell'intervento degli esperti (orientati ad intervenire a supporto dei primi o nelle situazioni in cui siano già evidenti i segni della patologia)
- integrazione fra i diversi settori dell'intervento educativo, sociale e socio-sanitario sia a livello regionale sia a livello locale perché sviluppino piani territoriali integrati di prevenzione

Tutto questo a partire da un indispensabile forte indirizzo alle Direzioni delle ASL per l'integrazione dei loro diversi settori (Servizi del Dipartimento ASSI, Dipartimento di Prevenzione, Medicina preventiva di comunità ecc. ecc.) al fine di giungere alla definizione di piani di azione integrati fra i diversi settori che le compongono, migliorandone efficacia (favorendo approcci integrati di azione; abbassando l'età del target di riferimento degli interventi erogati, ecc.) e efficienza (in termini di utilizzo delle risorse umane e finanziarie già presenti).

All'interno di questo scenario è opportuno sviluppare il ruolo e la funzione dei Servizi Dipendenze e del Dipartimento Dipendenze, all'interno del più ampio insieme di risorse socio-sanitarie presenti sul territorio.

Si tratta di due livelli paralleli e (solo) in parte coincidenti. Infatti:

- i Servizi Dipendenze (intesi come Servizi Pubblici e del Privato sociale accreditato) racchiudendo la gran parte del patrimonio di esperienze tecniche e specialistiche maturato in materia negli ultimi 20 anni potranno utilmente ed efficacemente svolgere una funzione attiva in campo preventivo, potendo contare – anche grazie al proseguimento del processo di accreditamento regionale delle diverse tipologie di unità di offerta del settore - su risorse (umane e finanziarie) stabili con le quali poter avviare processi di medio-lungo periodo di 'riqualificazione' e di 'riorientamento' dell'esistente in modo da rendere la loro azione preventiva territoriale meglio rispondente alle caratteristiche presenti e (prevedibilmente) future del fenomeno;
- il Dipartimento Dipendenze (inteso come luogo di incontro e di integrazione dell'azione di Enti Locali, Servizi accreditati, Volontariato, Cooperazione sociale ecc), d'altra parte, potrà avere - anche per quel che riguarda lo specifico preventivo - un importante ruolo di congiunzione e di raccordo fra i diversi attori del sistema di intervento preventivo locale. Tutto questo non tanto nella logica di prevedere ulteriori luoghi di coordinamento e collaborazione fra i diversi Soggetti in campo, quanto nella direzione di potenziare le funzioni di raccordo degli ambiti di lavoro già esistenti.

L'esperienza condotta in questi mesi dedicati alla elaborazione di questo documento e degli ultimi anni a partire dal Progetto Religo e dalla sua declinazione locale a supporto delle "reti sociali per la prevenzione" conferma che su entrambi questi piani è possibile lavorare nella logica del miglioramento, a partire da un patrimonio di esperienze e di risorse già esistenti di primissimo livello.

Lo schema generale del documento tecnico prevede:

- una premessa per spiegare le finalità generali del lavoro e le complessità incontrate durante la stesura;
- un capitolo per ogni principio NIDA in cui sono esplicitate: le motivazioni per cui è stato inserito, i riferimenti scientifici che lo sostengono, la normativa di settore a cui rispondono, le condizioni necessarie (metodologie e organizzative) per applicarli in Lombardia;
- un capitolo sul tema della valutazione di processo e di risultato;
- una conclusione in cui sono ricapitolate le priorità da cui si ritiene opportuno partire per attivare un processo di miglioramenti della qualità del lavoro preventivo con i preadolescenti e gli adolescenti.

Introduzione metodologica

Questo documento Tecnico, è il frutto del lavoro del Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione (d'ora in poi TTRP) costituito nel mese di aprile 2007 dalla DG Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia.

Oltre ai funzionari regionali, partecipano al TTRP:

- i referenti per la prevenzione individuati dai Dipartimenti Dipendenze delle 15 ASL della Lombardia (ASL di Bergamo, Brescia, Como, Cremona, Lecco, Lodi, Mantova, Milano città, Milano 1, Milano 2, Milano 3, Pavia, Sondrio, Valle Camonica e Varese);
- un referente del Privato Sociale individuato dal CEAL
- un referente del progetto 'Progettare con qualità e valutare l'efficacia'.

Per stendere questo documento tecnico, il TTRP si è incontrato mensilmente, da maggio a dicembre 2007¹, presso la sede della Regione Lombardia. Gli incontri sono stati dedicati alla messa in comune delle esperienze locali, alla discussione dell'impostazione generale del documento e all'approvazione dei contenuti.

E' stato inoltre costituito un Gruppo Ristretto (d'ora in poi GR) i cui membri sono stati individuati dalla DG Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia sulla base di auto-candidature da parte dei partecipanti al TTRP. Il GR, composto dai referenti delle ASL di Bergamo, Brescia, Mantova, Milano Città, Provincia di Milano 1, Vallecamonica - Sebino e dal rappresentante del CEAL, si è riunito quindicinalmente², sempre nella sede della Regione Lombardia, con una funzione maggiormente operativa nella ricerca del materiale di letteratura e della normativa di settore, nella cura degli approfondimenti e nella sintesi finale del documento tecnico.

L'elaborazione del documento ha richiesto inoltre frequenti scambi di materiali, note e osservazione via e-mail tra tutti i membri del TTRP. Questo lavoro, così come la funzione di segreteria tecnica del TTRP e del GR sono stati garantiti dallo staff di coordinamento costituito presso il Dipartimento Dipendenze della ASL Città di Milano.

Le principali fasi di lavoro che hanno portato alla stesura di questo documento sono state:

- il reperimento e l'analisi della letteratura scientifica, facendo particolare riferimento alle linee guida e alle *review* sistematiche più riconosciute a livello internazionale e che basano le proprie raccomandazioni sulla sintesi dei risultati ottenuti in vari studi valutativi. Dal punto di vista pratico, lo strumento cardine del lavoro è stato rappresentato dal volume *Per una prevenzione efficace* (Leone, Celata, 2006) frutto del lavoro di ricerca e studio su questi temi, realizzato nell'ambito del progetto Religo. Nel presente documento sono inseriti letteralmente alcuni brani tratti da questo volume con l'indicazione, in nota, del capitolo e della pagina in cui è possibile reperirli.
- la raccolta della normativa di settore a livello europeo, nazionale e regionale al fine di evidenziare sia la coerenza tra i tre livelli sia la conformità con le indicazioni scientifiche e dare così maggiore solidità alle indicazioni programmatiche e progettuali che ne conseguono;
- il recupero e la valorizzazione delle esperienze locali e della documentazione grigia prodotta dalle ASL e dalle Organizzazioni impegnate nelle attività di prevenzione nel territorio lombardo;
- l'individuazione dei 16 Principi del NIDA (2003) come struttura portante del documento, adattandoli alla realtà lombarda. La scelta del TTRP deriva dalla valutazione dei Principi come sufficientemente esaustivi e dalla considerazione del loro riconoscimento a livello internazionale sia dal mondo scientifico sia quello degli operatori attivi sul campo;
- l'elaborazione dei contenuti e la stesura del documento.

La versione definitiva è stata approvata dalla DG Famiglia e Solidarietà Sociale, che ne curerà le future revisioni periodiche.

¹ 22 maggio, 17 luglio, 26 settembre, 24 ottobre, 29 novembre, 12 dicembre

² 17 luglio, 14 settembre, 26 settembre, 16 ottobre, 24 ottobre, 12 novembre, 12 dicembre

Capitolo 1

Intervenire precocemente, ridurre i fattori di rischio, accrescere i fattori protettivi

*I Programmi di Prevenzione **dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre quelli di rischio** (Hawkins et al. 2002).*

- *Il rischio di diventare un consumatore di droga implica il rapporto fra il numero e il tipo di fattori di rischio (per es. attitudini e comportamenti devianti) e fattori di protezione (per es. sostegno parentale) (Wills e McNamara et al. 1996).*
- ***Il potenziale impatto dei rischi specifici e dei fattori protettivi cambia con l'età.** Per esempio, i fattori di rischio all'interno della famiglia hanno un maggior impatto sui figli più giovani, mentre l'associazione fra pari con consumatori di droga potrebbe essere un fattore di rischio più significativo per un adolescente (Gerstein e Green 1993; Kumpfer et al. 1998).*
- ***Un intervento precoce sui fattori di rischio** (per es., comportamenti aggressivi ed auto-controllo insufficiente) spesso ha un impatto maggiore che non un intervento operato successivamente, modificando il percorso di vita di un ragazzo per portarlo dai problemi verso comportamenti positivi (Ialongo et al. 2001).*
- *Sebbene i fattori di rischio e quelli di protezione possono riguardare persone di tutti i gruppi, **essi possono avere un effetto differente a seconda dell'età, del genere, dell'etnia, della cultura e dell'ambiente** (Beauvais et al. 1996; Moon et al. 1999).*

(NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders - Principio 1)

Questo capitolo mette in evidenza:

- l'esigenza di far emergere la molteplicità dei fattori su cui intervenire per attuare politiche preventive nel settore delle dipendenze (a livello individuale e di contesto);
- la necessità di individuare le metodologie e gli ambiti di intervento più indicati per favorire la riduzione dei fattori di rischio e la promozione dei fattori protettivi in base alle caratteristiche dei destinatari;
- l'importanza di intervenire precocemente, quando l'individuo è in fase evolutiva, sia perché lo sviluppo di abitudini sane può appartenere al percorso naturale di crescita, sia perché l'assunzione di sostanze non è ancora avvenuta o è presente in forma sperimentale;
- le indicazioni derivanti dalle ricerche che registrano e analizzano i comportamenti della popolazione lombarda, secondo cui la prima esperienza di consumo delle droghe (illegali e legali) in Lombardia avviene prima dei 15 anni.

Coerenza con la normativa di settore

La necessità di intervenire precocemente, di ridurre i fattori di rischio e di accrescere quelli protettivi è confermata da:

- la **Strategia dell'Unione Europea in materia di droga 2005-2012** nella quale si raccomanda di potenziare l'efficacia degli interventi preventivi attraverso "le misure di prevenzione [che includono] i fattori di rischio precoce (strategia 25)";
- il **Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005-2008** che tra gli obiettivi sostiene la necessità di: "migliorare i sistemi di individuazione precoce dei fattori di rischio e di intervento precoce [e in particolare rispetto alla questione età specifica] attuazione dei programmi di intervento precoce, comprese misure legate in particolare all'assunzione di sostanze psicoattive motivata dal desiderio di nuove esperienze (obiettivo 10)";
- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** che, all'interno dei suoi obiettivi principali, invita i programmatori e gli operatori del settore a perseguire lo sviluppo

di “interventi di prevenzione specifica differenziati per età e differenti *target* di popolazione (Parte I, cap. 3.19)”.

Riferimenti scientifici

Di seguito si segnalano i principali riferimenti scientifici che sostengono e approfondiscono questi temi.

- *Per l'intervento precoce:*

- “vi è la consapevolezza tra gli addetti ai lavori che la prevenzione nel settore delle dipendenze dovrebbe iniziare molto precocemente, nella prima infanzia, quando non si parla di sostanze [...]. La consapevolezza della propria salute presuppone una coscienza del proprio corpo che si acquisisce molto precocemente [...]. Queste osservazioni rafforzano l'idea che la prevenzione delle dipendenze non può permettersi di essere avulsa da una politica di educazione e promozione della salute³”;
- l'Organizzazione Mondiale della Sanità “suggerisce di realizzare un numero consistente di sessioni a carattere educativo nei primi anni di scuola (WHO, 2002)⁴”.

- *per i fattori di rischio e di protezione:*

- “i fattori di rischio possono essere definiti come quelle condizioni la cui presenza è associata a una maggiore probabilità di sviluppare un comportamento disadattivo (Chavis, De Pietro e Martini, 1994). [...] l'evoluzione di un disturbo è influenzata dai fattori di protezione, cioè da quelle variabili che possono aiutare le persone a fronteggiare efficacemente eventuali situazioni avverse [...]. Fattori di rischio e di protezione [...] possono agire a vari livelli, quali l'individuo, la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari e la comunità⁵”;
- “Il fatto che solo una minoranza di giovani che sperimentano sostanze stupefacenti manifesti nel tempo un comportamento d'uso problematico e diventi tossicodipendente, dipende dal grado di ‘vulnerabilità’ dei giovani e dalla presenza di fattori protettivi nel proprio iter evolutivo [...]. Le azioni di prevenzione dovrebbero intervenire in modo mirato e tempestivo per contrastare il procedere del percorso a rischio avviato, attraverso un rafforzamento dei fattori protettivi: prima si interviene e maggiori sono le probabilità che il soggetto non prosegua nella strada intrapresa. [Si sottolinea che] non esiste una relazione lineare fra alcuni fattori di rischio o comportamenti a rischio e l'abuso di sostanze (Burkhart, 2003)⁶”.

Ad avviso dei componenti del TTRP, il territorio regionale lombardo presenta specifiche caratteristiche che impongono di contestualizzare, arricchendole, le indicazioni della letteratura scientifica relative ai fattori di rischio e di protezione.

Per questo e per indirizzare opportunamente l'operatività nella direzione tracciata, i membri del TTRP, a partire dalle indicazioni proposte nella tabella di Canning et al. (2004) hanno selezionato (e talvolta integrato) le aree sulle quali si ritiene prioritario indirizzare l'intervento per quanto riguarda il contesto regionale.

Questa scelta è avvenuta tenendo in particolare conto: il *target* oggetto del presente documento tecnico (preadolescenti e adolescenti), le specificità del contesto italiano/lombardo e l'esperienza professionale sul campo.

³ Cap. 6.2.2, p. 252

⁴ Cap. 2.6.1, p. 68

⁵ Cap. 1.4, p. 6

⁶ Cap. 2.10, p. 81-83

Fattori di rischio	Fattori protettivi
<i>Fattori di rischio connessi al contesto</i>	<i>Fattori protettivi connessi al contesto</i>
▪ Disponibilità di sostanze ▪ Status socio-economico basso ▪ Povertà ▪ Amici che fanno uso di sostanze ▪ Amici che hanno avuto problemi con la giustizia	▪ Amicizie adulte prosociali ▪ Gruppo di pari prosociale ▪ Status socio-economico alto
<i>Famiglia</i>	<i>Famiglia</i>
▪ Genitori che hanno comportamenti devianti e che abusano di sostanze ▪ Scarso controllo ▪ Mancanza di affetto e di cure ▪ Presenza di conflitti familiari e di una scarsa stabilità (v. divorzi) ▪ Scarsa stabilità economica	▪ Stabilità della famiglia ▪ Unione familiare ▪ Affetto e cura da parte dei genitori ▪ Controllo da parte dei genitori
<i>Caratteristiche individuali</i>	<i>Caratteristiche individuali</i>
▪ Adozione precoce di comportamenti devianti (fumo e alcol) ▪ Esperienze sessuali precoci ▪ Inizio precoce di uso di sostanze e rapido aumento del consumo ▪ Atteggiamento favorevole rispetto alle sostanze ▪ Problemi comportamentali ▪ Stress ▪ Depressione ▪ Aggressività ▪ Impulsività/iperattività ▪ Ricerca compulsiva di nuove emozioni ▪ Personalità antisociale ▪ Problemi di salute mentale	▪ Inizio di comportamenti devianti o di consumo di sostanze posticipato ▪ Atteggiamento sfavorevole rispetto alle sostanze ▪ Credenze religiose ▪ Buona consapevolezza di sé ▪ Bassa impulsività ▪ Facile temperamento
<i>Scuola/educazione</i>	<i>Scuola/educazione</i>
▪ Basse performance scolastiche ▪ Mancanza di impegno e di interesse ▪ Scarse aspettative ▪ Assenze e drop out ▪ Scarso supporto da parte degli insegnanti	▪ Buona relazione con gli insegnanti ▪ Alte aspettative da parte dei genitori ▪ Interesse ▪ Supporto consistente da parte degli insegnanti

Canning et al. (2004)

In generale si segnala che intervenire precocemente, ridurre i fattori di rischio e accrescere quelli protettivi, comporta l'impiego di:

- strategie di prevenzione universale preferibilmente per la promozione dei fattori protettivi (realizzate attraverso la collaborazione di differenti Servizi educativi e sociali con il supporto del Dipartimento Dipendenze);
- strategie di prevenzione selettiva e mirata prevalentemente per la riduzione dei fattori di rischio (realizzate attraverso il ruolo centrale del Dipartimento Dipendenze e dei Servizi Socio-sanitari).

Di seguito sono elencati i fattori di rischio/protezione selezionati e le relative motivazioni.

CONTESTO

Fattori di rischio	Fattori protettivi
1. Amici che fanno uso di sostanze 2. Tolleranza sociale verso le sostanze 3. Difficoltà di integrazione per i migranti	Resistenza socio-culturale al fenomeno dell'uso e dell'abuso di sostanze

Per quanto riguarda i fattori di rischio

Il primo punto ha a che fare con la naturale tendenza degli adolescenti a conformarsi al gruppo di riferimento. Per questo motivo la diffusione del consumo di sostanze tra i giovani lombardi rappresenta uno dei principali fattori di rischio su cui agire.

Il secondo punto (assente nella tabella originale) pone l'accento sulla questione dell'influenza del contesto di vita sullo sviluppo di comportamenti di consumo e di atteggiamenti ad essi favorevoli. Si è ritenuto fondamentale mettere in evidenza il rischio connesso con la costante e progressiva accettazione del fenomeno del consumo di sostanze come un aspetto "normale" nella crescita dei ragazzi. Questo atteggiamento tollerante e la conseguente sovrastima del consumo da parte dei giovanissimi, favoriscono la sperimentazione e quindi l'avvicinamento alle sostanze da parte di ragazzi di fasce di età sempre più basse.

Il terzo punto (anch'esso assente nella tabella originale) tiene in particolare conto il dato relativo alla massiccia presenza di stranieri sul territorio lombardo (pari al 25% delle presenze straniere sul territorio nazionale). In particolare le statistiche registrano la presenza di 104.371 studenti stranieri, pari al 24,6% del totale nazionale, specie nelle scuole secondarie di II grado⁷. Nella programmazione degli interventi vanno quindi tenute presenti sia le problematiche relative all'inserimento del soggetto nel nuovo contesto sociale sia quelle specifiche che caratterizzano le seconde generazioni.

Per quanto riguarda i fattori di protezione

Come utile alternativa all'atteggiamento diffuso di tolleranza sociale verso le sostanze si ritiene opportuno promuovere la resistenza socio-culturale al fenomeno dell'uso e dell'abuso di sostanze. A questo proposito diventa cruciale programmare e realizzare interventi preventivi di comunità (che - agendo sul contesto - influenzino i singoli) o di *marketing* sociale con l'obiettivo di influenzare, modificandola, l'opinione pubblica in tema di droghe.

FAMIGLIA

Fattori di rischio	Fattori protettivi
1. Genitori e familiari con comportamenti devianti e/o che usano/abusano di sostanze 2. Presenza di conflitti familiari e di una scarsa stabilità affettiva e relazionale	1. Affetto e cura da parte dei genitori 2. Controllo da parte dei genitori

Per quanto riguarda i fattori di rischio

Rispetto alla tabella originale, nel punto 1, oltre alla figura dei genitori con comportamenti devianti e/o che usano/abusano sostanze, si è ritenuto opportuno aggiungere anche il riferimento ad altre figure familiari. Si ritiene infatti, ad esempio, che la presenza di fratelli e/o altri parenti prossimi che consumano sostanze possa rappresentare oltre che una fonte di stress un eventuale esempio da emulare.

Il secondo punto fa riferimento al fatto che i preadolescenti/adolescenti che vivono particolari difficoltà familiari possono essere più vulnerabili rispetto al consumo di sostanze. L'intervento richiede la collaborazione di più Servizi (nel caso di famiglie coinvolte in separazioni conflittuali, ad esempio, le azioni potrebbero vedere impegnati in prima linea i Servizi Famiglia dei Dipartimenti ASSI. A questi professionisti il Dipartimento Dipendenze potrebbe fornire supporti consulenziali sia per la segnalazione della potenziale vulnerabilità dei figli relativamente all'utilizzo delle sostanze sia per il suggerimento di ulteriori strategie mirate nel caso di giovani già consumatori di sostanze).

⁷ Circolare DG Famiglia e Solidarietà Sociale Regione Lombardia del 21.08.2007 "Indicazioni per l'attuazione delle leggi di settore ai sensi della DGR 3921 del 27.12.2006 di riparto del FNPS anno 2006"

Per quanto riguarda i fattori protettivi

I fattori indicati enfatizzano l'importanza di sostenere le capacità genitoriali a livello universale agendo sugli aspetti che possono favorire una crescita armoniosa e un miglior adattamento alla vita dei figli. E' considerato universalmente come particolarmente importante l'aiuto ai genitori perché sviluppino competenze che li facciano sentire in grado di affrontare efficacemente il proprio ruolo educativo. A questo proposito, accanto a politiche di intervento rivolte a supportare i genitori di pre-adolescenti e adolescenti (sia in ambito scolastico sia nei luoghi dell'aggregazione sociale), è auspicabile stimolare la consistente rete di Servizi educativi per l'infanzia esistente in Lombardia ad offrire uno specifico sostegno alle figure genitoriali

CARATTERISTICHE INDIVIDUALI

Fattori di rischio	Fattori protettivi
1. Inizio precoce di uso di sostanze legali e illegali	1. Possesso di abilità per un miglior adattamento alla vita
2. Atteggiamento personale favorevole rispetto alle sostanze	
3. Ricerca compulsiva di forti emozioni	

Per quanto riguarda i fattori di rischio

Il primo punto insiste sui rischi legati al consumo di sostanze legali e illegali durante la fase evolutiva in cui si sta strutturando la personalità individuale. L'assunzione da parte dei giovanissimi di alcol, tabacco (che per legge non dovrebbero essere rispettivamente somministrati e venduti ai minori di 16 anni) e cannabis, oltre al precoce contatto con la popolazione *user*, possono infatti rappresentare ulteriori fattori di rischio e favorire il futuro ricorso ad altre sostanze d'abuso (per le prime si parla infatti di sostanze *gate* - ingresso) e/o a un consumo problematico.

Il secondo punto è legato a tutti quei fattori, esaminati anche precedentemente, che possono influenzare l'atteggiamento dei soggetti verso posizioni più favorevoli alle sostanze: il contesto di vita in cui un ragazzo cresce (maggiore è la tolleranza percepita più favorevole è l'atteggiamento verso le sostanze), le scarse capacità educative (reali o percepite) degli adulti che lo circondano, alcune particolari fonti di stress, la frequentazione di amici che usano sostanze. La rilevanza di questi fattori è, ovviamente, ancora più importante per gli individui, come preadolescenti e adolescenti, in fase evolutiva.

Il punto 3 si riferisce alla tendenza di alcuni adolescenti ad agire comportamenti di ricerca estrema di sensazioni forti tra cui si collocano anche la sperimentazione e il consumo ripetuto di sostanze psicotrope. Esistono fondate ipotesi secondo cui il tratto di personalità legato alla ricerca di sensazioni possa essere una caratteristica costituzionale ed avere specifiche correlazioni funzionali con il sistema dopaminergico della gratificazione (Cloninger, 2005; Zuckerman, 1983; Gerra, 1998). Si ritiene necessario approfondire questo aspetto al fine di raccogliere informazioni sia per individuare gli strumenti utili a rilevare eventuali eventi sentinella sia per individuare i principali fattori che possono favorire lo sviluppo di tali caratteristiche (ISS, 2004).

Per quanto riguarda i fattori protettivi

Sono stati raggruppati sotto la dicitura 'possesso di abilità per un miglior adattamento alla vita' tutti i fattori protettivi citati nella tabella originale. Ciò è stato fatto sia per superare la frammentazione che poteva derivare dall'isolare singoli aspetti sia per dare una maggiore completezza all'elenco delle risorse. Il concetto di fondo che si vuole sostenere è quello dell'utilità di attuare interventi preventivi di carattere universale volti a potenziare le risorse di preadolescenti e adolescenti sia rispetto a un generale adattamento positivo alla vita sia rispetto alla capacità di resistere alla pressione dei pari e della società verso il consumo di sostanze.

SCUOLA/EDUCAZIONE

Fattori di rischio	Fattori protettivi
1. Assenze e drop out 2. Bassi risultati scolastici 3. Scarso supporto da parte degli insegnanti 4. Povertà di stimoli culturali 5. Passaggio tra i diversi cicli scolastici	1. Supporto consistente da parte degli insegnanti

Per quanto riguarda i fattori di rischio

In generale il punto 1 indica che, come sostenuto in numerose ricerche (Burkhart, 2003), l'abbandono prematuro del circuito scolastico può esporre maggiormente ai rischi derivanti dal consumo di sostanze. Nel caso dei preadolescenti, i rischi del possibile consumo sono aggravati dalla precocità dell'iniziazione. Tale rischio è determinato contemporaneamente dall'assenza di uno degli ambienti preposti (la Scuola) ad accompagnare la crescita del soggetto in età evolutiva (ciò diviene particolarmente problematico nelle situazioni in cui anche il contesto familiare è deficitario) e dalle conseguenze derivanti dall'inserimento del giovane soggetto in ambienti adulti che non hanno finalità educative. Anche se (in particolari contesti della Lombardia) i rischi dell'abbandono scolastico sono spesso minimizzati in relazione alla possibilità di un precoce inserimento nel mondo del lavoro, non vanno sottovalutate le implicazioni di stress e di esposizione a situazioni devianti derivanti da inserimenti lavorativi non qualificati.

I successivi punti 2, 3 e 4 fanno riferimento a differenti fattori di rischio che possono favorire assenze e *drop out*. Il punto 2 è legato prevalentemente a fattori individuali in quanto si rileva che i ragazzi che hanno uno scarso rendimento a scuola sono meno motivati a frequentarla. Le difficoltà nel processo di apprendimento potrebbero quindi essere considerate un segnale predittivo a cui prestare attenzione per mettere in atto azioni volte a favorire la permanenza a scuola.

Fondamentale a questo proposito è il ruolo svolto dagli insegnanti e dall'istituzione scolastica (punto 3) che dovrebbero mettere in atto tutti gli strumenti utili a favorire la permanenza a scuola dei ragazzi (e il loro benessere in quel contesto). Tale attenzione dovrebbe essere rivolta sia alla popolazione studentesca generale sia alla popolazione a rischio di *drop out*, differenziando via via gli strumenti utilizzati.

Il punto 4 (non presente nella tabella originale) fa riferimento ad una caratteristica specifica di alcune zone della regione Lombardia in cui, a fronte della presenza di numerose opportunità lavorative, si rileva uno scarso interesse da parte delle famiglie e del contesto sociale nei confronti della buona riuscita del ciclo scolastico (neppure a livello di obbligo). Ciò porta gli adolescenti ad abbandonare precocemente la scuola per immettersi in giovanissima età nell'ambito lavorativo.

Il punto 5 pone invece attenzione ai momenti di passaggio tra i diversi livelli di scuola (dalla primaria alla secondaria di I grado e da questa alla secondaria di II grado). In generale la letteratura scientifica in campo preventivo indica questi passaggi come stressogeni a causa dell'abbandono di un contesto conosciuto a favore di uno meno noto, della necessità di instaurare nuove relazioni (con compagni e insegnanti appartenenti a gruppi sociali differenti dal proprio) e delle maggiori richieste prestazionali derivanti da tutto questo. In particolare, il passaggio dalla scuola secondaria di I grado a quella di II implica lo spostamento in Comuni/contesti diversi da quello di appartenenza e la richiesta di una maggiore autonomia (venendo oltretutto meno il controllo dei genitori) (per approfondimenti [**LINK**](#) al capitolo 7).

Fattibilità in Regione Lombardia

Il concreto perseguimento in Lombardia delle indicazioni proposte in questo capitolo può partire innanzitutto **dall'attuazione di quanto previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale a proposito della realizzazione di interventi di prevenzione precoce** (Parte I, Cap. 1.3.1).

A questo proposito i membri del TTRP segnalano l'opportunità di **potenziare il lavoro con i preadolescenti senza abbandonare le attività rivolte agli adolescenti**, tenendo conto che in Lombardia: la maggior parte delle attività preventive nell'area delle dipendenze è attualmente rivolta agli adolescenti anche se si sta assistendo, in tutti i territori, ad un graduale abbassamento dell'età dei destinatari finali degli interventi.

In particolare le **attività con i preadolescenti o con soggetti adulti di riferimento per loro** (insegnanti, educatori informali, animatori, allenatori sportivi, capi scout ecc.) pur se sono realizzate in tutti i territori, (TTRP, 2007)⁸ denunciano attualmente scarso coordinamento e omogeneità metodologica, accompagnati da una generalmente scarsa dimensione in termini di impatto, come rilevato dai membri del Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione durante gli incontri.

Accanto a questo, va perseguito un **ulteriore abbassamento dell'età dei destinatari dell'intervento preventivo, mirando in modo strategico ad impattare sulle fasce di età della scuola dell'infanzia e della scuola primaria**. In questo senso potrebbe essere strategico approfondire la questione, con il diretto coinvolgimento delle istituzioni locali ed educative maggiormente attive in quel settore.

Le indicazioni tecnico/metodologiche ritenute utili sono:

- **privilegiare** - anche individuando meccanismi premianti dal punto di vista delle risorse economiche e finanziarie dedicate - la realizzazione di **programmi preventivi di medio-lungo periodo** (almeno triennale) che agiscano in modo mirato su fattori di rischio/fattori protettivi indicati nelle pagine precedenti, all'interno di una cornice metodologica di tipo promozionale e non limitandosi a trattare il tema delle sostanze in termini informativi (per approfondimenti **LINK** al capitolo 11);
- **impostare strategie** di intervento finalizzate a **modificare il contesto culturale** in cui crescono preadolescenti e adolescenti attraverso interventi di comunità;
- **coinvolgere attivamente** nei programmi preventivi oltre ai **destinatari** diretti, anche quelli **strategici** (genitori, insegnanti, allenatori, ecc.) che svolgono un ruolo educativo continuo nel processo di crescita di preadolescenti e adolescenti (per approfondimenti **LINK** al capitolo 5);
- **favorire** la realizzazione di programmi che raggiungano con **azioni integrate** realizzate in diversi contesti di vita e con messaggi coerenti i destinatari in più ambiti (scuola, famiglia, tempo libero, ecc), al fine di potenziare le ricadute preventive dell'intervento, valorizzando il radicamento nel proprio territorio delle fasce più giovani della popolazione (per approfondimenti **LINK** ai capitoli 8 e 9);
- **valorizzare** le esperienze di **collaborazione fra i Dipartimenti/Servizi Dipendenze delle ASL e i NOT delle Prefetture** realizzate o in corso in diversi territori della Regione Lombardia⁹ e volte a favorire l'aggancio precoce dei giovani

⁸ Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione, 2007, "Rilevazione dei progetti e delle attività di prevenzione dell'abuso di sostanze piani di zona 2006-2008". Rapporto interno.

⁹ ASL della Provincia di Bergamo, ASL della Provincia di Brescia, ASL della Provincia di Cremona, ASL della provincia di Lecco, ASL della Provincia di Lodi, ASL della Provincia di Mantova, ASL della Provincia di Mantova, ASL della Città di Milano, ASL della Provincia di Milano 1, ASL della Provincia di Milano 2, ASL della Provincia di Milano 3, ASL della Provincia di Varese.

consumatori di sostanze segnalati ai sensi degli art. 75 e 121 del TU delle Leggi in materia di tossicodipendenze¹⁰.

Dal punto di vista organizzativo si ritiene utile:

- **precisare il mandato** dei Servizi Dipendenze, del Dipartimento Dipendenze e degli altri Dipartimenti ASL, anche per quanto riguarda le azioni preventive attuate (chi interviene, su quali destinatari, tematiche e contesti, con quali obiettivi e strategie);
- **favorire lo scambio di informazioni e la collaborazione** tra diversi Dipartimenti delle ASL, gli EELL, le istituzioni scolastiche, le Organizzazioni del Privato Sociale e gli altri Attori del territorio (Oratori, Società sportive, Centri di aggregazione ecc.). Una attenzione particolare e specifica, in questo senso, andrebbe rivolta, nell'ambito delle possibilità offerte dalla Programmazione di Zona, allo sviluppo di inter-connessioni operative (anche attraverso la definizione di appositi protocolli) fra i Servizi di Neuropsichiatria Infantile, l'Istituzione scolastica, le Unità di Tutela Minori e i Servizi Dipendenze) allo scopo di favorire la presa in carico integrata di situazioni *borderline* in relazione al consumo di droghe.

¹⁰ Si veda ad esempio quanto previsto dal Protocollo di intesa (DGR n. VII/77533 del 21/12/01) fra Regione Lombardia/DG Famiglia e Solidarietà Sociale, Prefettura di Milano, ASL della Città di Milano, ASL della Provincia di Milano 2, ASL della Provincia di Milano 3 per l'avvio della sperimentazione coordinata per il trattamento di persone segnalate ai sensi degli art. 75 e 121 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza – DPR 309/90

Capitolo 2

Prevenire tutte le forme di abuso

I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di droghe, singole o in associazione, incluso l'utilizzo di sostanze legali da parte di minorenni (per es. tabacco o alcol); l'uso di droghe illegali (per es. marijuana o eroina); l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente (per es. prodotti da inalare), prescrizione di medicinali o farmaci da banco (Johnston et al. 2002).

(NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders - Principio 2)

Questo capitolo affronta il tema del consumo di droghe lecite e illecite sottolineando la necessità di rivolgere programmi di prevenzione a tutte le forme di abuso.

Il TTRP ha affrontato la questione dell'attuale fenomenologia del consumo di sostanze nel territorio della Regione Lombardia, rilevando come:

- sia necessario rivolgere l'attenzione sia alle droghe legali sia a quelle illegali;
- rispetto ad alcune sostanze, sia legali sia illegali, in specifici contesti e territori emergano delle priorità che richiedono strategie e interventi specifici. È il caso del consumo di alcol che coinvolge ragazzi sempre più giovani.

Coerenza con la normativa di settore

L'importanza di prevenire tutte le forme di abuso è confermata da:

- il **Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005-2008**: in cui è riportata l'importanza di "Garantire che programmi globali di prevenzione efficaci e valutati, riguardanti sia le sostanze psicoattive legali che quelle illecite nonché la poliassunzione di droghe, siano inseriti nei programmi scolastici oppure attuati nella più ampia misura possibile (obiettivo 8.1)";
- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** "[...] contrastare tutte le forme di dipendenza, sia da sostanze illegali che legali, ponendo una particolare attenzione ai soggetti giovani e fragili [...]" (Parte I, cap.3.19)".

Il raggiungimento di questo obiettivo passa attraverso il superamento delle barriere organizzative. Si legge infatti che "[...] è ipotizzabile [...] una riorganizzazione del sistema di offerta in questo settore, valorizzando maggiormente lo sviluppo di progetti integrati, centrati sui bisogni dell'utente e non necessariamente sulle sole attività tradizionali dei Servizi (Parte II, cap 1.1)".

Riferimenti scientifici

Qui di seguito si segnalano i principali riferimenti scientifici che sostengono e approfondiscono questi temi:

- *Per la questione delle tipologie di dipendenze specifiche per singola sostanza:*
 - "diverse teorie sia a carattere sociologico che neurobiologico tendono a confermare la scarsa rilevanza della distinzione tra sostanze legali e illegali nello spiegare i meccanismi della dipendenza e dell'iniziazione al consumo. Tuttavia le politiche sono in genere costruite su tale distinzione e da queste derivano una serie di segmentazioni che interessano le competenze di istituzioni adibite centralmente e a livello periferico a trattare i diversi fenomeni di dipendenza e l'organizzazione degli stessi servizi¹¹;

¹¹ Cap. 6.2.2, p.251-253

- *Per l'intervento sugli stili di consumo della popolazione:*
 - “diversi dirigenti del settore delle dipendenze prevedono un acuirsi della questione dipendenza da sostanze lecite; si percepisce un ritardo in particolare sui problemi della farmacodipendenza e del doping. Si segnalano grandi contraddizioni negli atteggiamenti nel mondo degli adulti e la crescita di un atteggiamento culturale orientato, anche in relazione alle prestazioni sportive di minori, sistematicamente alle *performance* mediate dai farmaci¹²”;
 - “[la prevenzione delle dipendenze, infatti] non può permettersi di essere avulsa da una politica di educazione e promozione della salute: la ‘specificità’ della prevenzione sulle droghe non può consistere nel fatto che si nominano le sostanze che producono assuefazioni ma deriva semmai dai seguenti due fattori: 1. si interviene per modificare i meccanismi di assuefazione e sulla capacità di far fronte alle pressioni sociali (n.b. in particolare dei media) che inducono a consumi poco consapevoli; 2. ci si rivolge a destinatari maggiormente a rischio (v. prevenzione selettiva e indicata)¹²”;
 - “[...] a livello culturale si ripercuotono le suddivisioni osservate nel modello divisionale alla base dell’organizzazione dell’azienda sanitaria locale: negli studi e nelle *review* sistematiche sull’evidenza di efficacia della prevenzione ritroviamo una serie di segmentazioni che riproducono i compartimenti istituzionalmente preposti all’intervento ma che non corrispondono necessariamente ad esigenze del programmatore a livello regionale e di ASL né ad esigenze conoscitive e di tipo teorico. [...] Uno dei limiti (nella) prevenzione delle dipendenze è dato dal fatto che il criterio di selezione degli studi (dei programmi) è determinato in gran parte dalle caratteristiche della sostanza o comportamento oggetto di attenzione piuttosto che dalle strategie e modelli teorici sottostanti. [Mentre] i modelli teorici di intervento nell’area della prevenzione sono piuttosto limitati e assolutamente comuni sia che ci riferiamo a consumi di alcolici, di tabacco, di cocaina, di popper, di sostanze dopanti¹²”;
 - Gli studi di Kurt Lewin a proposito dei comportamenti di consumo delle famiglie (Ossicini, 1974) e i canali che influenzano l’acquisto da parte delle donne di alcuni prodotti alimentari come il latte fresco, il succo di arancia o le frattaglie dei polli e il tentativo di modificare tali consumi rientrano tra i programmi di educazione alla salute. Tali studi ci hanno offerto le basi teoriche (n.b. teoria dell’equilibrio sociale quasi stazionario) per spiegare i cambiamenti sociali, per capire come si influenzano i comportamenti di consumo della popolazione, per comprendere le dinamiche di gruppo, i meccanismi della pressione sociale e i motivi per cui determinate fonti informative sono più credibili e influenti di altre. Quello che si modifica in modo vistoso in relazione alle diverse forme di dipendenza è il sistema normativo che determina il grado di liceità di determinati comportamenti e sostanze e delimita le caratteristiche del sistema di intervento¹²”;
- *Per gli aspetti organizzativi e strategici*
 - “[...] emerge la preoccupazione circa le risorse ingenti e le energie che occorrerebbe investire; la necessità di coordinamento con altri servizi ASL e di coinvolgimento dei medici di base per evitare anche ‘ il rischio di produrre sul territorio ricadute incoerenti e disorientanti per i destinatari. C’è chi sta avviando oggi alcune azioni di confronto con altri Dipartimenti, chi da alcuni anni ha sperimentato rapporti di collaborazione/integrazione tra le varie articolazioni aziendali e chi, viceversa, ritiene oggettivamente irrealistico un discorso di integrazione e collaborazione tra Dipartimenti e Servizi in assenza di una strategia complessiva che investa i criteri stessi di allocazione delle risorse (n.b. maggiore eticità) e ridefinisca le priorità per l’Azienda sanitaria¹²”;

¹² Cap. 6.2.2, p. 251-253

Fattibilità in Regione Lombardia

Il TTRP ritiene opportuno che in Regione Lombardia siano promossi programmi preventivi rivolti a tutte le sostanze legali e illegali, auspicando l'elaborazione di una strategia complessiva di intervento declinata in relazione:

- alle specifiche peculiarità dei temi affrontati;
- alle specifiche caratteristiche del quadro normativo, sociale e culturale di riferimento relativo a fenomeni con caratteristiche assai diverse (es. farmaci vs droghe illegali; droghe legali vs doping ecc.).

Lo **sviluppo di una strategia di intervento complessiva**, oltre a fondarsi sulle indicazioni di Sistema previste dal vigente Piano Socio-Sanitario Regionale **deve essere sostenuta anche dal punto di vista organizzativo (con la previsione di una "regia forte" da parte della Regione)** e quindi si ritiene necessario:

- che sia dato **forte impulso** - utilizzando lo strumento del Piano di Zona¹³ - **alla interazione fra i diversi settori di intervento** (educativo, sociale, socio-sanitario, culturale, commerciale, urbanistico, del lavoro, della sicurezza ecc.) delle politiche regionali all'interno di un Piano Regionale per la Prevenzione delle droghe;
- che sia dato un chiaro mandato alle Direzioni delle ASL della Regione perché, attraverso lo strumento della **Pianificazione Organizzativa Aziendale**, perseguano l'effettiva integrazione delle azioni preventive in tema di sostanze di abuso (fumo, alcol, droghe, doping, ecc.), **oggi appannaggio dei diversi Settori/Dipartimenti Servizi socio-sanitari**;
- che sia valorizzata, in questo scenario, **l'esperienza tecnico-organizzativa maturata dalle Equipe integrate del percorso di ricerca-azione del Progetto Religo**, da cui è emersa l'utilità e la fattibilità di prevedere la creazione a livello locale (all'interno del Dipartimento ASSI/Dipartimento Dipendenze) di una **struttura** (definita Agenzia locale per la prevenzione) **di supporto alla programmazione e di coordinamento** delle attività territoriali nell'area della prevenzione delle dipendenze.

In questo senso pare utile segnalare che in diversi territori della Regione¹⁴ sono già in atto processi coerenti con quanto sopra auspicato, che superano il tradizionale settorialismo dell'intervento preventivo nelle comunità scolastiche, integrando, all'interno di un'unica cornice concettuale (e organizzativa), interventi su tematiche abitualmente 'scomposte' (ad esempio prevenzione doping e prevenzione abuso droghe, prevenzione abuso alcol e educazione alimentare, prevenzione abuso droghe e prevenzione tabagismo, prevenzione abuso droghe/alcol e incidenti stradali).

¹³ Esperienze in tal senso sono attive nelle asl della Provincia di Bergamo, della Provincia di Sondrio e della Vallecambonica-sebino. Nelle ASL della provincia di Milano 1 e Milano 2 ciò avviene anche se non in modo omogeneo in tutto il territorio.

¹⁴ A livello formale ed effettivo questa esperienza è già in atto nelle AASSLL della Provincia di Brescia, della Provincia di Lecco, della Provincia di Lodi, della Provincia di Milano 1, della Provincia di Milano 2, della Provincia di Milano 3, della Città di Milano, della Vallecambonica-Sebino e della Provincia di Varese. Nella ASL della Provincia di Sondrio ciò avviene relativamente alle attività rivolte alle scuole primarie. Nelle AASSLL della Provincia di Bergamo e della Provincia di Mantova sono attive delle esperienze di integrazione a livello di contenuti degli interventi.

Capitolo 3

Calibrare l'intervento sui bisogni della comunità

I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema d'abuso di droghe presente nella comunità locale, ai fattori di rischio modificabili e al rafforzamento dei fattori di protezione identificati (Hawkins et al. 2002).

(NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders - Principio 3)

Questo capitolo offre la possibilità di focalizzare l'attenzione su come programmare e progettare gli interventi nel settore della prevenzione, considerando la necessità di:

- inserire i modelli di intervento all'interno di una strategia che tenga conto delle caratteristiche di contesto attuali (2007) e locali (Lombardia e singoli territori) e della loro possibile/probabile evoluzione nel medio-lungo periodo;
- individuare e valorizzare un sistema che a livello locale e regionale consenta una sistematica e specifica rilevazione e analisi dei bisogni e dei dati di contesto per programmare le strategie preventive;
- scegliere metodologie e approcci preventivi sulla base di una rilevazione dei bisogni della realtà locale, che guidino la progettazione degli interventi.

Coerenza con la normativa di settore

La necessità di calibrare l'intervento sui bisogni della comunità è confermata da:

- la **Strategia dell'Unione Europea in materia di droga 2005-2012** che nella sezione dedicata alla riduzione della domanda (strategia n. 25) tra le priorità individua:
 - a. "potenziare l'accesso ai programmi di prevenzione e la loro efficacia (dall'impatto iniziale fino alla sostenibilità a lungo termine) e sensibilizzare la popolazione ai rischi e alle conseguenze del consumo di sostanze psicoattive. A tal fine, le misure di prevenzione dovrebbero prevedere i fattori di rischio precoce, la rilevazione, la prevenzione mirata e la prevenzione basata sulla famiglia e la comunità".
 - b. "potenziare l'accesso ai programmi (alle misure) di intervento precoce, e soprattutto l'accesso di quei giovani che assumono sostanze psicoattive per il desiderio di nuove esperienze [...]".
- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** secondo cui "una delle principali finalità dell'attività di governo regionale è quella di garantire il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione in un modo che sia il più possibile appropriato ed adeguato sia alle necessità cliniche dei malati che alla disponibilità di risorse. L'epidemiologia e la verifica delle attività mediante metodologie di auditing clinico saranno nei prossimi anni gli strumenti principali con cui saranno perseguite le finalità appena descritte. In una logica di questo tipo è necessario che siano coinvolti in una dinamica di forte corresponsabilità, e quindi di alleanza rispetto ad un condiviso scopo comune, gli attori del sistema che sono rappresentati dai professionisti e dagli operatori, dalle società scientifiche e professionali, dagli ordini professionali, dalle Università e dagli istituti di ricerca; essi sono partner irrinunciabili che permettono di vedere e di valutare il sistema sanitario con il necessario 'occhio clinico' (Parte I, cap. 3)".

In particolare, facendo riferimento allo specifico *target* preadolescenti e adolescenti, il documento riporta che "[...] sulla popolazione minorile influiscono non solo i mutamenti sociali culturali ed economici più generali, ma anche quelli più specifici dell'età adulta o della famiglia come ad esempio l'incremento costante del tasso di immigrazione, l'aumento del numero di separazioni, le difficoltà di sostentamento per le famiglie monoreddito.

Conseguentemente, il territorio lombardo si caratterizza per una particolare presenza di emergenti problemi sul fronte del disagio minorile e più nello specifico di quello adolescenziale e preadolescenziale, che sfocia in forme di disadattamento più o meno conclamato o in disturbi psicologici più o meno gravi [...] (Parte I, cap.3.15)".

Inoltre, relativamente alle problematiche legate alla dipendenza da sostanze, si legge che "a fronte di una evoluzione molto rapida del fenomeno, il sistema di intervento ha offerto risposte complementari ed integrate, grazie anche ad alcune sperimentazioni regionali specifiche, ma non sempre sufficienti. L'evoluzione della rete di intervento prevede una maggiore connessione tra i 'nodi', non solo dell'ambito socio-sanitario, e la disponibilità di strumenti più adatti alla nuova realtà. In particolare l'istituzione di un Osservatorio Regionale e la predisposizione di adeguate campagne di informazione e prevenzione che utilizzino linguaggi adatti ai di riferimento. Una attenzione andrà rivolta anche all'abuso di alcol al fine di alzare l'attenzione rispetto ad un fenomeno misconosciuto o, quantomeno, normalizzato. E' quindi necessario prevedere modalità di intervento differenziate a seconda delle diverse situazioni e delle diverse tipologie di utenza. [...]

[Pertanto] verranno attuate le seguenti strategie:

- contrastare tutte le forme di dipendenza, sia da sostanze illegali che legali, ponendo una particolare attenzione ai soggetti giovani e fragili;
- prevenire i fenomeni di abuso, sia di sostanze che di tipo comportamentale; offrire sostegno alle famiglie in senso preventivo ed educativo. Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:
- stabilizzare, rafforzare il sistema di intervento ed evolvere verso una maggiore appropriatezza degli interventi;
- acquisire una capacità di lettura della evoluzione del fenomeno in tempo reale;
- attivare una presa in carico precoce dei soggetti attraverso interventi "verso l'utente";
- garantire la disponibilità di tutti gli interventi (trattamenti) appropriati per tutti i soggetti che ne abbisognano e la relativa continuità assistenziale;
- sviluppare interventi di prevenzione specifica differenziati per età e differenti *target* di popolazione.

Saranno [inoltre] promosse le seguenti azioni:

- attuazione della completa integrazione operativa tra servizi pubblici e Terzo settore all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze;
- sviluppo di programmi di formazione congiunta;
- attuazione del Coordinamento Interdipartimentale Regionale per un più efficace governo del sistema;
- costituzione dell'Osservatorio Regionale Dipendenze; estensione in tutta la regione del Sistema di Allerta Rapido (conoscenza in tempo reale delle sostanze in circolazione) e del Sistema Informativo Dipendenze (flusso epidemiologico e prestazioni);
- predisposizione di linee guida per particolari categorie di utenti a maggiore fragilità;
- studio ed attuazione di programmi di informazione e prevenzione destinati alla popolazione adulta impegnata in compiti educativi (famiglie ed insegnanti) (Parte I, cap 3.19)".

Riferimenti scientifici

Di seguito si riportano i principali riferimenti scientifici che sostengono e approfondiscono questi temi.

- "[...] chi si occupa di prevenzione dovrebbe conoscere molto bene le specifiche caratteristiche del contesto in cui si intende intervenire sia dal punto di vista dei consumi di sostanze stupefacenti (v. dati di prevalenza, età di inizio della sperimentazione delle sostanze stupefacenti, tipi di sostanze...) sia delle caratteristiche dei destinatari dei futuri progetti (WHO 2002; NIDA, 2003)¹⁵;

¹⁵ Cap. 6.3.2, p.267-270

- “[...] recentemente i destinatari degli interventi sono diventati soggetti attivi nella programmazione e a volte anche nella implementazione e valutazione delle strategie di prevenzione disegnate per loro¹⁶”;
- l'Organizzazione Mondiale della Sanità “suggerisce, ad esempio, di fare delle ricerche di “sfondo” per conoscere meglio il contesto in cui si vuole intervenire e le caratteristiche della popolazione *target* (WHO, 2002)¹⁶”.

Si ricorda che la conoscenza dei bisogni del territorio passa attraverso l'individuazione dei fattori di rischio specifici e dalle risorse della comunità (per approfondimenti **LINK** al capitolo 1).

Anche l'EMCDDA, nell'ambito della sua azione indirizzata al miglioramento della pratica preventiva nei Paesi dell'Unione, promuove la conoscenza e l'utilizzo del *PERK (Prevention and Evaluation Resource Kit)*¹⁷, finalizzato a supportare in modo interattivo, *step by step*, il lavoro dei progettisti della prevenzione. Il primo *step* individuato per la formulazione di un buon progetto è quello relativo all'analisi dei bisogni. In questa logica, viene esplicitamente segnalato che:

- “è necessario individuare i problemi su cui si intende agire con l'intervento previsto e i fattori prevalenti che possono essere di supporto o di ostacolo;
- occorre iniziare col riformulare alcune questioni che aiuteranno a chiarire cosa conoscere o a confermare le ipotesi già possedute in merito alla comunità o al gruppo *target*. Questo passaggio permetterà di raccogliere le informazioni pertinenti necessarie per progettare in modo coerente ai bisogni specifici individuati;
- non sempre sono necessarie ampie e nuove ricerche. Innanzitutto occorre verificare le informazioni che già possedete attraverso interviste agli stakeholder, cercare ulteriori fonti esistenti e interpretare dati prodotti precedentemente;
- occorre prendere in considerazione una vasta gamma di fonti di informazione sui diversi aspetti dei destinatari previsti e del contesto su cui si intende intervenire;
- l'analisi dei bisogni può essere condotta a diversi livelli a seconda della complessità dell'azione che si intende realizzare;
- è utile collocare la progettazione dell'intervento all'interno del proprio contesto di appartenenza: si tratta di ottenere una fotografia più ampia attraverso indicatori significativi e globali. Questi indicatori non necessariamente si modificheranno come esito dell'intervento, ma saranno utili per definire la situazione di partenza¹⁸”.

Fattibilità in Regione Lombardia

Per calibrare l'intervento sui bisogni della comunità si può partire innanzitutto dall'attuazione di quanto previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale a proposito della rilevazione, analisi e soddisfacimento dei bisogni di salute nella popolazione (per approfondimenti **LINK** al capitolo 3).

Dal punto di vista tecnico/metodologico, i membri del TTRP segnalano l'opportunità che:

- **la rilevazione e l'analisi dei bisogni in ambito preventivo sia considerata una funzione programmatica anziché progettuale.** Per questo motivo, è auspicabile che sia a livello regionale sia a livello territoriale la rilevazione e l'analisi dei bisogni preventivi sia garantita dal livello programmatico e non lasciata all'esclusiva iniziativa dei soggetti impegnati nella progettazione;

¹⁶ Cap. 6.3.2, p. 269

¹⁷ Il PERK (*Prevention and Evaluation Resource Kit*) è uno strumento che elenca i principi essenziali ed *evidence-based* della prevenzione, le regole per la progettazione e i suggerimenti per la valutazione. In aggiunta, indica i riferimenti teorici e la relativa documentazione utile a chi si occupa di progettazione di interventi preventivi.
<http://www.emcdda.eu.int>

¹⁸ Traduzione a cura del Dipartimento Dipendenze della ASL Città di Milano

- **sia realizzata periodicamente un'approfondita lettura e analisi della situazione regionale e locale** (senza perdere di vista sfondo, evidenze e tendenze nazionali e internazionali) con la messa in atto di metodologie innovative che consentano di rilevare e analizzare i bisogni a livello locale e regionale e fare in modo che diventi un processo stabile all'interno del ciclo della programmazione delle strategie di intervento;
- **sia favorita e stimolata** (anche con specifici meccanismi di incentivazione finanziaria) **la circolazione delle informazioni** raccolte e analizzate in modo che possano orientare la progettazione a livello locale;
- **siano programmate e realizzate periodicamente specifiche linee di ricerca** in modo multi-centrico volte a comprendere e delineare le caratteristiche presenti dei fenomeni di interesse e le loro prevedibili evoluzioni.

L'esperienza delle Agenzie territoriali per la Prevenzione e dei relativi gruppi di lavoro su questo tema, sviluppata a partire dal Progetto Religo e il Progetto MDMA, hanno dimostrato l'importanza di arricchire in questa direzione la funzione degli Osservatori dei Dipartimenti Dipendenze¹⁹. Queste funzioni potrebbero trovare adeguata collocazione nel costituendo Osservatorio Regionale Dipendenze, individuando opportuni meccanismi di comunicazione circolare dei dati e delle informazioni.

Dal punto di vista organizzativo:

- **sia predisposto**, in linea con quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale vigente, **un adeguato apparato organizzativo finalizzato a garantire questa funzione**, che tenga conto della necessità di raccogliere informazioni e dati in modo coerente con i presupposti teorici e i modelli di intervento preventivo validati dalla letteratura. Non sono più sufficienti i dati relativi alla nuova utenza dei servizi dedicati o il numero dei segnalati alle Prefettura, ma occorre indagare stabilmente un più ampio ventaglio di dimensioni socio-culturali-economiche-sociali in grado di permettere la lettura degli scenari attuali e di evoluzione nel medio-lungo periodo dei fenomeni di abuso oggetto di attenzione preventiva. (per approfondimenti [LINK](#) al capitolo 10);
- **siano potenziati**, in una logica circolare, **i meccanismi di comunicazione fra i livelli organizzativi dedicati all'osservazione dei fenomeni di abuso a livello locale** (Osservatori dei Dipartimenti Dipendenze e costituendo Osservatorio Regionale Dipendenze, Sistema Allerta Rapida, Ricerca-studio PrevoLab, ecc.), regionale, nazionale, internazionale in grado di favorire la migliore, tempestiva e previsionale lettura dei fenomeni di interesse per l'intervento preventivo;
- **siano potenziati**, in una logica circolare, **i meccanismi di comunicazione a livello istituzionale** (al di là dello specifico settore socio-sanitario) in grado di favorire la migliore/completa lettura dei fenomeni di interesse (in questo senso è auspicabile l'integrazione fra i diversi Osservatori istituiti in Regione: Minori, Immigrazione, Esclusione sociale);
- **sia curata la diffusione**, anche in forma riservata, **di informazioni di scenario a tutti gli attori del sistema preventivo**, per migliorare l'effettiva ricaduta dell'intervento territoriale.

E' opportuno segnalare che molte di queste attenzioni sono oggetto di sperimentazione da parte del Dipartimento Dipendenze della ASL della Provincia di Sondrio²⁰. A continuazione del progetto Religo, infatti, in quel territorio è stata condotta una

¹⁹ Esperienze in tal senso sono state realizzate nelle ASL delle Province di Bergamo, Brescia, Lodi, Mantova, Milano 1, Milano 2, Milano 3, Varese.

²⁰ ASL della Provincia di Sondrio, Osservatorio del Dipartimento Dipendenze, ". Corso per Amministratori di Enti Locali: "Sicurezza sociale e strategie preventive territoriali, in relazione all'abuso di sostanze lecite e illecite".

rilevazione dei bisogni del territorio, su prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti mediante interviste a un campione rappresentativo di amministratori di tutta la provincia. Dall'analisi delle domande espresse durante la ricerca il Dipartimento Dipendenze ha messo a punto un percorso formativo per Amministratori comunali su "Sicurezza sociale e strategie preventive territoriali, in relazione all'abuso di sostanze lecite e illecite". Grazie alla collaborazione fra Uffici di Piano, Dipartimento Dipendenze Agenzie del Terzo settore si stanno realizzando o sono in via di realizzazione tre percorsi formativi in altrettanti ambiti distrettuali, intesi come opportunità per sostenere e rafforzare l'instaurarsi di legami solidi fra i soggetti istituzionali al fine di individuare strategie preventive più condivise ed efficaci.

Accanto a questo, l'Osservatorio del Dipartimento Dipendenze della ASL della Provincia di Sondrio sta realizzando – su mandato della DG Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia - la sperimentazione di un modello di indagine qualitativa volta ad analizzare le relazioni e il "monitoraggio"²¹ esistenti tra gli adolescenti e la rete degli adulti significativi, sul territorio valtellinese.

L'intento è quello di ascoltare i diversi attori e di ridurre le distanze esistenti, di comprendere i fattori che influenzano i comportamenti, interagendo con essi, avviando un discorso aperto e partecipato con i protagonisti, le loro famiglie, la scuola, ma anche con i rappresentanti delle istituzioni e i differenti soggetti del territorio (operatori, amministratori locali, Forze dell'Ordine).

Le aree indagate dalla ricerca riguardano:

1. la percezione del contesto relazionale
2. la percezione del contesto sociale
3. la percezione di sé, individuale
4. l'uso di sostanze.

²¹ ASL della Provincia di Sondrio, Osservatorio del Dipartimento Dipendenze, Sperimentazione di un modello di indagine qualitativa 'La prevenzione delle dipendenze attraverso le relazioni e il monitoraggio tra gli adolescenti e la rete degli adulti significativi'. Il costrutto del *monitoring* o 'monitoraggio' può essere inteso come la capacità degli adulti di monitorare le condotte degli adolescenti. Tuttavia, trattandosi di una proprietà relazionale, un processo interattivo basato sulla reciprocità, il "monitoraggio" riguarda anche la volontà del ragazzo di condividere le proprie esperienze e attività (Caso, De Gregorio, De Leo, 2003)

Capitolo 4

Mirare l'intervento alle caratteristiche dei destinatari

*I Programmi di Prevenzione dovrebbero essere adattati per rivolgersi ai rischi connessi alle specifiche **caratteristiche della popolazione** o gruppo quali **età, genere ed etnia**, al fine di migliorare l'efficacia del Programma (Oetting et al. 1997).*

(NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders - Principio 4)

L'intervento preventivo rivolto alla popolazione preadolescenziale e adolescenziale dovrebbe prevedere:

- strategie mirate che facilitino il contatto con questi destinatari e lo sviluppo di interventi "su misura", in grado di incontrare e rispondere a bisogni specifici;
- particolare attenzione alla questione interculturale e ai suoi risvolti socio-culturali ed educativi, fin dalle prime fasi di progettazione (tendendo conto della sempre maggiore presenza di cittadini stranieri di diverse etnie);
- azioni rivolte sia alla totalità dei soggetti di quella fascia di età sia ai soggetti (singoli o in gruppo) più vulnerabili.

Coerenza con la normativa di settore

La necessità di mirare l'intervento alle caratteristiche dei destinatari è sostenuta da:

- il **Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005-2008**: che tra gli obiettivi riporta: "Creare, sviluppare e migliorare la prevenzione selettiva e nuove metodologie per raggiungere gruppi mirati [...] (obiettivo n. 9). Tra le azioni indicate per raggiungere tale obiettivo si trova: "Sviluppare e migliorare programmi di prevenzione rivolti a gruppi mirati selezionati [...] e a contesti specifici [...] tenendo conto delle differenze di genere";
- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** che, all'interno dei suoi obiettivi principali, invita i programmatori e gli operatori del settore a perseguire lo sviluppo di "interventi di prevenzione specifica differenziati per età e differenti *target* di popolazione (Parte I, cap. 3.19)".

Riferimenti scientifici

Di seguito si segnalano i principali riferimenti scientifici che sostengono e approfondiscono questi temi:

- "diversi studi sottolineano il fatto che chi si occupa di prevenzione dovrebbe conoscere molto bene sia le specifiche caratteristiche del contesto in cui si intende intervenire [...] sia le caratteristiche dei destinatari dei futuri progetti (es: caratteristiche connesse al genere, all'età, all'etnia, alle tipologie e intensità dei consumi, alle culture di appartenenza) e saper adattare dei metodi appropriati per incidere sulle abitudini dei destinatari (WHO, 2002; NIDA 2003). Gli approcci di prevenzione più efficaci sono quelli costruiti sui bisogni di ciascun *target* (WHO, 2002). Non è un caso, infatti, che recentemente i destinatari degli interventi siano diventati soggetti attivi nella programmazione e a volte anche nella implementazione e valutazione delle strategie di prevenzione disegnate per loro (WHO, 2002)²²;
- "è opportuno, quindi, approfondire la conoscenza dei fattori di rischio presenti nel territorio in cui si va ad agire e individuare destinatari particolarmente problematici senza scadere in

²² Cap. 6.3.2, p. 268

facili generalizzazioni che trascurano, ad esempio, l'influenza che caratteristiche individuali dei soggetti possono avere sull'eventuale loro esposizione a fattori di rischio²³;

- "alcune ricerche (NIDA, 2003) dimostrano che le ragazze rispondono positivamente al supporto dei genitori e alla disciplina da loro imposta e che quindi questi elementi rappresentano dei fattori protettivi importante nel contrastare l'influenza dei pari. I ragazzi, invece, adottano maggiormente atteggiamenti difensivi e alle volte rispondono negativamente alla disciplina imposta dai genitori, annullando quindi l'effetto di tale fattore protettivo²³;
- "l'età infine risulta essere un elemento importante: fattori di rischio presenti nella famiglia hanno un grosso impatto sui più piccoli, mentre per gli adolescenti ha un peso maggiore la frequentazione di soggetti che abusano di sostanze stupefacenti²³".

Fattibilità in Regione Lombardia

Mirare l'intervento alle caratteristiche dei destinatari consente il miglioramento della qualità dei programmi preventivi sia dal punto di vista metodologico (aumentandone l'efficacia) sia dal punto di vista gestionale (permettendo di indirizzare l'utilizzo delle risorse disponibili in modo mirato alle caratteristiche del/i *target* individuato/i).

Per poter effettivamente perseguire tutto questo, il TTRP indica come prioritarie le seguenti azioni dal punto di vista tecnico/metodologico:

- **rendere stabile la raccolta e la messa a disposizione di informazioni relative alle abitudini di consumo della popolazione preadolescente e adolescente lombarda** differenziate per età e per genere, attraverso specifici sovra-campionamenti delle principali ricerche di settore realizzate a livello internazionale e nazionale. Le fonti a cui rivolgersi per recuperare tali informazioni possono essere:
 - ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*): una ricerca a livello europeo, ripetuta annualmente, sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali da parte degli studenti delle scuole medie superiori;
 - IPSAD (*Italian Population Survey on Alcohol and Drugs*): indagine campionaria nazionale condotta su un campione di circa 40.000 soggetti rappresentativo della popolazione generale nella fascia d'età fra i 15 ed i 54 anni. L'obiettivo è la stima della prevalenza del consumo di sostanze come alcol, sigarette, psicofarmaci e altre sostanze illecite;
 - HBSC (*Health Behaviour School-aged Children*) è uno studio trans-nazionale promosso e curato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che, ogni quattro anni, indaga lo stato di salute e di benessere di preadolescenti e adolescenti (11, 13, 15 anni);
- **raccogliere e mettere in circolazione fra gli addetti ai lavori, altre informazioni in merito alle caratteristiche della popolazione preadolescenziale e adolescenziale locale.** In particolare, da questo punto di vista, oltre ad essere coerentemente impostata l'azione del costituendo Osservatorio Regionale Dipendenze, andrà curata l'interazione con la rete degli altri Osservatori regionali:
 - Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità²⁴: ente scientifico autonomo che promuove studi, ricerche e iniziative sulla società multietnica e multiculturale, con particolare riguardo al fenomeno delle migrazioni internazionali;
 - Osservatorio Minori della Regione Lombardia²⁵ che raccoglie dati sulla popolazione infantile, reperisce la documentazione scientifica, monitora le

²³ Cap. 2.10, p.83

²⁴ <http://www.ismu.org>

²⁵ <http://www.famiglia.regione.lombardia.it>

esperienze presenti sul territorio regionale, mantiene relazioni con l'Osservatorio nazionale sull'infanzia e l'adolescenza;

- Osservatorio regionale sull'esclusione sociale, città e famiglia²⁶

- **strutturare un sistematico lavoro di raccolta e di messa in circolazione delle informazioni quanti-qualitative raccolte nell'ambito delle diverse attività sperimentali di collaborazione fra Dipartimenti Dipendenze e NOT Prefettura.**

Questi dati, possono, infatti rappresentare un osservatorio privilegiato nella rilevazione delle caratteristiche e dei comportamenti di un segmento di popolazione adolescenziale (e comunque sotto i 26 anni) potenziale destinatario di interventi di prevenzione selettiva.

²⁶ Istituito nell'ambito di quanto previsto dalla Legge regionale 5 del 24 febbraio 2006 - Disposizioni in materia di servizi alla persona e alla comunità

Capitolo 5

Coinvolgere e sostenere la famiglia

*I Programmi di Prevenzione indirizzati alla famiglia dovrebbero **accrescere il collegamento e le relazioni familiari e includere le abilità dei genitori nell'educazione dei propri figli**; promuovere lo sviluppo, la discussione e l'applicazione delle norme familiari sull'abuso di sostanze, la formazione sui metodi educativi e l'informazione sulle droghe (Ashery et al. 1998).*

*Il collegamento familiare è il fondamento delle relazioni fra genitori e figli. Esso può essere potenziato attraverso la promozione delle capacità genitoriali di **sostegno ai figli**, della **comunicazione genitori-figli** e del **coinvolgimento parentale** (Kosterman et al. 1997).*

- *La supervisione e il monitoraggio parentale sono fattori critici per la prevenzione dell'abuso di droghe. Queste capacità possono essere potenziate con una formazione che aiuti a stabilire delle regole; tecniche per il "monitoraggio" delle attività; elogio per comportamenti appropriati; una disciplina moderata e coerente che rafforzi regole familiari ben definite (Kosterman et al. 2001).*
- *L'informazione ed educazione sulle droghe per genitori o caregivers rafforza ciò che i figli stanno apprendendo circa gli effetti dannosi delle droghe e apre alla famiglia l'opportunità di discutere sull'abuso di sostanze legali ed illegali (Bauman et al. 2001).*
- *Interventi brevi per la popolazione generale, focalizzati sulla famiglia, possono modificare positivamente specifici comportamenti genitoriali, riducendo i rischi successivi di abuso di droga (Spath et al. 2002b).*

(NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders - Principio 5)

E' centrale, in questo capitolo, l'importanza del ruolo degli adulti, in quanto **target strategico** per la promozione di una comunità educante, attrezzata, in senso preventivo, rispetto al consumo e all'abuso di sostanze, dei preadolescenti e degli adolescenti (**target diretto**).

A questo proposito è utile evidenziare i seguenti aspetti:

- la strategia preventiva è una strategia sistemica;
- nella logica sistemica, per agire sui destinatari diretti, è utile rivolgersi ad altri **target** strategici in interrelazione con loro. In particolare è fondamentale supportare il ruolo genitoriale rispetto al possibile consumo di sostanze dei figli preadolescenti e adolescenti;
- i contorni dell'azione preventiva e di quella educativa sono difficilmente distinguibili e ciò rende utile l'adozione di un approccio integrato e multi/meta disciplinare sia nelle fasi della programmazione sia in quelle della progettazione e gestione degli interventi stessi;
- i contesti di intervento sono molteplici, sia in relazione al **target** strategico (genitori, altri adulti di riferimento, contesti adeguati per l'intervento con adulti) sia a quello diretto.

Coerenza con la normativa di settore

La necessità di coinvolgere e sostenere la famiglia è confermata da:

- la **Strategia dell'Unione Europea in materia di droga 2005-2012** che, nella sezione dedicata alla riduzione della domanda (strategia n. 25), tra le varie priorità individua la seguente: "potenziare l'accesso ai programmi di prevenzione e la loro efficacia (dall'impatto iniziale fino alla sostenibilità a lungo termine) e sensibilizzare la popolazione ai rischi e alle conseguenze del consumo di sostanze psicoattive. A tal fine, le misure di prevenzione dovrebbero prevedere i fattori di rischio precoce, la rilevazione, la prevenzione mirata e la prevenzione basata sulla famiglia e la comunità";
- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** che ritiene fondamentale rivolgersi alla struttura familiare per tutelare la salute, come riportato di seguito "nella tutela della salute della persona e della sua fragilità, il cittadino e la famiglia sono posti al centro del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale. Essi costituiscono l'obiettivo generale che caratterizza l'impostazione della politica regionale della salute e del sistema sociosanitario lombardo (Parte I, cap. 1.14)".

Inoltre, "in continuità con le azioni dell'ultimo triennio, prosegue l'evoluzione del sistema dei servizi sociosanitari e sociali, verso la piena realizzazione di un sistema di *welfare*

community. La transizione a tale sistema implica [tra l'altro]: [...] il sostegno della famiglia quale soggetto promotore degli interventi (Parte I, cap. 1.18)".

Nel piano, relativamente al tema della promozione della salute sin dall'età evolutiva, si sostiene che "Gli interventi di promozione della salute sono processi che consentono alle persone di acquisire conoscenza, consapevolezza dei rischi e assunzione di comportamenti conseguenti, mediante lo sviluppo di capacità individuali anche attraverso il sostegno incentivante di azioni collettive (famiglia, gruppo dei pari, media). Occorre sempre tener conto della gerarchia delle agenzie educative che trovano come elemento centrale la famiglia e come altre strutture di supporto la scuola, il gruppo dei pari, i centri di aggregazione, la comunità, i media, tutte strutture che devono essere coinvolte a vario grado in un processo educativo (Parte II, cap. 1.1)".

Inoltre il concetto è rafforzato da quanto segue: "quando si intende sviluppare un'offerta educativa rivolta ai minori, occorre considerare che la famiglia risulta essere la prima agenzia educativa (Parte II, cap. 1.1)" e dalla seguente affermazione: "con riguardo al sistema degli interventi andrà rivista l'attività dei consultori soprattutto in un'ottica di sostegno e sviluppo delle risorse familiari e dei servizi di base fortemente orientati alla prevenzione, informazione ed educazione alla salute [...] (Parte II, cap. 1.6)".

Infine, per l'intervento specifico nel settore della prevenzione delle dipendenze, il Piano vigente contiene indicazioni rispetto a programmi rivolti agli adulti e dedica particolare attenzione alle famiglie. Si legge infatti che "verranno [tra l'altro] attuate le seguenti strategie:

- contrastare tutte le forme di dipendenza, sia da sostanze illegali che legali, ponendo una particolare attenzione ai soggetti giovani e fragili [...];
- offrire sostegno alle famiglie in senso preventivo ed educativo (Parte I, cap. 3.19)";

Inoltre, "verranno promosse le seguenti azioni:

- [...] studio ed attuazione di programmi di informazione e prevenzione destinati alla popolazione adulta impegnata in compiti educativi (famiglie ed insegnanti) (Parte I, cap. 3.19)";
- la **Legge regionale n. 34/2004 'Politiche regionali per i minori'** nella quale si sostiene l'intenzione di:
- a. "[...] sostenere le famiglie con minori, nell'assolvimento dei compiti educativi e di cura anche promuovendo la conciliazione dei tempi di lavoro con i tempi della famiglia;
 - b. sostenere le iniziative delle reti di solidarietà familiare, che aiutano la famiglia ad assumere efficacemente la pienezza delle proprie capacità educative, sociali e di accoglienza [...]"

Riferimenti scientifici

Di seguito si segnalano i principali riferimenti scientifici che approfondiscono questi temi.

- *Per la strategia educativo-promozionale rivolta ad adulti:*
- "gli interventi educativi rivolti ad adulti (insegnanti, genitori, educatori, operatori grezzi) sono finalizzati ad insegnare le competenze necessarie per sviluppare nei giovani con cui si relazionano (studenti, figli, gruppi informali, ecc.) le *skills* che si mostrano efficaci nel prevenire comportamenti a rischio relativi al consumo di sostanze stupefacenti [...]. Per quanto riguarda gli interventi rivolti a genitori, le fonti internazionali suggeriscono di concentrare gli interventi sullo sviluppo di capacità educative tali da rafforzare i fattori protettivi connessi alla relazione genitore-figlio: capacità assertive del genitore e di porre regole, capacità di comunicazione e ascolto empatico dei figli, sostegno nelle fasi di crescita e così via²⁷";

²⁷ Cap.2.10, p.70 - 71

- “dovrebbero essere incorporate nel programma [*life skills training*] quelle che vengono definite ‘variabili mediatrici’, cioè fattori che si connettono a cambiamenti nei comportamenti di consumo delle sostanze (come un atteggiamento contrario ad uso di sostanze, conoscenze connesse all’uso, correzione di giudizi erranei circa la normalità e l’accettabilità sull’uso di sostanze). Tali variabili si sono mostrate maggiormente efficaci nel produrre dei cambiamenti piuttosto che alcune variabili psicologiche come inizialmente ipotizzato (WHO, 2002). Secondo alcuni studi del CSAP, interventi educativi rivolti a genitori contribuiscono alla diminuzione del consumo di sostanze da parte dei figli e hanno una serie di effetti positivi collaterali (ad es.: maggiore coesione familiare) (CSAP 69, 1998)²⁷”.
- *Per la prevenzione selettiva e indicata con il target strategico:*
“In particolare sarebbe opportuno intervenire con progetti di tipo educativo su genitori in cui si rilevano fattori di rischio e modelli di comportamento che si intende prevenire nei figli degli stessi (ad es.: genitori che risiedono in quartieri con alta incidenza di nuovi utenti tossicodipendenti ai Ser.T., genitori che hanno avuto problemi di dipendenza da sostanze, famiglie con problemi di alcolismo, familiari di ragazzi a rischio di dispersione scolastica, genitori con problemi di tabagismo)²⁷”.
- *Per gli aspetti metodologici che rafforzano il ruolo genitoriale e la funzione normativa*
“Una metodologia di intervento utilizzata in taluni programmi consiste nello stimolare le capacità di supporto reciproco tra genitori (ad es.: i genitori comunicano con altri genitori della propria comunità e interagiscono su problematiche comuni nella logica dei gruppi di auto-aiuto o del sostegno a livello di vicinato)²⁷”.

Infine, vanno ricordate le conclusioni della Conferenza di Amburgo²⁸ (1997) nella quale è stata affermata l’importanza dell’alfabetizzazione multifunzionale degli Adulti ed è stata affidata alla collaborazione fra Servizi e Agenzie educative il compito di:

- promuovere gruppi di auto aiuto per famiglie non patologiche;
- promuovere iniziative formative per adulti che operano in contesti educativi rivolti a minori;
- promuovere momenti di collaborazione sulle scelte politiche e culturali per creare una ‘comunità educante’.

Fattibilità in Regione Lombardia

Il TTRP ritiene fondamentale coinvolgere e sostenere la famiglia nelle politiche di contrasto della diffusione delle droghe a livello regionale, in linea con quanto previsto dal vigente PSSR e all’interno del più ampio quadro delle politiche a sostegno della famiglia promosse dalla Regione Lombardia in questi anni.

A questo proposito, dal punto di vista tecnico/metodologico, è necessario che:

- sia favorito e migliorato **l’accesso ad attività formative ed educative ai genitori di preadolescenti e adolescenti** che più difficilmente sono coinvolti dal sistema scolastico o da altri tipi di servizi, trovando contesti e modalità adeguate di intervento (reti informali, altri contesti di riferimento degli adulti)²⁹;

²⁸ L’Unesco organizza periodicamente una Conferenza mondiale sul tema dell’educazione permanente degli adulti coinvolgendo gli stati membri. L’ultima, tenutasi ad Amburgo dal 14 al 18 luglio 1997 ha visto la partecipazione ufficiale di 135 paesi, tra cui l’Italia, ed ha portato alla stesura della “Dichiarazione finale della quinta conferenza internazionale sull’educazione degli adulti” che si articola in 26 punti nei quali è sancita l’importanza dell’educazione degli adulti come risultato di una consapevole appartenenza alla comunità e come condizione per un’attiva partecipazione sociale. La Dichiarazione impegna i Governi dei Paesi ad introdurre misure necessarie al perseguimento di questi obiettivi. La prossima Conferenza si terrà nel maggio del 2009 in Brasile.

²⁹ In tal senso sono attive esperienze specifiche nella ASL della Provincia di Como, di Lodi e di Varese. In passato sono state realizzate attività nella ASL della Provincia di Milano 3. Nella ASL della Provincia di Bergamo e nella ASL Vallecambonica-Sebino queste attività sono gestite da altri Servizi non afferenti al Dipartimento Dipendenze.

- sia **promosso lo sviluppo di programmi preventivi che tengano conto dei bisogni dei genitori e delle famiglie**, valorizzandone le caratteristiche peculiari a livello territoriale;
- siano **sviluppati e incentivati programmi preventivi che sappiano cogliere le peculiarità e i bisogni specifici delle famiglie straniere**³⁰, valorizzando, laddove possibile, il tessuto già esistente di relazione fra famiglie appartenenti alla medesima etnia o ceppo linguistico;
- sia prevista **l'implementazione a livello regionale** (con applicazione locale) **di programmi preventivi validati a livello internazionale** (ad esempio lo *strengthening families program*) che prevedono il coinvolgimento delle famiglie e delle reti locali.

Accanto a questo, il TTRP segnala l'opportunità di sviluppare interventi di **prevenzione selettiva e indicata**:

- mirati ai **genitori di adolescenti e preadolescenti** segnalati dall'istituzione scolastica, fermati dalle Forze dell'ordine per comportamenti antisociali, per atti di vandalismo ecc. e/o ai genitori dei **minorenni segnalati alla Prefettura per violazione dell' Art. 75 e dell'Art. 121 del DPR 309/90**³¹;
- finalizzati a sperimentare percorsi mirati a questi destinatari che vadano nella direzione del loro inserimento in **percorsi di socializzazione e/o di supporto a livello territoriale dell'associazionismo familiare già presente** (es. integrando l'intervento preventivo all'interno dei più ampi Progetti di Coesione sociale ecc.).

Infine, il TTRP ritiene utile prevedere un'attenta valutazione delle ricadute a livello locale della imminente Campagna Ministeriale 2007 contro la Droga, promossa dal Ministero della Solidarietà Sociale, che prevede una specifica attenzione alle richieste di supporto e aiuto da parte delle figure adulte e dei genitori, mettendo a loro disposizione una rete di Servizi di ascolto e di consulenza disseminati a livello provinciale.

Dal punto di vista organizzativo, il TTRP segnala la necessità di:

- favorire il rapporto tra i **Servizi Dipendenze e i Servizi e le Organizzazioni che hanno mandato o finalità di intervenire sulla famiglia e sui minori**;
- potenziare il **collegamento fra la rete degli interventi preventivi dell'area delle dipendenze con le azioni di educazione alla salute promosse dalla rete dei Consultori Familiari** pubblici e privati accreditati (anche mediante l'armonizzazione degli interventi all'interno della programmazione preventiva territoriale);
- potenziare il **collegamento fra la rete degli interventi preventivi dell'area delle dipendenze con i progetti finanziati dalla LR 23/99**. Nella definizione dei bandi e delle priorità date ai territori potrebbe essere opportuno porre attenzione all'aspetto preventivo dei progetti. La medesima attenzione andrebbe posta anche nel caso della legge 285/97 (disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza) e del Dlgs 286/98 (testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero).

³⁰ Fra le molteplici iniziative in questo senso già realizzate in Lombardia, è opportuno segnalare la formazione mirata per gli operatori dei Sert della ASL della Provincia di Mantova e la sperimentazione di programmi preventivi con sensibilità interculturale (Progetto PRASSI) da poco conclusasi nel territorio della ASL Città di Milano.

³¹ L'articolo 75 del DPR 309/90 "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" prevede sanzioni amministrative per chi, per uso personale, illecitamente importa, acquista o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope. Per sfruttare in un'ottica preventiva e/o di aggancio precoce le possibilità offerte dalla normativa in vigore, da diversi anni sono stati avviati moduli educativi pensati in modo mirato per accogliere e accompagnare i giovani segnalati (AASSLL della Provincia di Como, della Città di Milano, della Provincia di Milano 1, della Provincia di Milano 2, della Provincia di Milano 3, della Provincia di Sondrio, e della Provincia di Varese).

Capitolo 6

Migliorare la prevenzione nei diversi ordini di scuola

Possono essere messi a punto Programmi di Prevenzione per intervenire in età prescolare, indirizzandoli verso fattori di rischio per l'abuso delle droghe quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali, difficoltà scolastiche (Webster – Stratton 1998; Webster – Stratton et al. 2001).

Dovrebbero essere posti come obiettivo Programmi di prevenzione per i bambini della scuola elementare che perfezionino l'apprendimento scolastico e socio-emotivo, indirizzati verso fattori di rischio per abuso di droga quali: aggressività precoce, fallimenti scolastici e abbandono scolastico. L'educazione dovrebbe focalizzarsi sulle seguenti capacità (Ialongo et al. 2001; Conduct Problems Prevention Work Group 2002): autocontrollo, consapevolezza emotiva, comunicazione, soluzione di problemi sociali, supporto scolastico, specialmente nella lettura.

I Programmi di Prevenzione per studenti della scuola media e superiore dovrebbero aumentare le competenze scolastiche e sociali, per mezzo delle seguenti capacità (Botvin et al. 1995; Scheier et al. 1999): attitudine allo studio e supporto scolastico, comunicazione, relazioni con i pari, auto-efficacia e affermazione di sé, capacità di resistere all'uso di droghe, rafforzamento delle attitudini antidroga, potenziamento dell'impegno personale contro l'abuso di droga.

(NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders – Principi 6,7,8)

Questo capitolo pone un'attenzione specifica ai programmi di prevenzione indirizzati ai soggetti preadolescenti e adolescenti, considerando come maggiormente efficaci interventi basati sullo sviluppo delle *life skill*, all'interno del circuito scolastico, e sulla metodologia da adottare. In particolare è messa l'importanza di scegliere una metodologia che tenga conto : dei contenuti e delle specifiche abilità e competenze su cui progettare gli interventi in base alle diverse fasce d'età. Ciò implica una specifica attenzione alla formazione degli adulti (insegnanti e operatori) impegnati sul campo.

Coerenza con la normativa di settore

L'opportunità di migliorare la prevenzione nei diversi ordini di scuola trova conferma in:

- il **Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005-2008**: che si pone l'obiettivo di "migliorare l'accesso ai programmi di prevenzione nelle scuole e la loro efficacia, conformemente alle leggi nazionali (obiettivo n. 8)". Per perseguirlo, una delle azioni indicate è: "garantire che programmi globali di prevenzione efficaci e valutati, riguardanti sia le sostanze psicoattive legali che quelle illecite nonché la poliassunzione di droghe, siano inseriti nei programmi scolastici (azione n. 1);
- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** che, relativamente alla promozione di stili di vita sani sostiene: "[...] forte attenzione verrà posta al mondo scolastico e giovanile, nella convinzione che una seria educazione a comportamenti non a rischio per quanto riguarda soprattutto il fumo da sigaretta, l'abuso di alcool, di sostanze eccitanti, la corretta alimentazione, il corretto equilibrio per l'attività fisica e/o ludica possa avere risultati concreti e duraturi se rivolti a quella parte di popolazione che per le sue caratteristiche sociali e di età può meglio assimilare abitudini e comportamenti duraturi. La proposta di stili di vita sani nel mondo scolastico ha altresì il vantaggio d'interessare e coinvolgere nelle azioni il mondo degli insegnanti e dei genitori con i quali possono essere impostate azioni sinergiche e coerenti ai comuni obiettivi di salute [...]. Il metodo di lavoro per il raggiungimento dei predetti obiettivi, impone di allearsi con i genitori e il sistema della scuola perché solo se si punta sulle nuove generazioni si potrà avere una ragionevole certezza di non sprecare tempo e risorse e di ottenere risultati positivi nel tempo (Parte II, cap 1.1)";

- il **Piano nazionale Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari**³², promosso dal Ministero della Salute, che, nell'ambito delle sue attività (in collaborazione con il Piano per il ben...essere degli studenti) prevede:
 - “la presentazione **linee guida nazionali** congiunte rivolte agli operatori della scuola e della salute per:
 - prevenire l'obesità e i disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia);
 - prevenire i fenomeni di dipendenza (droghe, alcool, tabacco, farmaci, doping, internet) in collaborazione con il Ministero della Solidarietà Sociale
 - prevenire i disturbi psicologici;
 - l'intesa per rafforzare la **collaborazione attiva** fra Uffici Scolastici Provinciali e ASL su tutto il territorio nazionale valorizzando la rete dei referenti regionali e provinciali di educazione alla salute;
 - la costituzione di **task force** individuate congiuntamente con esperti di riferimento che, a livello territoriale e di singola istituzione scolastica, siano strutture di supporto per studenti, famiglie e docenti lavorando in collaborazione:
 - con i docenti referenti alla salute provinciali e regionali anche al fine di attivare degli sportelli di consulenza all'interno delle scuole di carattere interistituzionale rivolti a docenti, genitori e studenti che utilizzino metodologie innovative;
 - con gli osservatori regionali per la prevenzione e la lotta al bullismo e il numero verde nazionale previsti dalla direttiva del 5 febbraio 2007;
 - con le consulte provinciali degli studenti e la rete dei referenti provinciali; in collaborazione con la rete dei docenti referenti provinciali per le diverse aree del benessere;
 - con le associazioni nazionali dei genitori per contribuire al supporto di quanto sarà previsto nei patti di corresponsabilità tra scuola e famiglia previsti dalla direttiva del 12 febbraio 2007;
 - con le associazioni professionali e i sindacati di categoria per supportare nel modo più opportuno i docenti all'interno delle istituzioni scolastiche;
 - la realizzazione di un **percorso di formazione congiunta** per operatori della salute e docenti referenti alla salute su tematiche di interesse comune con contenuti differenziati per le diverse professionalità coinvolte)³³.
- il **Piano per il ben...essere dello studente 2007-2010**³⁴ promosso dal Ministero della Pubblica Istruzione³⁴. Attraverso il Piano è infatti assunto l'impegno di “[...] realizzare percorsi sperimentali, ricerche e programmi operativi per diffondere la cultura della salute, del benessere e migliorare la qualità della vita all'interno del sistema scolastico”. Tali obiettivi sono perseguibili “[...] favorendo l'utilizzo di una quota del curriculum opzionale per porre in essere, d'intesa con le ASL e gli altri soggetti competenti presenti sul territorio, strategie di prevenzione e lotta al disagio trasversali alle discipline curricolari”. In particolare, per quanto riguarda la lotta alle dipendenze si sostiene che “la scuola costituisce la sede privilegiata per interventi educativi che accrescano la capacità di promuovere e difendere la salute dei ragazzi, attraverso una stretta collaborazione con le famiglie e il territorio. Nel mondo della scuola gli interventi educativi a sostegno della salute comprendono [...] l'elaborazione degli strumenti necessari per assimilare quelle motivazioni che portano a preferire alcuni comportamenti piuttosto che altri. L'educazione alla salute quindi è, in questo senso, una delle componenti essenziali nell'accompagnamento alla crescita e allo sviluppo integrale della persona”.

³² http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf

³³ <http://www.benesserestudente.it/> (sito gestito dal Ministero dell'Istruzione)

³⁴ Dipartimento per l'Istruzione, Direzione Generale per lo Studente

Riferimenti scientifici

L'approccio educativo-promozionale basato sulle *life skill* è ampiamente trattato attraverso i principali riferimenti scientifici ripresi all'interno del Manuale "Per una Prevenzione efficace" (Leone, Celata, 2006):

"Le *life skill* possono essere definite come quelle abilità che mettono in grado un individuo di adottare strategie efficaci per affrontare i diversi problemi della vita quotidiana (WHO, 1993). Il loro insegnamento presuppone, in primo luogo, che tali abilità possano essere apprese attraverso la pratica e, in secondo luogo, che si riconosca ai destinatari il diritto/dovere di assumersi la responsabilità della propria salute.

I programmi di *life skill education* si basano sull'insegnamento di abilità generali legate ai temi della salute e del benessere e rappresentano un approccio volto ad accrescere il ruolo attivo degli individui nella promozione della salute e della prevenzione primaria oltre a favorire l'adozione di comportamenti per proteggere se stessi e per promuovere buone relazioni sociali. Le *life skill* infatti, agiscono su fattori generali che influenzano tutti i comportamenti che contribuiscono a favorire salute e benessere [...].

Gli interventi di *life skill education* hanno bisogno di essere svolti per lunghi periodi. Interventi della durata di alcune settimane possono avere effetti a breve termine solo sul benessere mentale. Interventi di lunghezza media, per esempio di alcuni mesi, possono iniziare a incidere sulle abilità e sull'intenzione a mettere in atto certi comportamenti.

Il modello indica che interventi mantenuti per lunghi periodi, come alcuni anni, possono determinare reali miglioramenti del benessere mentale e un'influenza più consistente sulle intenzioni ad adottare comportamenti sani. Solo in questi casi ci si può aspettare di avere un impatto duraturo e significativo sulla salute e sul comportamento sociale (WHO, 1996)." [...].

Poiché le *life skill* sono considerate competenze e comportamenti concreti, il loro insegnamento richiede di essere pratico e finalizzato a fornire ai destinatari nuove abilità oppure a sviluppare quelle già possedute. La natura pratica delle *life skill* si riflette nei metodi usati per trasmetterle che si basano su tecniche didattiche attive piuttosto che tradizionali.

I metodi usati per facilitarne l'apprendimento includono (WHO, 1994): partecipazione attiva, assunzione di responsabilità, *cooperative learning*, educazione tra pari, discussioni e lavori di gruppo, dibattiti, *brainstorming*, *role play*.

La scuola appare essere il luogo migliore di implementazione perché:

- gioca un ruolo importante nella socializzazione dei giovani;
- è frequentata da un numero elevato di bambini e adolescenti;
- è efficiente dal punto di vista economico (usa infrastrutture esistenti);
- ha in forza insegnanti con esperienza;
- gode di alta credibilità da parte dei genitori e dei membri della comunità;
- rende più facile la realizzazione di valutazioni a breve e a lungo termine [...].

Alcune ricerche che hanno valutato l'efficacia dei programmi di *life skill* realizzati all'interno di diverse scuole degli Stati Uniti (CSAP, 1996) hanno rilevato i fattori chiave, legati al successo di queste iniziative:

- insegnamento sia di abilità generali sia di abilità specifiche per la prevenzione di alcuni comportamenti;
- insegnamento di abilità chiave adeguate al livello di sviluppo dei destinatari;
- presenza di *peer leadership* per lavorare con gli adolescenti;
- presenza di legami chiari con le aree di insegnamento scolastiche;
- coinvolgimento attivo degli studenti
- presenza di materiale chiaro, aggiornato e di facile utilizzo;
- implementazione a lungo termine;
- inizio precoce (età prescolare), prima che si sviluppino atteggiamenti o abitudini dannosi per la salute;
- presenza di insegnanti debitamente formati³⁵.

³⁵ Cap. 1.6, p. 11-17

Il *Life skills training* [...] rappresenta uno dei modelli di intervento della prevenzione dell'uso di sostanze che negli ultimi venti anni ha ricevuto il maggior numero di validazioni con effetti positivi sia a breve (1 anno) che a lungo termine (3/7 anni) (Griffin et al., 2004).

Si tratta di un programma di sviluppo che si focalizza sulle capacità di resistenza all'uso di droghe all'interno di un modello più generale di incremento delle abilità personali e sociali. In particolare il LST agisce su diversi mediatori quali: la percezione delle norme la capacità di rifiuto della sostanza, l'assunzione del rischio, l'assertività, l'ansia sociale, la capacità di risolvere problemi e prendere decisioni (Botvin et al. 1992, 1995a, 1995b 1997; Botvin, 1999)³⁶.

Fattibilità in Regione Lombardia

È possibile migliorare la prevenzione nei diversi ordini di scuola a partire dalla notevole gamma di esperienze preventive che vedono da anni attivi, in tutti i territori della regione, gruppi di lavoro inter-istituzionali e multiprofessionali per la prevenzione e l'educazione alla salute. A questo proposito il TTRP ritiene utile che dal punto di vista tecnico/metodologico:

- sia **potenziata la funzione preventiva della scuola** sia valorizzandone la funzione educativa (anche attraverso l'attuazione di programmi formativi, a cura del settore scolastico, rivolti al proprio personale) sia **sviluppando programmi di intervento preventivo mirati e coerenti** con specifiche esigenze e caratteristiche;
- sia incentivata la **diffusione di interventi preventivi che operino a supporto (e non in sostituzione) della funzione docente nella prevenzione**;
- sia promosso un **ripensamento complessivo della funzione dei CIC**³⁷ (Centri di Informazione e Consulenza), sia partire dalle positive esperienze realizzate in Regione sia tenendo conto del progressivo svuotamento di questa importante risorsa preventiva. In questo senso si auspica che il CIC possa diventare fattivamente, oltre alla sua ormai affermata funzione (di taglio pressoché esclusivamente psicologico) di ascolto/orientamento e consulenza breve:
 - una **risorsa tecnica** (grazie al coinvolgimento di personale qualificato messo a disposizione dai Servizi territoriali) **a supporto della funzione docente** (mediante la consulenza, la formazione e l'accompagnamento dell'attività didattica all'interno della "normalità scolastica");
 - un **servizio di sostegno alla funzione genitoriale** sia attraverso consulenze "a richiesta" da parte delle famiglie interessate sia mediante la possibilità di interventi di prevenzione selettiva mirati a situazioni di disagio segnalate dalla scuola stessa (ad esempio realizzazione di programmi educativi/preventivi mirati rivolti a situazioni di minori in possesso o nell'atto di consumare droghe, anche a sostegno della Sperimentazione Regionale Prefettura)
- sia promossa la realizzazione – a partire dal 2008 – di **programmi straordinari di aggiornamento e di riqualificazione del personale impegnato nei servizi socio-educativi** (CAG, Educativa di strada, Doposcuola ecc.) e **socio-sanitari** in tema di corretta lettura degli attuali fenomeni di abuso e in tema di metodologie preventive *evidence based*.

Dal punto di vista organizzativo pare opportuno:

- formalizzare la collaborazione fra il settore socio-sanitario e quello scolastico mediante l'estensione del **'Protocollo di Intesa relativo alle attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole'** sottoscritto fra Direzione

³⁶ Cap. 1.6, p. 16

³⁷ L'articolo 106 del DPR 309/90, che li ha istituiti, recita infatti: I provveditori agli studi, di intesa con i consigli di istituto e con i servizi pubblici per l'assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti, istituiscono centri di informazione e consulenza rivolti agli studenti all'interno delle scuole secondarie superiori. I centri possono realizzare progetti di attività informativa e di consulenza concordati dagli organi collegiali della scuola con i servizi pubblici e con gli enti ausiliari presenti sul territorio. Le informazioni e le consulenze sono erogate nell'assoluto rispetto dell'anonimato di chi si rivolge al servizio.

Scolastica Regionale e DG Sanità della Regione Lombardia anche in vista dell'implementazione a livello regionale del Progetto del Ministero dell'Istruzione 'Liberi da tutte le droghe' nell'ambito del Piano per il Benessere dello Studente;

- **indirizzare tutte le ASL** a sottoscrivere **accordi locali di collaborazione** con i relativi Uffici Scolastici Provinciali³⁸ finalizzati, ad esempio, a³⁹:
 - “favorire la realizzazione all'interno delle istituzioni scolastiche di interventi di educazione alla salute e prevenzione, in particolare: educazione a stili di vita sani (igiene orale, alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), promozione della salute in adolescenza (affettività e sessualità), prevenzione del disagio giovanile (sostanze, HIV), educazione alla sicurezza (prevenzione degli incidenti domestici, stradali, sul lavoro);
 - definire linee guida orientative in cui siano indicati criteri di validazione delle proposte formative offerte alle scuole da soggetti non istituzionali;
 - collaborare nella realizzazione nei progetti educativi individuati di anno in anno da entrambe le parti come prioritari;
 - promuovere lo scambio di informazioni e di modalità di diffusione di proposte e materiali relativi ad iniziative territoriali nell'ambito dell'educazione alla salute;
 - prevedere processi e strumenti di valutazione delle iniziative realizzate in *partnership* per individuarne l'effettiva ricaduta sui comportamenti dei destinatari;
 - costituire un gruppo tecnico misto con compiti di progettazione, attuazione e coordinamento generale per la promozione sul territorio [...]”;
- perseguire la **realizzazione su tutto il territorio regionale di programmi di intervento che si ispirino a linee metodologiche e di contenuto omogenee**, declinati secondo le specificità dei diversi contesti locali;
- fornire formalmente a tutte le Direzioni ASL **indicazioni operative uniformi per quanto concerne la funzione dei CIC**;
- vincolare l'azione delle Aziende Sanitarie Locali e del Privato Sociale accreditato verso la **definizione di programmi di prevenzione pluriennali in collaborazione con l'istituzione scolastica**;
- vincolare l'erogazione di finanziamenti **all'utilizzo di metodologie di intervento di comprovata efficacia**;
- **stabilizzare e potenziare il coinvolgimento della DG Famiglia e Solidarietà Sociale nelle iniziative formative promosse da IREF⁴⁰**.

³⁸ Esperienze in tal senso sono già attive nelle AASSLL della Provincia di Brescia, Como, Lecco, Lodi, Milano 2 e Varese, nella ASL della Città di Milano e nella ASL Vallecmonica-Sebino

³⁹ Tratto dal Protocollo tra ASL Vallecmonica-Sebino e Ufficio Scolastico Provinciale (decreto n. 338 del 3.5.07)

⁴⁰ Ad esempio i Corsi di formazione regionale “formazione congiunta degli operatori scolastici e sanitari responsabili del coordinamento delle azioni di programmazione e sviluppo delle attività di educazione alla salute e promozione della salute”.

Capitolo 7

Accompagnare i momenti di transizione

I Programmi di Prevenzione rivolti alla popolazione generale, che si trova in punti chiave di transizione quale il passaggio alla scuola media, possono produrre effetti benefici, persino tra famiglie e figli ad alto rischio. Tali interventi non selezionano le popolazioni a rischio e quindi riducono le etichettature e promuovono il collegamento con la scuola e la comunità (Botvin et al. 1995; Dishion et al. 2002).
(NIDA, 2003, *Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders – Principio 9*)

Questo capitolo enfatizza l'approccio di comunità nello sviluppo dei programmi preventivi. Nello specifico, l'indicazione di lavorare con la popolazione generale in fase di transizione offre la possibilità di indirizzare l'intervento verso i preadolescenti e gli adolescenti sviluppando programmi che coinvolgano sia la scuola sia il territorio a cui essi sono ancora legati. Le strategie preventive basate sull'approccio di comunità, inoltre, permettono di rendere i programmi di prevenzione maggiormente efficaci e di raggiungere anche i destinatari più a rischio, senza etichettarli, isolarli ed emarginarli.

Coerenza con la normativa di settore

L'opportunità di accompagnare i momenti di transizione è collegata alla constatazione che la crescita evolutiva, che già di per sé prevede momenti di crisi e di vulnerabilità, è oggi maggiormente a rischio a causa delle condizioni socio-economiche e culturali dominanti, per cui occorre predisporre strategie e modalità di intervento specifiche. Ciò è ampiamente esposto in:

- il **Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005-2008** che recita: "[...] è parimenti necessario tener conto dei diversi livelli di rischio per la salute connessi alle differenti forme di consumo di stupefacenti (quali la poliassunzione) o a periodi della vita e situazioni particolari (quali la prima adolescenza, la gravidanza, la guida sotto l'effetto di stupefacenti) (strategia n. 24);
- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** nel quale è riportato quanto segue: "[...] sulla popolazione minorile influiscono non solo i mutamenti sociali culturali ed economici più generali, ma anche quelli più specifici dell'età adulta o della famiglia come ad esempio l'incremento costante del tasso di immigrazione, l'aumento del numero di separazioni, le difficoltà di sostentamento per le famiglie monoreddito. Conseguentemente, il territorio lombardo si caratterizza per una particolare presenza di emergenti problemi sul fronte del disagio minorile e più nello specifico di quello adolescenziale e preadolescenziale, che sfocia in forme di disadattamento più o meno conclamato o in disturbi psicologici più o meno gravi. Verranno attuate strategie che assicurino il diritto del minore a crescere ed essere educato nella famiglia, in sinergia con gli altri ambienti educativi e sociali a lui destinati in armonia con la legge regionale 34/04 e facilitare lo sviluppo armonico della personalità del minore ed il suo inserimento nella realtà sociale, economica ed istituzionale, promuovendo e definendo politiche integrate. Verranno perseguiti i seguenti obiettivi:
 - analizzare, monitorare ed interpretare i fenomeni inerenti alla realtà minorile, al fine di fornire alla Regione idonei strumenti per l'adozione delle scelte strategiche promuovendo politiche regionali intersettoriali sui minori [...]"

Inoltre, nell'ottica di favorire strategie sistemiche di intervento che si basino anche su una rilevazione dei bisogni dei minori, il Piano definisce le azioni conseguenti:

- "realizzazione dell'Osservatorio Regionale sui minori attraverso l'attivazione del Comitato di coordinamento interdirezionale, affinché i provvedimenti regionali che incidono sui minori siano frutto di politiche integrate;

- sperimentazione di interventi e servizi volti a promuovere l'inclusione del minore nella realtà sociale economica [...] (Parte I, cap. 3.15)".

Riferimenti scientifici

Di seguito sono riportati i principali riferimenti scientifici che approfondiscono questi temi:

- *Per le fasi di transizione:*

- "il tipo di prevenzione centrato sulle fasi della vita è diretto [...] a quelle persone che si trovano in quel momento in un periodo particolare della loro vita. Tali momenti, che possono comprendere il primo ingresso nella scuole, i cambiamenti di scuola [...] vengono considerati fasi della vita che ognuno – o perlomeno una vasta porzione della popolazione – attraversa e rappresentano i fattori di rischio che guidano la pianificazione di questo tipo di prevenzione, piuttosto che considerare i rischi associati a particolari individui (Orford, 1995, p. 210)";
- "le crisi evolutive sono quelle associate a transizioni da uno stadio di sviluppo ad un altro. Questa prospettiva è influenzata dalla concezione di Erikson (1963) che descrive lo sviluppo della persona nell'intero ciclo di vita. Erikson individua otto stadi di sviluppo ciascuno dei quali caratterizzato dalla presenza di specifici compiti, obiettivi e conflitti e dunque crisi potenziali. Fra le crisi evolutive possiamo includere l'ingresso nella scuola e nel mondo del lavoro. Dal punto di vista della teoria della crisi è importante sottolineare che le crisi evolutive sono generalmente prevedibili in anticipo. Ciò comporta che su queste crisi è possibile operare in modo anche preventivo (Francescato, Ghirelli, 1998, p.221)";
- "questa metodologia di intervento contiene una potenziale rilevanza in termini di prevenzione primaria. Alcune ricerche e osservazioni sono relative alla preparazione di studenti di varie fasce di età, che stanno per entrare in una nuova fase di studi; i programmi utilizzati hanno l'obiettivo di mirare alla preparazione sul piano delle informazioni e su quello delle emozioni – di eventi e crisi specifiche. Negli ultimi anni si è sperimentata la possibilità di offrire programmi per accrescere le capacità personali e di *problem-solving* (Francescato, Ghirelli, 1998, p.226)".

- *Per lo sviluppo di comunità:*

- "l'approccio di comunità pone, [...], l'attenzione alle determinanti ambientali del comportamento. Secondo questo punto di vista è possibile raggiungere gli obiettivi di prevenzione migliorando il contesto interpersonale e organizzativo di appartenenza di un individuo (Dalton, Elias, Wandersman, 2001). Tali contesti possono essere rappresentati sia da sistemi prossimi all'individuo quali la famiglia, la scuola o il luogo di lavoro sia più ampi quali il quartiere, la città o l'apparato politico e legislativo del proprio Paese. Il rischio di abusare di alcol, tabacco e altre droghe sembra aumentare in modo proporzionale al numero di fattori di rischio riscontrabili all'interno di una comunità quali, ad esempio: scarse capacità educative delle famiglie, deprivazioni economiche, alti tassi di delinquenza e disoccupazione del quartiere (Aguirre-Molina, Gorman, 1996). A livello più macroscopico, tra le caratteristiche ambientali che possono favorire i problemi legati al consumo di sostanze è possibile annoverare il facile reperimento di alcol e tabacco (prezzi bassi, disponibilità di messaggi pubblicitari, ecc). Questa complessa interazione tra fattori ambientali e individuali, nell'eziologia dei comportamenti di abuso, spiega l'importanza di andare oltre l'approccio educativo individuale e promuovere la partecipazione di tutta la comunità e delle sue istituzioni per risolvere questo problema. I progetti basati sull'approccio di comunità sono risultati essere tra più efficaci nella lotta al consumo di droga (Florin, Chavis, 1990; Dryfoos, 1993)⁴¹."
- "I progetti basati sull'approccio di comunità coinvolgono più sistemi e utilizzano diverse metodologie. Elementi imprescindibili dovrebbero essere, da una parte,

⁴¹ Cap. 1.9, p. 25

l'individuazione dei fattori che aumentano i rischi di uso/abuso di sostanze e, dall'altra, il coinvolgimento degli attori locali che potenzialmente possono giocare un ruolo importante nella riduzione di tali rischi e svolgere quindi una funzione preventiva; essi sono: i giovani, le famiglie, i media e le istituzioni del territorio quali, ad esempio, la scuola, la chiesa, le forze dell'ordine⁴²»

Fattibilità in Regione Lombardia

Per accompagnare i momenti di transizione è opportuno che in Regione Lombardia siano promossi **programmi preventivi** in corrispondenza dei seguenti “momenti di passaggio”:

- **fra la scuola primaria e quella secondaria di I grado** (per i preadolescenti), potenziando con attenzioni preventive i numerosi progetti di “accoglienza” già presenti in molti contesti scolastici;
- **fra la scuola secondaria di I grado e la scuola secondaria di II grado ovvero il mondo del lavoro**, accompagnando – anche attraverso uno specifico potenziamento in ottica preventiva delle politiche di aggregazione giovanile e/o di orientamento post obbligo – le fasi dell’inserimento degli adolescenti nei nuovi contesti scolastici (molto spesso fuori dai normali luoghi di vita fino ad allora frequentati e conosciuti) o nei luoghi di lavoro (in questo senso sono ipotizzabili programmi preventivi basati sull’ascolto e sulla consulenza finalizzata a supportare le problematiche relazionali connesse al nuovo ambiente, alle sue regole e ai suoi ritmi e al rapporto con figure di colleghi e superiori adulti);
- in occasione della **frequenza dell’ultimo anno dei percorsi scolastici professionali**, attraverso la realizzazione di interventi mirati a rinforzare le competenze dei soggetti in relazione ai nuovi compiti evolutivi che li aspettano con l’imminente inserimento nel mondo del lavoro e/o con l’esperienza stressogena della ricerca di una occupazione (e/o con i relativi fallimenti in questo). Accanto a questo possono essere ipotizzati percorsi di supporto mirato a tutti gli studenti che effettuano tirocini nelle aziende;
- in occasione della **frequenza dei corsi per ottenere il patentino** per la guida dei motocicli⁴³ **e/o la patente** in questo caso potranno essere orientati in ottica preventiva i già previsti progetti di educazione stradale realizzati in collaborazione da scuole, polizia locale e autoscuole (oltre che – più raramente – Servizi per le dipendenze);
- in **occasione dell’inserimento in Italia (e nel contesto scolastico/lavorativo) di soggetti preadolescenti e/o adolescenti provenienti, con i genitori, da Paesi stranieri**. In questi casi, oltre all’attenzione allo sviluppo di adeguate conoscenze linguistiche e culturali, potrebbe essere sviluppata un’attenzione specifica al tema dell’uso e dell’abuso di sostanze legali e illegali (concorde con il proprio bagaglio culturale di provenienza), rinforzando i fattori culturali protettivi spesso presenti.

Un’attenzione specifica, infine, dovrebbe essere garantita alla **popolazione preadolescente/adolescente in occasione delle fasi principali della maturazione sessuale** (menarca e spermarca). Questa fondamentale esperienza evolutiva si colloca sempre più precocemente nell’esistenza delle ragazze ed è dimostrata l’importanza, a fini preventivi, di coglierne ed accompagnarne i vissuti stressogeni/ansigeni che spesso ne derivano (Bellis, Downing, Ashton, 2006).

Per realizzare quanto sopra descritto è fondamentale che dal punto di vista organizzativo si realizzi un collegamento tra Dipartimenti Dipendenze delle ASL e gli Uffici di Piano per collaborare sulla programmazione di interventi e progetti da sviluppare nei territori di riferimento. A questo proposito sarebbe utile trovare modalità e strumenti per far dialogare tecnici e amministratori.

⁴² Cap. 1.9, p. 27

⁴³ In tal senso si vedano le esperienze delle AASSLL della Provincia di Brescia e della Provincia di Mantova

Capitolo 8

Potenziare la sinergia tra i progetti

*I Programmi di Prevenzione per la Comunità che **associano due o tre programmi efficaci, quali quelli basati sulla famiglia e sulla scuola**, possono essere più proficui di un singolo programma (Battistich et al. 1997).*

(NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders - Principio 10)

Questo capitolo mette in evidenza che è possibile potenziare gli effetti di un intervento agendo contemporaneamente/parallelamente su diversi soggetti in relazione tra loro e /o in differenti contesti. Ciò è particolarmente significativo quando ci si riferisce a preadolescenti/adolescenti perché rende evidente la possibilità di realizzare programmi preventivi nel contesto scolastico in sinergia con interventi rivolti alle famiglie e altri programmi educativi.

Coerenza con la normativa di settore

L'importanza di potenziare la sinergia tra i progetti è sostenuta da:

- il **Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005-2008** che invita a “sostenere l'attuazione e lo sviluppo di programmi comuni di prevenzione tra i servizi pubblici, le comunità scolastiche e le pertinenti ONG (obiettivo 8.2)”;
- il **Piano Socio-Sanitario nazionale 2006-2008** nel quale si riporta che “negli ultimi anni, il mondo istituzionale e quello scientifico hanno evidenziato come l'offerta di servizi per la prevenzione dei rischi e delle patologie, così come l'offerta per un'attiva promozione della salute dei cittadini, risultino maggiormente efficaci adottando un percorso metodologico che segue alcuni punti fondamentali [tra cui uno è quello di] progettare e porre in essere azioni di sistema, in cui le “reti sanitarie” operano in sinergia con le altre reti istituzionali, in cui i vari attori hanno ben chiari compiti propri, strumenti ed obiettivi da raggiungere (Cap. 3.4)”;
- Il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** secondo cui:
 - “ [...] tra le azioni strategiche da promuovere nel prossimo triennio, particolare attenzione deve essere rivolta all'implementazione di una nuova strategia di confronto e di ricerca di sinergie, che possa essere applicata a molti degli interventi previsti dal Piano sociosanitario regionale ed in particolare a quelli che sono in diretta relazione con il cittadino. In questo senso, si parla dell'attivazione di un ‘Tavolo del Terzo settore Sanitario’. Questa articolazione organizzativa, espressione forte di ‘sussidiarietà orizzontale’, consentirà interventi efficaci nei percorsi dell'accoglienza (accessibilità, tempi di attesa, ecc.) dei cittadini, oltre che nelle attività di “educazione” e “prevenzione” [...] [favorisce il coinvolgimento di tutti gli attori della società civile nel processo di progettazione e attuazione delle politiche di sviluppo sociale.] (Introduzione cap. 2.4 p. 14)”;
 - “il superamento di servizi settoriali e l'alternativa introduzione di servizi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni (Introduzione cap. 2.4 p. 14)”;
 - “[...] l'evoluzione della rete di intervento prevede una maggiore connessione tra i ‘nodi’, non solo dell'ambito socio-sanitario [...] (Parte I, cap.3.19)”;
 - “verranno promosse le seguenti azioni: attuazione della completa integrazione operativa tra servizi pubblici e Terzo settore all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze [...] (Parte I, cap.3.19)”;

- **la Legge regionale n. 34/2004 “Politiche regionali per i minori”** nella quale si riporta quanto segue:
 - Art. 3. Compiti della Regione
 - 1. La Regione, mediante i propri strumenti di programmazione:
 - a. promuove e definisce politiche intersettoriali per i minori;
 - b. favorisce la programmazione concertata e partecipata a livello zonale dei soggetti di cui all'art. 1, comma 3, e riconosce le forme di coordinamento territoriale dei servizi e degli interventi; [...]
 - Art. 5. Rete d'offerta sociale
 - 1. La rete d'offerta sociale destinata ai minori è costituita da:
 - a. attività educative, aggregative e ricreative che concorrono alla promozione del benessere dei minori; in particolare servizi ed interventi socio-educativi per la prima infanzia, servizi ed interventi ludico-ricreativi per infanzia e di aggregazione per adolescenti, servizi ed interventi per il sostegno delle funzioni genitoriali, ivi compresi gli interventi di accompagnamento allo studio e di prevenzione della dispersione scolastica, l'assistenza domiciliare ai minori, il sostegno all'integrazione sociale e scolastica dei minori disabili, i servizi socio educativi per disabili, nonché servizi a sostegno delle bambine e dei bambini e delle loro mamme recluse; [...]
 - Art. 6. Rete d'offerta socio sanitaria
 - 1. La rete d'offerta socio sanitaria rivolta al minore è costituita da: [...]
 - c. attività, servizi ed interventi volti a prevenire e disincentivare il consumo e l'uso di sostanze illecite, nonché l'abuso di sostanze lecite, anche attraverso la promozione e lo sviluppo delle reti sociali di prevenzione e sostegno. Sono attuate specifiche azioni finalizzate:
 - 1. alla conoscenza ed al monitoraggio delle sostanze psicoattive in circolazione, con particolare attenzione al fenomeno del policonsumo tra i soggetti più giovani;
 - 2. alla prevenzione attraverso interventi di carattere informativo e formativo;
 - 3. alla ricerca di modalità di contatto atte a favorire la presa in carico precoce;
 - 4. allo sviluppo di interventi coordinati, volti al recupero dei minori con problemi di dipendenza. [...]

Riferimenti scientifici

Qui di seguito si riportano i principali riferimenti scientifici che sostengono e approfondiscono questi temi:

- “l’approccio di comunità pone attenzione alle determinanti ambientali del comportamento. Secondo questo punto di vista è possibile raggiungere gli obiettivi di prevenzione migliorando il contesto interpersonale e organizzativo di appartenenza di un individuo (Dalton, Elias, Wandersman, 2001)⁴⁴”;
- “i progetti che si riferiscono a tale modello [sviluppo di comunità] sono caratterizzati da un approccio emancipatorio e prevedono, in un ottica sistemica, la partecipazione degli individui, delle diverse agenzie educative e delle istituzioni presenti nella comunità stessa (CSAP, 1998)⁴⁵”;
- “interventi educativi rivolti ai genitori contribuiscono alla diminuzione del consumo di sostanze da parte dei figli ed hanno una serie di effetti positivi collaterali (Cap 2, p. 71)”;
- “le *partnership* a livello di comunità possono essere efficaci nel suscitare i cambiamenti sia a livello di sistema che di comportamento dei singoli individui CSAP, 1998)⁴⁶”;

⁴⁴ Cap. 1.9, p. 25

⁴⁵ Cap. 2.2, p. 45

⁴⁶ Cap. 2.6.2, p. 71-78.

- “un ingrediente di successo è costituito dalla capacità di utilizzare *network* esistenti e legami tra le organizzazioni della comunità sia governative che non governative (WHO, 2002)⁴⁷”;
- “occorre curare la comunicazione tra diversi settori e dipartimenti che si occupano di prevenzione e promozione della salute, disagio, politiche per minori e giovani, ed assicurare una continuità degli interventi lungo il percorso di crescita del giovane e la coerenza degli interventi delle diverse agenzie educative⁴⁸”;
- “attivare *network* con il settore dell’educazione alla salute⁴⁹”.

Fattibilità in Regione Lombardia

É opportuno che in Regione Lombardia siano promossi programmi preventivi basati sull’approccio di comunità che utilizzino in modo sinergico metodologie di intervento efficaci con particolare riferimento alle famiglie del territorio e alla scuola.

Per fare questo appare necessario:

- orientare le scelte di programmazione e di coordinamento dei diversi livelli dell’azione preventiva in capo alla DG Famiglia e Solidarietà sociale, nella direzione di **individuare e conoscere approfonditamente i programmi preventivi di comprovata efficacia**. In questo senso pare urgente la realizzazione di una ricognizione a livello nazionale e internazionale dei programmi preventivi già adeguatamente valutati e sostenuti a livello metodologico, così da favorirne la conoscenza fra gli addetti ai lavori e la progressiva applicazione anche sul territorio lombardo;
- **accrescere il grado di conoscenza** in possesso delle diverse categorie di decisori locali, progettisti e operatori della prevenzione in merito:
 - alle **potenzialità preventive delle metodologie di intervento basate sull’approccio di comunità**;
 - alla necessità di **integrare e coordinare** – rendendole sinergiche a livello locale – **le diverse politiche educative – sociali – culturali socio-sanitarie** rivolte alla popolazione preadolescenziale e adolescenziale.

Con specifico riguardo alla popolazione preadolescente e adolescente, ciò significa:

- fare propria, ai diversi livelli programmatori e di intervento preventivo, un’**ottica sistemica** che permetta di ‘guardare’ sotto un’unica luce le attività già svolte nei diversi ambiti;
- **sviluppare a livello comunale e/o distrettuale la costruzione di ‘patti locali per la salute e la prevenzione’** che - in linea con scelte programmatiche generali condivise a livello di Zona e coerentemente inserite in più ampie strategie provinciali e regionali - coinvolga sinergicamente le diverse agenzie/opportunità/progetti con obiettivi educativi del territorio. In questo, un’attenzione particolare dovrà essere garantita allo sviluppo di interventi integrati che vedano coinvolti la scuola (valorizzandone gli obiettivi educativi e didattici), i Centri di Aggregazione Giovanile, gli Oratori, i progetti di Educativa di Strada, il NOT della Prefettura ed ogni altra risorsa eventualmente presente (per approfondimenti **LINK** al capitolo 9).

⁴⁷ Cap. 2.6.2, p. 78

⁴⁸ Cap. 6.2.6, p. 264

⁴⁹ Cap. 6.3.2, p. 271

Capitolo 9

Rendere coerenti messaggi e programmi

*I Programmi di Prevenzione per la Comunità che raggiungono popolazioni in **ambienti multipli** – per esempio le scuole, le associazioni, le organizzazioni religiose e i media – sono più efficaci quando presentano in ciascun ambiente **messaggi coerenti e aperti alla Comunità** (Chou et al. 1998).*

(NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders - Principio 11)

In questo capitolo si sottolinea l'importanza di curare la comunicazione, i messaggi e la loro coerenza all'interno dei programmi preventivi sviluppati da diverse agenzie e settori di intervento.

In questo modo gli obiettivi preventivi sono garantiti all'interno di una strategia che opera in modo sinergico e congruente attraverso le diverse agenzie educative e i singoli progetti, rendendo efficace l'azione della Comunità attraverso i suoi diversi membri.

Coerenza con la normativa di settore

L'importanza di rendere coerenti messaggi e programmi è sostenuta da:

- il **Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005-2008** che si prefigge di “sostenere l'attuazione e lo sviluppo di programmi di prevenzione comuni dei servizi pubblici, delle comunità scolastiche e delle pertinenti ONG (obiettivo 8.1)”;
- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** che nella sezione dedicata alle funzioni di comunicazione recita: “è compito della Regione elaborare una strategia di comunicazione integrata, attraverso un Piano annuale di Comunicazione sociosanitaria condiviso nelle sue linee guida generali dalle ASL, dalle AO e da tutti gli enti sanitari che svolgono il servizio pubblico. E' necessario che venga sviluppata un'immagine coordinata del sistema sociosanitario lombardo, promuovendo l'attività di cooperazione internazionale quale forte valore aggiunto del modello lombardo di *welfare* e salute, nonché valorizzando il territorio, le sue specificità e i diversi attori pubblici e privati che costituiscono il sistema stesso, anche attraverso partnership, collaborazioni, sponsorizzazioni, patrocini [...]. Devono essere realizzate campagne di comunicazione e informazione sociosanitarie efficaci e mirate ai diversi destinatari individuati a livello regionale e locale (famiglie, scuola, università, etc.), sia pianificando azioni sulla base delle politiche regionali, sia intervenendo autorevolmente e rapidamente con azioni mirate, anche presso il sistema dei mass media, in caso di comunicazione in stato di allarme o emergenza [...]. Al fine di conseguire obiettivi di educazione alla salute, agli stili di vita corretti ed alla prevenzione, particolare attenzione verrà prestata alla comunicazione nei confronti di alcuni destinatari specifici: le mamme, i bambini e gli adolescenti, gli insegnanti e tutte le agenzie a stretto contatto con i bambini e i giovani attraverso una comunicazione specifica e mirata negli ambienti maggiormente frequentati dagli stessi (Parte I, cap 1.17)”.

Inoltre nel capitolo dedicato alla promozione della salute dall'età evolutiva si legge: “Gli interventi di educazione alla salute vengono spesso erogati in modo parcellare e poco integrato. E' ipotizzabile invece una riorganizzazione del sistema di offerta in questo settore, valorizzando maggiormente lo sviluppo di progetti integrati, centrati sui bisogni dell'utente e non necessariamente sulle sole attività tradizionali dei Servizi. I punti qualificanti di questo processo di riorganizzazione dell'offerta possono essere così individuati:

- esigenza di pensare e condividere la progettazione secondo criteri di *Evidence Based Prevention*;

- forte coinvolgimento e stretta integrazione tra la componente Sanitaria e quella Socio Sanitaria;
- massimo coinvolgimento delle agenzie educative nella pianificazione e nella realizzazione degli interventi;
- ridefinizione delle azioni verso l'utente, riorientando gli interventi in particolare sulla famiglia, nonché valorizzando la figura materna come tradizionale educatore per gli stili di vita (Parte II cap.1.1)".

"La proposta di stili di vita sani nel mondo scolastico ha altresì il vantaggio d'interessare e coinvolgere nelle azioni il mondo degli insegnanti e dei genitori con i quali possono essere impostate azioni sinergiche e coerenti ai comuni obiettivi di salute;

- predisporre ed avviare di una campagna di comunicazione regionale per la promozione di corretti stili di vita;
- rendere omogenea l'offerta di iniziative di promozione di stili di vita sani nei diversi ambiti comunitari, con processi di progetti che superano la frammentarietà degli interventi;
- promuovere la creazione della rete per garantire il raccordo delle azioni tra l'impostazione di comunità e di intervento sul singolo individuo. [...].

[...] Le sinergie devono essere trovate a vari livelli del sistema: fra le istituzioni (Enti locali, scuola, agricoltura, ambiente..) e all'interno del mondo sanitario (medici generalisti, pediatri, ospedalieri..). [...] Tali obiettivi impongono di rivolgersi in modo prioritario al mondo della comunicazione, dal quale passa uno degli snodi più importanti del medio periodo per la programmazione sanitaria. Tale attività, deve essere intesa come azione capillare che possa incidere, partendo quindi dal mondo della formazione, su tutti coloro che hanno a che fare con le nuove generazioni, a partire dai genitori, dalla scuola, dalla rete degli oratori, dalle associazioni di volontariato, dalla rete dei medici delle cure primarie e dei medici specialisti in medicina dello sport (Parte II, cap.1.1)

- **Legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"** nella quale si legge quanto segue:

Art. 3. (*Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali*)

1. Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere.
2. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:
 - a. coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro;
 - b. concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

Art. 8. (*Funzioni delle regioni*)

1. Le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e sociosanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419.
2. Allo scopo di garantire il costante adeguamento alle esigenze delle comunità locali, le regioni programmano gli interventi sociali secondo le indicazioni di cui all'articolo 3, commi 2 e 5, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, promuovendo, nell'ambito

delle rispettive competenze, modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti, per dare luogo a forme di cooperazione. Le regioni provvedono altresì alla consultazione dei soggetti di cui agli articoli 1, commi 5 e 6, e 10 della presente legge. 3. Alle regioni, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta in particolare l'esercizio delle seguenti funzioni: [...] b) definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;

Art. 19. [...]

2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:
 - a. favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di autoaiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;

Art. 21. *(Sistema informativo dei servizi sociali)*

1. Lo Stato, le regioni, le province e i comuni istituiscono un sistema informativo dei servizi sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.

Art. 22. *(Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)*

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.
2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale: [...]
 - h. prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale.

Riferimenti scientifici

Di seguito sono riportati alcuni dei principali riferimenti scientifici che sostengono e approfondiscono questi temi:

- “relativamente alle strategie di intervento si suggerisce di privilegiare degli approcci di tipo sistemico. L'efficacia delle azioni di prevenzione aumenta quando esse sono inserite all'interno di un programma più ampio che prevede interventi su più aree (WHO, 2002, CSAP, 1998)⁵⁰”;
- “la prevenzione delle dipendenze si rivela essere un ambito specifico in termini di finalità e obiettivi dei programmi ma anche un porto comune tra agenzie educative, istituzioni e

⁵⁰ Cap. 6.3.2, p. 269

settori di *policy* [...] in termini di necessità di scambi e interconnessioni e di confronto metodologico sulle strategie di promozione ed educazione della salute⁵¹;

- “i Dipartimenti Prevenzione delle ASL e i Servizi o Dipartimenti Dipendenze, come pure in misura ridotta i Consultori familiari dell’area materno infantile, realizzano interventi che rientrano a pieno titolo tra le politiche per la prevenzione delle dipendenze. Essi realizzano attività di promozione ed educazione tra i cui obiettivi compaiono anche questioni connesse al “*misuse*”, al consumo problematico di diverse sostanze. La medicina scolastica realizza interventi di sensibilizzazione rivolti a insegnanti, medici dello sport e allenatori sui temi del doping o, più raramente, si promuovono campagne per un utilizzo responsabile dei farmaci da parte della popolazione e degli stessi medici prescrittori. Pur tuttavia sono rarissimi i momenti di confronto tra dipartimenti diversi delle ASL e sporadiche le soluzioni di integrazione e di coordinamento previste anche a livello di struttura organizzativa⁵¹;
- “la somma dei singoli progetti, sebbene ben condotti, non rappresenta una garanzia di un’efficace politica di prevenzione; i singoli interventi potrebbero essere ridondanti, erroneamente spostati solo su alcune misure, incoerenti tra loro, assenti in taluni territori o eccessivamente concentrati su determinati destinatari a scapito di altri⁵²;
- “Perché possa avere successo, una strategia di prevenzione deve vedere coinvolti una molteplicità di soggetti con culture di appartenenza, filosofie di intervento e approcci metodologici anche molto differenti tra loro. Servizi pubblici, enti locali, organizzazioni del privato sociale, volontariato, associazionismo, istituzioni scolastiche, associazioni di cittadini possono condividere obiettivi comuni a partire da una non scontata lettura condivisa dei fenomeni e dei modi per intervenire.
Promuovere un sistema integrato di servizi in questo settore, implica quindi di condurre a unità programmatica e gestionale interventi e politiche afferenti a settori diversi, mettendo insieme culture, risorse e fonti di finanziamento tradizionalmente considerate in modo autonomo e separato. In questa logica, “costruire strategie significa cercare di costruire tentativi consci di coordinamento tra gli attori, a partire dall’analisi del contesto decisionale. Significa capire: chi sono gli attori, quali sono le poste in gioco per ciascuno di essi e come interagiscono tra loro (Vecchi G., 2004)⁵³;
- “Una strategia vincente nell’area della prevenzione delle dipendenze deve coniugare visioni di ampio respiro (anche di livello internazionale) con azioni localizzate e mirate che vedano il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti presenti nella comunità, creando connessioni tra loro (“reti locali”) e con “il resto del mondo” (reti di reti, *network* ecc.), che pur salvaguardando le peculiarità dell’intervento preventivo in tema di droghe non rinuncino a perseguire sinergie e collaborazioni intersettoriali che ne valorizzino le potenzialità al di là dei confini del proprio settore di appartenenza organizzativa, professionale e territoriale [...]. Le indicazioni WHO in tema di promozione della salute e di prevenzione nella comunità locale indicano come necessaria l’elaborazione di una politica pubblica che coinvolga tutti i soggetti in grado di esercitare un controllo sui determinanti della salute. Questa strategia di investimenti nella salute richiede di sviluppare alleanze e sinergie tra il settore sanitario, gli enti locali e le altre organizzazioni che operano nella comunità⁵⁴”.

Fattibilità in Regione Lombardia

Per rendere coerenti messaggi e programmi è opportuno che, in Regione Lombardia, sia sviluppata una programmazione preventiva integrata che permetta di raggiungere la popolazione con messaggi coerenti nei propri diversi ambienti di vita. Per fare questo –

⁵¹ Cap. 6.2.1 p.249-250

⁵² Cap. 6.2.5, p.262

⁵³ Cap. 5.2, p. 215

⁵⁴ Cap. 5.2, p. 217

in uno sforzo che è al contempo strategico, metodologico e organizzativo - appare necessario:

- **definire con chiarezza i confini di mandato, ruolo e funzioni in capo ai diversi Attori** istituzionali e non (Enti locali, ASL, Privato sociale accreditato, ecc.) nella programmazione degli interventi di prevenzione delle dipendenze a livello locale, in modo da favorire la concretezza, l'efficacia e l'efficienza delle scelte programmatiche locali (anche in relazione al buon uso delle risorse finanziarie e umane impegnate), rendendo maggiormente evidente e vincolante l'integrazione fra la programmazione ASL del settore Dipendenze e quella di Zona;
- **potenziare a livello locale il ruolo dei tavoli di concertazione** (già previsti nel quadro di attuazione della Legge 328), nel settore dell'intervento preventivo, definendone con precisione obiettivi generali a livello regionale, modalità di composizione e mandato strategico. In questo modo potranno essere garantiti la loro partecipazione attiva e il confronto fra i diversi Attori coinvolgibili/coinvolti nella programmazione locale a garanzia della coerenza tecnica dei programmi preventivi progettati e della collaborazione operativa delle diverse agenzie impegnate nella loro attuazione;
- **individuare periodicamente** (a medio-lungo termine), **a livello regionale, i temi e le priorità dell' 'agenda preventiva' nel settore delle dipendenze**, riservando al contempo - nell'ambito della programmazione finanziaria regionale - adeguate risorse finanziarie "vincolate" al raggiungimento degli obiettivi individuati;
- favorire la realizzazione di programmi preventivi che, accanto all'intervento diretto sul *target* preadolescente/adolescente, prevedano di coinvolgere fattivamente, nelle diverse fasi della progettazione e della realizzazione delle azioni preventive, le figure di riferimento locale con funzioni e ruoli educativo e/o che fungono da modello educativo per i giovani del territorio. In particolare va posta attenzione a veicolare messaggi preventivi coerenti nei diversi contesti di intervento grazie anche alla partecipazione di questi soggetti (per approfondimenti **LINK** al capitolo 5).

A supporto di questa molteplicità di azioni programmatiche locali, e come una sorta di sfondo alle stesse, è auspicabile che siano sviluppate, a livello regionale, **adeguate azioni strategiche di sensibilizzazione** (NB non meramente informative) sui temi prioritari nell'agenda preventiva regionale. Un lavoro ben strutturato in questa direzione dovrebbe avere come obiettivo prioritario quello di dare visibilità alla complessità del fenomeno. Rendere questa caratteristica del fenomeno visibile e decodificabile dai diversi segmenti della popolazione permette, infatti, di rinforzare l'azione preventiva stessa, dandole migliori possibilità di successo, oltre che contribuire di per sé alla costruzione di un'immagine sociale del problema meglio aderente a quella in possesso dei soli addetti ai lavori.

Capitolo 10

Applicare localmente programmi basati sulla ricerca

Quando le comunità adattano i programmi affinché corrispondano ai loro bisogni, alle norme della comunità o alle differenti richieste culturali, dovrebbero mantenere elementi essenziali dell'intervento originale basato sulla ricerca (Spoth et al. 2002b) che includano:

- struttura (come è organizzato e costruito il programma);
- contenuto (le informazioni, le capacità e strategie del programma);
- definizione (come il programma è adattato, implementato e valutato).

(NIDA, 2003, *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders* - Principio 12)

I Programmi di Prevenzione basati sulla ricerca possono essere economicamente vantaggiosi. I recenti studi dimostrano, come anche quelli precedenti, che per ciascun dollaro investito nella prevenzione si può vedere un risparmio anche fino a \$ 10 nel trattamento per abuso di alcol o altre sostanze (Pentz 1998; Hawkins 1999; Aos et al. 2001; Spoth et al. 2002a).

(NIDA, 2003, *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders* - Principio 16)

Questo capitolo dà particolare enfasi alla ricerca di settore e all'opportunità di conciliare l'esigenza di riferirsi a programmi preventivi validati nella programmazione e nella progettazione delle azioni preventive territoriali. Essi pur declinati per rispondere alle specifiche esigenze del contesto, devono mantenere le peculiarità alla base della loro validazione.

Ciò implica per il progettista di considerare in maniera complementare:

- gli assunti teorici e metodologici alla base del programma validato;
- le caratteristiche socio-culturali dei destinatari e del contesto in cui si intende sviluppare il programma di prevenzione, attraverso la rilevazione e l'analisi di dati significativi.

Coerenza con la normativa di settore

L'importanza di applicare localmente programmi basati sulla ricerca è ribadita da:

- il **Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**, che rispetto all'utilizzo di pratiche e sistemi efficaci nel settore preventivo, riporta quanto segue: "negli ultimi anni, il mondo istituzionale e quello scientifico hanno evidenziato come l'offerta di servizi per la prevenzione dei rischi e delle patologie, così come l'offerta per una attiva promozione della salute dei cittadini, risultino maggiormente efficaci adottando un percorso metodologico che segue alcuni punti fondamentali:
 - effettuare una definizione dei bisogni, e tra questi la identificazione delle priorità, partendo da una analisi dei dati epidemiologici per quanto possibile partecipata e condivisa tra il 'sistema sanità', le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi ed il mondo della produzione;
 - progettare e porre in essere azioni di sistema, in cui le 'reti sanitarie' operano in sinergia con le altre reti istituzionali, in cui i vari attori hanno ben chiari compiti propri, strumenti ed obiettivi da raggiungere;
 - operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all'appropriatezza degli interventi ed alla valutazione di efficacia degli stessi (metodologia della *Evidence Based Prevention*);
 - utilizzare le normative come strumento necessario, ma non esaustivo, per il raggiungimento di obiettivi di salute, piuttosto che considerarle come finalità principale dell'azione istituzionale;
 - sviluppare, all'interno della progettazione, strategie per una comunicazione coerente ed efficace in quanto questa, nel campo della prevenzione dei rischi e promozione della salute, risulta strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi;
 - definire, fin dalla fase di progettazione, un sistema di verifica dei risultati (Cap. 3.4)".

Nel Piano è inoltre ribadito che “progressi evidenti sono stati effettuati nella direzione sopra indicata in tutte le aree di intervento della prevenzione; anche le normative e gli atti formali di riferimento tendono attualmente a privilegiare azioni di sistema per la realizzazione di processi che aiutino la crescita della ‘cultura della prevenzione’, piuttosto che la mera erogazione di singole prestazioni [...]. Dal documento approvato nella Conferenza delle Regioni e Province autonome, che recepisce le indicazioni del gruppo di lavoro misto per la semplificazione delle procedure relativamente alle autorizzazioni, certificazioni ed idoneità sanitarie, quale esempio di adozione anche a livello istituzionale del metodo della Evidence Based Prevention(EBP) (Cap. 3.4)”;

- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** che, in merito all’attività programmatica e progettuale basata su ricerche e evidenze di efficacia riporta quanto segue: “l’attività progettuale è lo strumento ordinario di attuazione delle politiche innovative in sanità e nel settore socio sanitario. Essa è caratterizzata da flessibilità, viene realizzata in un arco temporale predefinito e permette di sperimentare modelli innovativi che, una volta validati, possono trasformarsi in nuove modalità di erogazione dei servizi, moltiplicandosi sul territorio. In questo senso, l’attività progettuale costituisce un fondamentale strumento di programmazione. La Regione Lombardia, in un’ottica di sviluppo di sinergie fra enti sanitari, Università, Istituti di ricerca, industria e soggetti privati, cofinanzia e sostiene l’attività progettuale per la sua missione di pubblica utilità (Parte I, cap.1.3)”.

Inoltre, in merito al rilancio della prevenzione sulla base dell’evidenza scientifica ribadisce: “analisi puntuali e validate sulle diverse pratiche di prevenzione delle quali è in dubbio l’efficacia, devono essere condotte a livello regionale e di ASL, secondo i seguenti indirizzi operativi:

- per progetti di intervento specifici, si dovrà prevedere, a priori, una valutazione dei dati di evidenza disponibili e, a posteriori, la disponibilità di strumenti per la valutazione di efficacia: l’ipotesi si applica sia ai provvedimenti regionali di approvazione di progetti finalizzati, linee guida, finanziamenti per attività specifiche che dovranno essere accompagnati da una valutazione dei dati disponibili e da indicatori di efficacia [...];
- [...] vanno quindi privilegiati gli interventi e le azioni previsti e consolidati in specifici programmi e piani appositamente definiti, non sottovalutando comunque il ruolo e l’efficacia di norme previste a garanzia della salute collettiva[...];
- le risorse destinate alla prevenzione debbono dunque essere potenziate ed indirizzate prioritariamente al raggiungimento di obiettivi definiti, misurabili e soprattutto per i quali sia possibile verificarne l’efficacia (Parte I, cap.3.1)”.

Infine, relativamente allo specifico settore delle Dipendenze, il testo del Piano definisce come azione necessaria “stabilizzare, rafforzare il sistema di intervento ed evolvere verso una maggiore appropriatezza degli interventi (Parte I, cap. 3.19)”.

Riferimenti scientifici

Qui di seguito si riportano i principali riferimenti scientifici che sostengono e approfondiscono questi temi:

- “Per utilizzare adeguatamente le indicazioni che provengono da studi e ricerche occorre capire come trattare la questione della generalizzazione e definire l’ambito di applicazione e i confini entro cui determinate evidenze e indicazioni risultano valide⁵⁵”;
- “diversi studi sottolineano il fatto che chi si occupa di prevenzione dovrebbe conoscere molto bene le specifiche caratteristiche del contesto in cui si intende intervenire sia dal punto di vista dei consumi di sostanze stupefacenti (v. dati di prevalenza, età di inizio della sperimentazione delle sostanze stupefacenti, tipi di sostanze...), sia delle caratteristiche dei destinatari dei futuri progetti (Es: caratteristiche connesse al genere, all’età, all’etnia,

⁵⁵ Cap. 6.3.1, p.269-270

- alle tipologie e intensità dei consumi, alle culture di appartenenza) e saper adattare dei metodi appropriati per incidere sulle abitudini dei destinatari (WHO 2002; NIDA 2003)⁵⁶;
- gli approcci di prevenzione più efficaci sono quelli costruiti sui bisogni di ciascun *target* (WHO, 2002)⁶³;
 - l'Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce, ad esempio, di fare delle ricerche di "sfondo" per conoscere meglio il contesto in cui si vuole intervenire e le caratteristiche della popolazione *target* oppure di realizzare degli interventi "pilota" al fine conoscere in anticipo il grado di efficacia degli interventi (WHO, 2002)⁶³;
 - "se non si torna ciclicamente a rivedere i propri impianti teorici, e non si rivisitano le pratiche professionali sulla base delle evidenze d'efficacia (e non del mero e non significativo gradimento dei destinatari), esiste il rischio che il *know how* accumulato nel settore negli ultimi 15 anni vada disperso e si indebolisca la produzione culturale. Si auspica, inoltre, un maggior peso delle evidenze scientifiche in fase di programmazione e definizione di linee guida dei bandi e in fase di progettazione degli interventi. Nel settore emerge un desiderio di rigore metodologico: occorre assumersi il compito di scoraggiare e limitare gli interventi inefficaci e favorire la diffusione di linee guida e lezioni tratte dalle valutazioni⁵⁷;
 - "assieme a molti pregi, uno dei limiti, ampiamente riconosciuto, delle metavalutazioni sia a carattere qualitativo che quantitativo (quindi non solo le revisioni sistematiche), deriva proprio dal fatto che tendono a ignorare e occultare le specificità dei contesti socioeconomici e istituzionali, come pure dei *target* e delle modalità di implementazione entro cui determinati *outcome* dei programmi trovano spiegazione. Per tale ragione risulta difficile per i *policy maker*, o anche per un progettista, utilizzare le 'evidenze' ignorando ad esempio il fatto che gli Stati Uniti – Paese da cui provengono la maggiore parte degli studi valutativi - differiscono profondamente dall'Europa in termini di sistemi di valori e sistema normativo vigente sulle sostanze illegali. Occorre ritornare alle teorie ed alle ipotesi che sottendono l'azione, chiarire le proprie strategie di intervento essendo in grado di esplicitarle e verificare ciò che si ottiene in termini di vantaggi, risultati ed esiti per i beneficiari. Se analizziamo gli studi originali e le diverse metavalutazioni sotto questo profilo possiamo trarre ricchi insegnamenti come pure possiamo favorire l'emersione di tanti interrogativi su cui basare approfondimenti futuri⁵⁸.

Fattibilità in Regione Lombardia

Per attuare localmente i programmi basati sulla ricerca, con particolare riferimento al *target* preadolescenti e adolescenti, pare opportuno l'**avvio** di un complesso **processo di aggiornamento tecnico-scientifico-metodologico** delle risorse umane impegnate nel settore della prevenzione in Lombardia. In particolare è utile **diffondere conoscenze** in merito a:

- programmi di intervento validati e disponibili;
- vincoli e possibilità di implementazione dei programmi validati nei diversi contesti locali;
- possibili percorsi di miglioramento della qualità della prevenzione a partire dalla cura dei processi di valutazione e di validazione.

Operare in questa direzione significa, dal punto di vista tecnico-metodologico:

- **sviluppare conoscenze specifiche in merito ai modelli validati di intervento** nel campo della prevenzione rivolta a preadolescenti e adolescenti utilizzabili e/o adattabili nel contesto socio-culturale lombardo e locale;
- **realizzare una rassegna dei principali programmi preventivi validati** per quanto concerne i preadolescenti e gli adolescenti - reperibili mediante l'accesso alle fonti

⁵⁶ Cap. 6.3.2, p.268 - 270

⁵⁷ Cap. 6.2.6, p.264

⁵⁸ Cap. 6.3.1, p.266

scientifiche di settore a livello nazionale (es. ISS⁵⁹, CCM⁶⁰), europeo (es. EMCDDA⁶¹) e internazionale (es. WHO⁶²) - promuovendone - anche mediante specifici meccanismi di incentivazione - l'implementazione a livello locale;

- **ampliare la disponibilità e la conoscenza della letteratura scientifica** di riferimento in campo preventivo fra gli operatori del settore, incentivando l'accesso alle banche dati già disponibili (es. SBBL⁶³ in Regione Lombardia) e ampliando il numero delle riviste accessibili, con l'inclusione di pubblicazioni in campo psico-socio-educativo;
- promuovere e avviare **percorsi di aggiornamento professionale degli operatori della prevenzione nel settore delle dipendenze**, favorendo lo scambio di conoscenze anche a livello di diversi Paesi UE (ad es. realizzando periodici 'scambi culturali' fra gli operatori lombardi del settore e quelli di altre Regioni/Paesi europei);
- **avviare percorsi di ricerca-studio in materia preventiva che prevedano l'attivo coinvolgimento delle Università lombarde**, favorendo scambi reciproci teoria-prassi finalizzati al miglioramento dell'intervento territoriale;
- **incentivare la pubblicazione su riviste scientifiche nazionali e internazionali e/o all'interno di banche dati specializzate** (es. EDDRA⁶⁴) dei risultati ottenuti in Regione Lombardia nel campo della prevenzione delle dipendenze e dell'abuso di sostanze da parte dei diversi Attori del sistema di intervento.

Accanto a questo, dal punto di vista strategico e organizzativo, è necessario che:

- siano individuati **criteri vincolanti per l'allocazione delle risorse finanziarie e umane** (es. all'interno delle regole per l'utilizzo delle risorse FNPS) a favore dell'adozione locale dei soli programmi validati, prevedendo - accanto a questo - la destinazione di una quota finanziaria vincolata a livello regionale per la sperimentazione e/o la validazione di nuovi programmi;
- sia previsto **l'affidamento di specifiche funzioni di supporto tecnico-scientifico e di consulenza metodologica a una apposita struttura tecnica** che operi in stretto collegamento con la DG Famiglia e Solidarietà Sociale. In questo senso pare da recuperare e valorizzare l'esperienza (tecnica e organizzativa) sviluppata nell'ambito del Progetto Religo, ricostituendo i gruppi di lavoro integrati per la prevenzione a livello dei singoli Dipartimenti Dipendenze locali e mettendo a disposizione: coordinamento-supporto tecnico- accompagnamento e consulenza metodologica gestiti a livello regionale, promuovendo e migliorando attraverso la messa in comune e l'acquisizione di conoscenze, competenze e informazioni, l'implementazione di interventi efficaci mirati e metodi di valutazione rigorosi; garantendo collegamenti e collaborazioni con Enti (Pubblici, Universitari, ecc.) e Istituti che sviluppino ricerche e programmi a livello locale, regionale, nazionale e internazionale, favorendo la messa in rete e la partecipazione a programmi e progetti basati sulle evidenze scientifiche.

⁵⁹ Istituto Superiore di Sanità: organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale che svolge attività di ricerca, di sperimentazione, di controllo e di formazione per quanto riguarda la salute pubblica. <http://www.iss.it/>

⁶⁰ Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie: organismo di coordinamento tra il ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza e prevenzione. <http://www.ccm-network.it>

⁶¹ *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA): centro di informazione sulle droghe dell'Unione europea. Il suo ruolo consiste nella raccolta, analisi e divulgazione di informazioni obiettive e comparabili sulle droghe e le tossicodipendenze. <http://www.emcdda.europa.eu/>

⁶² Organizzazione Mondiale della Sanità: agenzia specializzata delle Nazioni Unite per la salute, fondata nel 1948. Ha l'obiettivo di permettere il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del livello più alto possibile di salute, definita condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia. <http://www.who.int>

⁶³ Sistema Bibliotecario Biomedico promosso dalla Regione Lombardia: biblioteca virtuale a disposizione dei soggetti pubblici e privati accreditati nel settore sanitario e sistema salute. <http://www.sbbl.it>

⁶⁴ EDDRA (*Exchange on Drug Demand Reduction Action Information System*): banca dati europea dei progetti nell'area delle dipendenze che raccoglie i progetti più interessanti realizzati negli stati membri. <http://eddra.emcdda.europa.eu/>

Capitolo 11

Favorire programmi a lungo termine e coinvolgere attivamente i destinatari

*I Programmi per la Prevenzione dovrebbero essere **a lungo termine, con interventi ripetuti** (per es.: programmi di richiamo) per rinforzare gli scopi preventivi originali.*

La ricerca mostra che i benefici ottenuti dai programmi di prevenzione per la scuola media diminuiscono in mancanza di programmi di follow-up nella scuola superiore (Scheier et al. 1999).

*I Programmi di Prevenzione dovrebbero includere **la formazione degli insegnanti sulle prassi per una buona gestione della classe**, come premiare comportamenti appropriati dello studente.*

Tali tecniche aiutano ad incoraggiare il comportamento positivo degli studenti, i risultati, le motivazioni scolastiche e il collegamento con la scuola (Ialongo et al. 2001).

I Programmi di Prevenzione sono molto efficaci quando impiegano tecniche interattive, quali i gruppi di discussione fra pari, nei quali i ragazzi interpretano i genitori in giochi di ruolo, che consentono un coinvolgimento attivo nell'apprendimento sull'abuso di droghe e rafforzano le capacità (Botvin et al. 1995).

(NIDA, 2003, Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders – Principi 13,14,15)

Questo capitolo pone l'accento sugli aspetti metodologici ritenuti fondamentali per l'efficacia dei programmi. In specifico si evidenzia che è necessario inserire i modelli di intervento all'interno di un programma che:

- sia definito con una prospettiva di medio-lungo periodo (es. più anni scolastici);
- siano abbandonati i progetti spot;
- ingaggi il sistema scolastico ed educativo come contesto in cui gli interventi preventivi siano parte della programmazione formativa ordinaria con il coinvolgimento, seppur a diverso titolo, dell'intero corpo docente, in modo da costituire una sorta di 'curriculum preventivo' che rinforzi gli interventi e la partecipazione di insegnanti e studenti;
- permetta di fornire agli insegnanti, in quanto figure principali di riferimento, le conoscenze e gli strumenti utili per agire in senso preventivo nella relazione educativa e formativa con i preadolescenti e gli adolescenti. Anche in questo senso è opportuno considerare la formazione un processo a lungo termine e al contempo come investimento che avrà effetti nel medio lungo periodo.

Coerenza con la normativa di settore

L'importanza di Favorire programmi a lungo termine e di coinvolgere attivamente i destinatari è ribadita da:

- il **Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005-2008**, che rispetto all'intervento nella scuola definisce la necessità di "migliorare l'accesso ai programmi di prevenzione nelle scuole e la loro efficacia, conformemente alle leggi nazionali [e di] garantire che programmi globali di prevenzione efficaci e valutati, riguardanti sia le sostanze psicoattive legali che quelle illecite nonché la poliassunzione di droghe, siano inseriti nei programmi scolastici oppure attuati nella più ampia misura possibile (obiettivo 8)";

il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** secondo cui "il potenziamento della programmazione delle attività di prevenzione appare lo strumento efficace con il quale guidare il processo di revisione degli interventi di prevenzione oggi erogati. Vanno quindi privilegiati gli interventi e le azioni previsti e consolidati in specifici programmi e piani appositamente definiti [...] (Parte I, cap.3.1)".

Sempre il PSSR, nello specifico della prevenzione delle dipendenze e del coinvolgimento degli adulti con compiti educativi, evidenzia che l'importanza di: [...] studio ed attuazione di

programmi di informazione e prevenzione destinati alla popolazione adulta impegnata in compiti educativi (famiglie ed insegnanti) (Parte I, cap.3.19)".

Riferimenti scientifici

Qui di seguito si riportano alcuni dei principali riferimenti scientifici che sostengono e approfondiscono questi temi:

- *per l'utilità di interventi a medio-lungo termine e sessioni di rinforzo:*
 - "gli interventi dovrebbero essere ripetuti e prevedere nel tempo delle sessioni di rinforzo (*booster session*) (WHO, 2002)⁶⁵;
 - Il numero di sessioni ritenute raccomandabili [nei progetti di carattere educativo-promozionali rivolti ai giovani] [...] non è mai inferiore a 5 seguite da una serie di sessioni di rinforzo di almeno 3-5 incontri (WHO, 2002)⁶⁶;
 - [Gli interventi di prevenzione] per essere efficaci devono essere collocati all'interno di una strategia a lungo termine (3-4 anni) e ripetuti nel tempo⁶⁶
 - Se l'intervento si rivolge ad insegnanti, il percorso formativo deve essere sufficientemente lungo (almeno un anno) (WHO, 2002)⁶⁷;
- *per i metodi maggiormente efficaci nell'attività preventiva:*
 - "lo sviluppo delle *skill* è efficace se introduce un metodo di insegnamento diverso delle materie e una rivisitazione del curriculum scolastico capace di accentuare gradualmente il senso e la pregnanza del programma all'interno del processo di crescita e di autonomia del soggetto⁶⁶;
 - "dal punto di vista della gestione degli interventi di prevenzione occorre privilegiare metodi attivi di apprendimento: è preferibile adottare delle metodologie di intervento diverse dalla lezione o dalla conferenza (WHO, 2002; CSAP, 1998)⁶⁵."

Fattibilità in Regione Lombardia

La piena attuazione, in Regione Lombardia, di quanto previsto in questo capitolo non può prescindere dalla lettura critica della situazione attuale:

- innanzitutto la quasi totale assenza di programmi preventivi di medio-lungo periodo rivolti ad adolescenti e preadolescenti. Anche laddove esistano progetti pluriennali, spesso questi si risolvono in "interventi ripetuti" ciclicamente e periodicamente nella loro forma standard (tutti gli anni in quelle scuole, con quelle classi), non accompagnando – se non in rari casi – il passaggio di classe in classe degli studenti e non ponendosi obiettivi strategici generali declinati in obiettivi specifici di fase per ogni singolo anno scolastico;
- la scarsa applicazione a livello territoriale di programmi validati (per approfondimenti **LINK** al capitolo 5);
- la difficoltosa e particolarmente frammentata interazione fra sistema-scolastico e sistema-servizi (a livello nazionale e/o regionale) nella condivisione della programmazione preventiva rivolta ad adolescenti e preadolescenti. Ciò fa sì che la collaborazione fra questi 'due mondi' sia più che altro lasciata alla semplice collaborazione operativa locale (spesso favorita più da rapporti 'personali' fra figure operative che non 'strutturali');
- la percepita precarietà dell'intervento preventivo all'interno del più ampio sistema di intervento socio-sanitario, che – anche quando si abbiano a disposizione strumenti di programmazione triennale (come nel caso del Piano di Zona) e/o risorse umane

⁶⁵ Cap. 6.3.2, p. 269

⁶⁶ Cap. 2.6.1, p. 67-68

⁶⁷ Cap. 2.6.2, p. 70

e finanziarie stabili (è il caso dell'intervento garantito dalla rete dei Servizi Accreditati) – lasciano alla prevenzione un ruolo *'optional'*;

- l'instabilità delle risorse (umane e finanziarie) conseguente alla non sempre ottimale gestione degli strumenti a disposizione (es. Piani di intervento triennale con affidamento in appalto del servizio erogativi annuale) o la loro discontinuità, in termini di "finanziamenti a singhiozzo" o di *turn over* del personale dedicato.

D'altro canto non vanno dimenticati i segnali di evoluzione verso programmi preventivi meglio programmati, progettati, organizzati e gestiti in diversi territori provinciali.

Tutto ciò fa ritenere che sia necessario, dal punto di vista metodologico e tecnico, muoversi nella direzione di:

- implementare a livello regionale **programmi di prevenzione validati** rivolti a preadolescenti e adolescenti in ambito scolastico (per approfondimenti [*LINK*](#) al capitolo 6);
- sostenere, con l'individuazione di **idonei meccanismi premianti** da parte della Struttura regionale, lo sviluppo a livello territoriale dei soli programmi preventivi che:
 - prevedano **interventi sviluppati nel medio-lungo periodo** in stretta collaborazione (es. mediante accordi di programma locali/regionali) fra sistema-scuola e sistema-servizi;
 - comprendano – contestualmente e/o in alternativa all'intervento diretto sul *target* preadolescenziale-adolescenziale – **percorsi di formazione e accompagnamento specificamente rivolti al personale docente (e non docente)** della scuola;
 - si articolino in fasi e su più anni scolastici, con obiettivi specifici declinati piuttosto che nella mera ripetizione di sessioni standard;
 - **prevedano l'utilizzo di metodologie attive** quale strumento che permette il miglior coinvolgimento dei diversi *target* dell'azione formativa (nel caso degli adulti) e preventiva (nei confronti del *target* finale), attraverso il coinvolgimento di operatori adeguatamente formati;
 - **prevedano momenti di formazione congiunta tra adulti significativi** (operatori del sociale, sportivi, operatori commerciali, *dj*, ecc.) **e giovani**, con modalità interattive, che permettano un reale confronto fra le diverse percezioni della realtà e delle tematiche ad essa connesse.

Perché tutto questo possa accadere, è necessario che contestualmente, a livello gestionale e organizzativo, la politica regionale sia orientata a:

- **incentivare in modo deciso piani di programmazione locale** (Piani di Zona e Piani Aziendali) **che perseguano fattivamente** (anche con l'utilizzo degli strumenti finanziari – es. bilancio pluriennale ecc. -) **il superamento della condizione di instabilità dell'intervento preventivo sia dal punto di vista delle risorse finanziarie** (ad es. con l'utilizzo della programmazione finanziaria pluriennale degli Enti locali) **sia dal punto di vista delle risorse umane** (es. incentivando nella formulazione dei contratti di appalto/di fornitura la riduzione del *turn over* degli operatori entro limiti molto circoscritti);
- **definire** (verificandone l'applicazione a livello locale) **idonei 'standard minimi' per gli interventi preventivi ammessi a finanziamento pubblico**;
- **prevedere adeguati programmi di aggiornamento tecnico-professionale** (anche mediante l'utilizzo delle possibilità offerte dall'aggiornamento obbligatorio) di tutte le figure del sistema a diverso titolo coinvolte (compreso il settore amministrativo).

Capitolo 12

Valutare i programmi preventivi e i piani territoriali di intervento

In questo capitolo si intende sottolineare l'importanza di valutare l'efficacia dei programmi preventivi al fine di misurare la ricaduta sui destinatari a breve e lungo termine e mettere in evidenza eventuali criticità da affrontare e correggere per perfezionare le successive applicazioni del programma.

La valutazione degli interventi rappresenta uno strumento fondamentale per garantire la qualità degli interventi e il servizio reso ai destinatari, ottimizzare le risorse economiche e professionali in campo, dare visibilità al lavoro svolto, progredire nella ricerca scientifica della prevenzione delle dipendenze.

La valutazione inoltre può guidare l'applicazione/declinazione locale di progetti validati in altri contesti (per approfondimenti **LINK** al capitolo 10).

La valutazione però non può essere limitata a un singolo progetto. È necessario attrezzarsi per realizzare un piano valutativo che tenga in considerazione tutte le azioni implementate nel territorio e rivolte ai specifici destinatari. I risultati ottenuti dipendono, infatti, da tutte le risorse presenti che insieme concorrono al miglioramento della qualità della vita.

Accanto alla valutazione di efficacia è di fondamentale importanza anche quella di processo in cui si mira a tenere sotto controllo la struttura organizzativa, le procedure, le risorse necessarie all'attuazione, ecc.

Coerenza con la normativa di settore

L'importanza di valutare i programmi preventivi e il piano generale della prevenzione è sostenuta da:

- la **Strategia dell'Unione Europea in materia di droga 2005-2012** secondo cui “[...] la valutazione dei programmi di cooperazione della CE e degli Stati membri dovrebbe inoltre comprendere, laddove opportuno, una valutazione dei progetti di lotta alla droga (strategia n. 30)”;
- il **Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga 2005-2008** secondo cui “[...] le azioni a livello UE devono presentare un evidente valore aggiunto ed i risultati devono essere realistici e quantificabili (introduzione)”. Si ribadisce inoltre che “occorrerà ampliare l'accesso ai programmi finalizzati alla riduzione della domanda di droga, migliorarne la portata, la qualità e la valutazione e garantire un'adeguata diffusione delle prassi ritenute ottimali (azione correlata all'obiettivo n. 7);
- il **Piano Sanitario Nazionale 2007-2009**, che ribadisce l'importanza di “[...] operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all'appropriatezza degli interventi ed alla valutazione di efficacia degli stessi (metodologia della *Evidence Based Prevention*) [e...] definire, fin dalla fase di progettazione, un sistema di verifica dei risultati (Parte I, Cap. 1.9)”.
- il **Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009** secondo cui “[...] l'attività progettuale è lo strumento ordinario di attuazione delle politiche innovative in sanità e nel settore socio sanitario. Essa è caratterizzata da flessibilità, viene realizzata in un arco temporale predefinito e permette di sperimentare modelli innovativi che, una volta validati, possono trasformarsi in nuove modalità di erogazione dei servizi, moltiplicandosi sul territorio [...]. (Parte I, cap.1.3,)”. A questo fine si ritiene necessario “[...] prevedere, a priori, una valutazione dei dati di evidenza disponibili e, a posteriori, la disponibilità di strumenti per la valutazione di efficacia [...]. [Gli interventi] dovranno [quindi] essere accompagnati da una valutazione dei dati disponibili e da indicatori di efficacia [...]. [Inoltre] le risorse destinate alla prevenzione debbono [...] essere potenziate ed indirizzate prioritariamente al raggiungimento di obiettivi definiti, misurabili e soprattutto per i quali sia possibile verificarne l'efficacia (Parte I cap.3.1)”.

Riferimenti scientifici

Qui di seguito si riportano i principali riferimenti scientifici che sostengono e approfondiscono questi temi:

- “il quesito di valutazione si sposta da ‘I programmi funzionano?’ a ‘Cosa funziona, per chi e in quali circostanze’. Ne consegue un diverso modo di concepire anche la generalizzazione il cui obiettivo non è più la replicabilità su ampia scala dei risultati dei programmi in contesti eterogenei ma lo sviluppo di teorie trasferibili: questa teoria del programma funziona a queste condizioni, per questi soggetti e in queste circostanze» (Leone, 2005). [...] l’idea da cui siamo partiti è che una prevenzione basata sulle evidenze (EBP) non dovrebbe negare il ruolo dei modelli teorici di riferimento sottostanti gli interventi, bensì partire da questi in un circuito virtuoso e di reciproco stimolo (intervento-ipotesi-verifica del modello-rifinitura delle ipotesi-nuovo intervento, ecc.); la valutazione dovrebbe riconoscere maggiormente il ruolo delle teorie alla base dei cambiamenti individuali e sociali auspicati nei programmi. Questa è in breve la filosofia di fondo della theory driven evaluation e del movimento noto come Evidence Based Policy (Nutley et Al. 2001, 2002). [...] La valutazione realista (Pawson, Tilley 1997, Pawson 2002) si inserisce nel filone della valutazione orientata alla teoria ma allo stesso tempo si discosta da quest’ultima in quanto mette al centro dell’analisi dei programmi non la teoria ad essi sottostante - “perché il programma dovrebbe funzionare” - bensì la teoria del cambiamento auspicato, ovvero quali meccanismi si prevede che il programma inneschi, in quali persone e con quali risultati⁶⁸;
- “il singolo progetto di prevenzione non può essere valutato e compreso come fosse una monade ma occorre inserirlo all’interno del processo che ha dato origine all’intervento in quel determinato territorio considerando un arco temporale tale da comprendere cosa è stato realizzato nei 2-3 anni precedenti e cosa è stato previsto per gli anni successivi. Questa è una delle ragioni per cui la valutazione di singoli progetti può rispondere solo in modo limitato a quesiti valutativi del tipo: ‘Il progetto è efficace, riduce cioè la probabilità che i minori consumino determinate sostanze o la frequenza dei consumi? [...]’. Per giudicare l’efficacia di un intervento di prevenzione dobbiamo sviluppare disegni di valutazione a livello di Distretto o di ASL [...] ed attivare risorse umane ed economiche adeguate. Se abbiamo un progetto di dimensioni ridotte è preferibile limitarsi al giudizio relativo alla rilevanza dell’intervento, alla coerenza logica dell’impianto di implementazione, al risultato in termini di produttività e capacità di indirizzare le risorse ad un *target* congruo e coerente con quanto previsto, ed a un utilizzo pertinente e corretto degli approcci di prevenzione e delle raccomandazioni relative ad evidenze di efficacia offerte dalla letteratura⁶⁹;
- “se non si torna ciclicamente a rivedere i propri impianti teorici, e non si rivisitano le pratiche professionali sulla base delle evidenze d’efficacia (e non del mero e non significativo gradimento dei destinatari), esiste il rischio che il *know how* accumulato nel settore negli ultimi 15 anni vada disperso e si indebolisca la produzione culturale. [...] Nel settore emerge un desiderio di rigore metodologico: occorre assumersi il compito di scoraggiare e limitare gli interventi inefficaci e favorire la diffusione di linee guida e lezioni tratte dalle valutazioni⁷⁰;
- “assieme a molti pregi, uno dei limiti, ampiamente riconosciuto, delle metavalutazioni sia a carattere qualitativo che quantitativo (quindi non solo le revisioni sistematiche), deriva proprio dal fatto che tendono a ignorare e occultare le specificità dei contesti socioeconomici e istituzionali, come pure dei *target* e delle modalità di implementazione [...]. Per tale ragione risulta difficile per i *policy maker*, o anche per un progettista, utilizzare le ‘evidenze’ ignorando ad esempio il fatto che gli Stati Uniti – Paese da cui provengono la maggiore parte degli studi valutativi - differiscono profondamente

⁶⁸ Cap. 2.2, p. 38

⁶⁹ Cap. 6.2.5 p. 260

⁷⁰ Cap. 6.2.6, p.264

dall'Europa [...]. Occorre ritornare alle teorie ed alle ipotesi che sottendono l'azione, chiarire le proprie strategie di intervento essendo in grado di esplicitarle e verificare ciò che si ottiene in termini di vantaggi, risultati ed esiti per i beneficiari⁷¹”.

- Anche nel *PERK (Prevention and Evaluation Resource Kit)*, già citato nel capitolo 3, il sesto *step* è interamente dedicato alla valutazione dei risultati. In questa sezione si legge quanto segue: “[...] consiste nel determinare se un intervento ha avuto successo. E’ anche la parte più interessante di un progetto benché sia la più difficile da realizzare [...]. Prima di tutto, occorre evitare l’errore [...] di definire gli obiettivi e gli indicatori di risultato troppo tardi, quando il progetto è già iniziato o addirittura quando è prossimo alla chiusura. Il termine ‘valutazione d’efficacia’ indica il tipo di dati che devono essere raccolti – informazioni sui cambiamenti avvenuti nel gruppo *target* (intermedio o finale); [...]. Così la valutazione d’efficacia deve essere idealmente preparata nella fase di progettazione di un intervento. Se è richiesto un disegno di valutazione pre-post, è generalmente necessario raccogliere dati relativi a diversi indicatori di base (*baseline*) prima che l’intervento cominci. [...]”

Una discussione più approfondita sulla valutazione può essere trovata nel manuale per la corretta applicazione delle linee guida sulla valutazione “*Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators*” di cui esiste anche una versione in lingua italiana⁷².

Fattibilità in Regione Lombardia

Per valutare i programmi preventivi e i piani territoriali di intervento e migliorare così la qualità degli interventi in Lombardia è necessario, in primo luogo, superare l’idea della valutazione come “giudizio” e aiutare i diversi attori coinvolti a cogliere il valore aggiunto che questa metodologia può offrire.

Dal punto di vista tecnico/metodologico è cruciale:

- **includere** gli aspetti connessi con la **valutazione fin dalle fasi di avvio** della progettazione;
- **individuare indicatori misurabili e adeguati** rispetto agli obiettivi dell’intervento preventivo e del contesto in cui viene implementato;
- scegliere strumenti di rilevazione riconosciuti.

Ciò può avvenire più facilmente se dal punto di vista organizzativo si garantisce:

- la programmazione di **momenti di formazione degli operatori rispetto al tema della valutazione**. Tale formazione dovrebbe essere a lungo termine, con la possibilità di sperimentare praticamente gli apprendimenti teorici;
- la **destinazione di fondi adeguati e differenziati** per il monitoraggio (o valutazione di processo) e per la valutazione di efficacia;
- il **collegamento con strutture universitarie** che possano esercitare il ruolo di supervisione nell’applicazione delle tecniche valutative, nella predisposizione degli strumenti di rilevazione, nell’analisi e nell’interpretazione dei dati, nella revisione degli interventi e nell’aggiornamento continuo.

⁷¹ Cap. 6.3.1, p. 266

⁷² <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1738>

Hanno partecipato alla stesura del testo

Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione

Umberto Fazzone	DG Famiglia e Solidarietà Sociale Regione Lombardia
Carla Dotti	DG Famiglia e Solidarietà Sociale Regione Lombardia
Marco Tosi	DG Famiglia e Solidarietà Sociale Regione Lombardia
Luca Biffi	ASL della Provincia di Bergamo
Margherita Marella	ASL della Provincia di Brescia
Walter De Agostini	ASL della Provincia di Como
Leone Armando Lisè	ASL della Provincia di Cremona
Carlo Pellegrini	ASL della Provincia di Lecco
Celeste Zaghenò	ASL della Provincia di Lodi
Valter Druetta	ASL della Provincia di Mantova
Corrado Celata	ASL della Città di Milano
Paola Duregon	ASL della Provincia di Milano 1
Alessandra Meconi/Elena Bertolini	ASL della Provincia di Milano 2
Ornella Perego	ASL della Provincia di Milano 3
Elisabetta Mauri	ASL della Provincia di Pavia
Marina Salada	ASL Vallecamonica - Sebino
Valentina Salinetti	ASL della Provincia di Sondrio
Manuel Benedusi	ASL della Provincia di Varese
Vincenzo Cristiano	Coordinamento Enti Ausiliari Lombardia
Simone Feder	Progetto 'Progettare con qualità e valutare l'efficacia'

Gruppo Ristretto

Luca Biffi	ASL della Provincia di Bergamo
Margherita Marella	ASL della Provincia di Brescia
Valter Druetta	ASL della Provincia di Mantova
Corrado Celata	ASL della Città di Milano
Paola Duregon	ASL della Provincia di Milano 1
Marina Salada	ASL Vallecamonica - Sebino
Vincenzo Cristiano	Coordinamento Enti Ausiliari Lombardia

Staff di Coordinamento

Corrado Celata	ASL della Città di Milano
Cristina Bero	ASL della Città di Milano
Giusi Gelmi	ASL della Città di Milano
Marika Lavatelli	ASL della Città di Milano
Valentina Negri	ASL della Città di Milano
Olga Picozzi	ASL della Città di Milano

Bibliografia

- Aguirre-Molina M, Gorman DM, 1996, *Community based approaches for the prevention of alcohol, tobacco and other drug use*, Annual review of public health, vol 17, 337-358.
- Aos S, Phipps P, Barnoski R, Lieb R, 2001, *The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime*, Vol. 4 (1-05-1201).
- Ashery RS, Robertson EB, Kumpfer KL, 1998, *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*, NIDA Research Monograph No. 177, Washington DC, U.S Government Printing Office.
- ASL della Provincia di Varese, 2006, Indicazioni di sintesi e metodologiche a supporto della programmazione delle azioni previste nei piani di zona Sezione: "Interventi per la lotta alla droga"(D.P.R. 309/90).
- Baraldi C, Rossi E, 2001, *Le politiche preventive*, in Fazzi L, Scaglia A, 2001, *Politiche sociali e tossicodipendenza in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- Battistich V, Solomon D, Watson M, Schaps E, 1997, *Caring school communities. Educational Psychologist*, Vol 32 (3), 137–151.
- Bauman KE, FosheeVA, Ennett ST, Pemberton M, Hicks KA, King TS, Koch GG, 2001, *The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol*, American Journal of Public Health, Vol 91 (4), 604–610.
- Beauvais F, Chavez E, Oetting E, Deffenbacher J, Cornell G, 1996, *Drug use, violence, and victimization among White American, Mexican American and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing*, Journal of Counseling Psychology, Vol 43, 292–299.
- Bellis M, Downing J, Ashton JR, 2006, *Adults at 12? Trends in pubertà and their public health consequences*, Journal of Epidemiology and Community Health, vol 60, 910-911
- Botvin GJ, Botvin EM, 1992, *Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues*, Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, Vol. 13, 290–301.
- Botvin GJ, Cardwell J, 1992, *Primary prevention (smoking) of cancer in black populations*, Grant contract number N01-CN-6508, Final Report to National Cancer Institute (NCI). Ithaca, NY: Cornell University Medical College.
- Botvin GJ, Dusenbury L, Baker E, James-Ortiz S, Botvin, EM, Kerner J, 1992, *Smoking prevention among urban minority youth: Assessing effects on outcome and mediating variables*, Health Psychology, 11, 290–299.
- Botvin GJ, Baker E, Dusenbury LD, Botvin EM, Diaz T, 1995a, *Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial*, Journal of American Medical Association, Vol.273, 1106-1112.
- Botvin, GJ, Schinke, SP, Epstein JA, Diaz T, Botvin, EM, 1995b, *Effectiveness of culturally focused and generic skills training approaches to alcohol and drug abuse prevention among minority adolescents: Two-year follow-up results*, Psychology of Addictive Behaviors, Vol. 9 (3), 183-194.
- Botvin GJ, Epstein JA, Baker E, Diaz T, Ifill-Williams M, 1997, *School-based drug abuse prevention with inner-city minority youth*, Journal of Child and Adolescent Substance abuse, Vol. 6, 5–20.
- Brounstein PJ, Zweig JM, Gardner SE, 1998, *Science – based practices*, Center for Substance Abuse Prevention, <http://prevention.samhsa.gov>
- Burkhart G, 2003, *Report on selective prevention in the European union and Norway, selective*

prevention: first overview on the european situation, European Monitoring Centre for drugs and drugs addiction.

Canning U, Millward L, Raj T, Warm D, 2004, *Drugs use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.

Caso L, De Gregorio E, De Leo G, 2003, *Rischio, resilienza e devianza: quali connessioni teoriche ed empiriche?* Rassegna Italiana di Criminologia, Vol. 14 (2), 281-297.

Center for Substance Abuse Prevention, 1996, *A review of alternative activities and alternatives programs in youth-oriented prevention*, (CSAP Technical Report 13).

Chavis DM, DePietro G, Martini ER, 1994, *Prevenzione del disagio e sviluppo di comunità: concetti di base e strategie operative*, Animazione sociale, vol 24 (4), 9-20.

Chou C, Montgomery S, Pentz M, Rohrbach L, Johnson C, Flay B, Mackinnon D, 1998, *Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents*, American Journal of Public Health, Vol. 88, 944-948.

Cloninger SC, 2005, *Theories of Personality: Understanding Persons*, Prentice Hall

Conduct Problems Prevention Research Group, 2002, *The implementation of the Fast Track Program: An example of a large-scale prevention science efficacy trial*, Journal of Abnormal Child Psychology, Vol. 30 (1), 1-17.

Dalton JH, Elias I, Wandersman A, 2001, *Community Psychology: linking individuals and communities*, Wadsworth/Thomson Learning, USA.

De Santi A, Casella P, Penna L, 2004, *Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole*, 04/22, Parte 1; ISSN 1123-3117 <http://www.iss.it>

Dishion T, Kavanagh K, Schneiger AKJ, Nelson S, Kaufman N, 2002, *Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school*, Prevention Science, Vol 3 (3), 191-202.

Dryfoos JG, 1993, *Preventing substance abuse: rethinking strategies*, American Journal of Public Health, vol 83, 793-95.

Erikson EH, 1963, *Childhood and society*, New York.

European Drug Addiction Prevention, *Results of the evaluation of a school-based program for the prevention of substance use among adolescents*, Report n.2, Piedmont Centre for Drug Addiction Epidemiology, OED, Italy. Disponibile su: <http://www.eudap.net/PDF/FinalReport2.pdf>

Florin P, Chavis D.M., 1990, *Community development and substance abuse prevention*, Prevention Office, Bureau of Drug Abuse Services, Department of Health, County of Santa Clara, May 112, San Jose, CA.

Francescato D, Ghirelli G, 1998, *Fondamenti di psicologia di comunità*, Carrocci, Firenze.

Gerra G, 1998, *Tossicodipendenza e alcolismo, un approccio clinico pratico*, Mediserve, Milano.

Gerstein DR, Green LW, 1993, *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?*, National Academy Press Washington, DC.

Griffin KW, Botvin GJ, Nichols TR, 2004, *Long-Term Follow-Up Effects of a School-Based Drug Abuse Prevention Program on Adolescent Risky Driving*, Prevention Science, Vol.5, 207-212.

Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG, 1999, *Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood*, Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, Vol 153, 226-234.

Hawkins JD, Catalano RF; Arthur M, 2002, *Promoting science-based prevention in communities*. Addictive Behaviors, Vol 90 (5), 1-26.

Hawks D, Scott K, Mc Bride N, Jones P, Stockwell T, 2002, *Prevention of psychoactive substance use- a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization.

Ialongo N, Poduska J, Werthamer L, Kellam S, 2001, *The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence*, Journal of Emotional and Behavioral Disorders, Vol. 9, 146–160.

Ialongo N, Werthamer L, Kellam S, Brown C, Wang S, Lin Y, 1999, *Proximal impact of two first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior*, American Journal of Community Psychology, Vol. 27, 599–641.

Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, 2002, *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use 1975–2002, Secondary School Students*, Vol 1, National Institute on Drug Abuse.

Kosterman R, Hawkins JD, Spoth R, Haggerty KP, Zhu K, 1997, *Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: proximal outcomes from Preparing for the Drug Free Years*, Journal of Community Psychology, Vol 25 (4), 337–352.

Kosterman R; Hawkins JD, Haggerty KP, Spoth R, Redmond C, 2001, *Preparing for the Drug Free Years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families*, Journal of Drug Education, Vol. 31 (1), 47–68.

Kumpfer KL, Olds DL, Alexander JF, Zucker RA, Gary LE, 1998, *Family etiology of youth problems in: Ashery, Robertson RS, Kumpfer KL, Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*, NIDA Research Monograph No. 177, 42–77, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Leone L, Celata C, 2006, *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*, Sole 24 ore, Milano.

Merlo R, Capuzzo R, 2005, *Abitare le relazioni con i giovani. Camper, città-tende e altro*, Franco Angeli, Milano.

Mollica R, Bonora S, Conte M, Mariani F, Molinaro S, Peraboni B, Rizzotti P, Salviati S, Valenti R, (a cura di) *Ricerca epidemiologica sul consumo problematico di cocaina nella città di milano*, http://www.asl.milano.it/droga/drogadocum_reportscientifici.asp

Moon D, Hecht M, Jackson K, Spellers R, 1999, *Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers*, Substance Use and Misuse, Vol 34 (8), 1059–1083.

National Institute on Drugs Abuse (NIDA), 2003, *Preventing Drug Use Among Children And Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, US Department of health and human services.

Nutley S, Davies H, 2001, *Evidence based policy and practice: moving from rethoric to reality*, CEM Centre University of Durham, Third International, Inter- disciplinary Evidence based policies and indicator System Conference July 2001.

Nutley S, Davies H, Walter I, 2002, *Evidence based policy and practice: cross sector lessons from the UK*, ESRC UK Centre for evidence basedpolicy and practice: working paper 9, London.

Oetting E, Edwards R, Kelly K, Beauvais F, 1997, *Risk and protective factors for drug use among rural American youth in Robertson EB, Sloboda Z, Boyd GM, Beatty L, Kozel NJ, Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues*, NIDA Research Monograph (168), 90–130.

Olivetti Manoukian F, Mazzoli G, D'Angella F, 2003, *Cose (mai) viste. Ri-conoscere il lavoro psicosociale dei SerT*, Carocci, Roma.

Ossicini A, 1978, *Kurt Lewin e la psicologia moderna*, Armando Editore, Roma.

- Pawson R, 2002, Evidence based policy: the promise of realistic synthesis, *Evaluation*, July 2002, Vol.8, 340-358.
- Pawson R, 2002, Una prospettiva realista. Politiche basate sull'evidenza empirica, *Sociologia e ricerca sociale*, n.68/69, Franco Angeli, Milano.
- Pawson R, Tilley N, 1997, *Realistic evaluation*, Sage, London.
- Pentz MA, 1998, Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention in Bukoski WJ, Evans RI, 1998, Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy, NIDA Research Monograph No. 176, 111–129, Washington DC, U.S. Government Printing Office.
- Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga (2005-2008), *Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea* C 168 dell'08.07.2005
- Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, *Gazzetta Ufficiale* n. 139 del 17/06/2006
- Piano Socio-Sanitario della Regione Lombardia 2007-2009, *Deliberazione del Consiglio Regionale* N. VIII/0257 del 26 Ottobre 2006.
- Scheier L, Botvin G, Diaz T, Griffin K, 1999, *Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use*, *Journal of Drug Education*, Vol. 29 (3), 251–278.
- Scheier L, Botvin G, Diaz T, Griffin K, 1999, *Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use*, *Journal of Drug Education*, Vol 29 (3), 251–278.
- Spoth R, Guyull M, Day S, 2002, *Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions*, *Journal of Studies on Alcohol*, Vol. 63, 219–228.
- Spoth RL, Redmond D, Trudeau L, Shin C, 2002, *Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs*, *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 16 (2), 129–134.
- Strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2005-2012), *Bollettino UE* 12-2004 Conclusioni della presidenza (10/22).
- Vecchi G, 2004, *Approcci di programmazione e elementi di policy analysis*, Materiali della Lezione tenuta nell'ambito del I° Laboratorio Formativo del Progetto Religio “Le politiche per la prevenzione delle dipendenze”, 2-4/02/04, Milano. Documento interno.
- Webster-Stratton C, 1998, *Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 66, 715–730.
- Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M, 2001, *Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start*, *Journal of Clinical Child Psychology*, Vol. 30, 282–302.
- WHO, 1993, Increasing the Relevance of Education for Health Professionals, (WHO Technical Report Series No. 838), Geneva. Disponibile su <http://www.unfpa.org.in>
- WHO, 1994, The Development and dissemination of life skills education: an overview, Geneva (MNH//PSF/94.7).
- WHO, 1996, Life skills education: planning for research, Geneva (MNH//PSF/96.2.Rev.1).
- WHO, 2004, Effectiveness of sterile needles and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users, Geneva.
- Wills T, McNamara G, Vaccaro D, Hirky A, 1996, Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence, *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 105, 166–180.
- Zuckerman M, 1983, *La ricerca di forti sensazioni*, *Psicologia Contemporanea*, Vol. 59, 26-33.