



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e Studi Internazionali

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze del Servizio Sociale

Tesi di Laurea

*Tossicodipendenze e interventi di
prevenzione nell'Unione Europea e in Italia*

Relatore
Prof. Alessio Surian

Laureanda
Elena Stanghellini
n° matr. 1013505

Anno Accademico 2013 / 2014

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 01
-------------------	---------

CAPITOLO 1

UNA FOTOGRAFIA DEGLI UTENTI IN CARICO AL SER.D DI VILLAFRANCA DI VERONA DAI 14 AI 24 ANNI

1.1. Premessa.....	pag. 03
1.2. Fascia d'età.....	pag. 04
1.3. Genere.....	pag. 05
1.4. Titolo di studio.....	pag. 06
1.5. Condizione lavorativa.....	pag. 09
1.6. Nazionalità.....	pag. 10
1.7. Canale di invio.....	pag. 10
1.8. Sostanze d'abuso primarie e secondarie.....	pag. 12
1.9. Contesto relazionale e condizione abitativa.....	pag. 14
1.10. Problematiche genitoriali.....	pag. 15
1.11. Eventi traumatici.....	pag. 15
1.12. Provvedimenti giuridici (solo minorenni) e provvedimenti penali.....	pag. 16
1.13. Osservazioni.....	pag. 17

CAPITOLO 2

LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE

2.1. Il rapporto salute e malattia: dalla prevenzione alla promozione.....	pag. 18
2.2. Definizione di prevenzione e diverse forme di classificazione.....	pag. 21
2.3. Gli approcci teorici della prevenzione.....	pag. 25
2.3.1. L'approccio cognitivo-informativo.....	pag. 25
2.3.2. L'approccio educativo-promozionale.....	pag. 26
2.4. Fattori condizionanti: fattori di rischio e fattori di protezione.....	pag. 28
2.5. Verso un approccio basato sull'evidenza e/o sull'efficacia.....	pag. 31
2.6. L'implementazione dei programmi di prevenzione.....	pag. 33

CAPITOLO 3

AMBITI E ATTORI DELLA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE

3.1. Gli attori sulla scena globale.....	pag. 38
3.2. Gli attori sulla scena europea.....	pag. 40
3.3. Gli attori nazionali.....	pag. 42
3.4. Le organizzazioni del Terzo Settore.....	pag. 48
3.5. La prevenzione in ambito scolastico.....	pag. 49
3.6. La prevenzione nell'ambito familiare.....	pag. 53
3.7. La prevenzione delle dipendenze in ambito extra-scolastico.....	pag. 56
3.8. La prevenzione a livello della comunità locale.....	pag. 59
3.9. La prevenzione attraverso Internet.....	pag. 60

CAPITOLO 4

TOSSICODIPENDENZA E IMMIGRAZIONE

4.1. Lo scenario europeo del fenomeno migratorio.....	pag. 64
4.2. Lo scenario Italiano del fenomeno migratorio.....	pag. 65
4.3. Migrazione, salute e diseguaglianze.....	pag. 66
4.4. La normativa a protezione del diritto alla salute per i migranti.....	pag. 72
4.5. Tossicodipendenza e immigrazione: il caso italiano.....	pag. 76
4.6. Le generazioni successive e l'uso di sostanze.....	pag. 81
4.7. Immigrazione e prevenzione della tossicodipendenza.....	pag. 82

CAPITOLO 5

STUDI DI CASO: PROGETTI EUROPEI A CONFRONTO

5.1. I modelli di prevenzione delle dipendenze patologiche in ambito europeo.....	pag. 87
5.2. Austria.....	pag.89
5.2.1. ANABABA – <i>Cocuklarimizi Güclendirelim ANABABA</i> "Mam & Dad"	pag.89

5.3. Belgio.....	pag. 91
5.3.1. <i>Pilot project drug prevention targeting youngsters from ethnic minorities.....</i>	pag. 91
5.4. Paesi Bassi.....	pag. 93
5.4.1. <i>The Arrazi Prevention Project.....</i>	pag. 93
5.5. Portogallo.....	pag. 95
5.5.1. <i>Young Net.....</i>	pag. 95
5.6. Spagna.....	pag. 97
5.6.1. <i>Sports for immigrants: Programme for Immigrants’ Children and Young People in Barcelona.....</i>	pag. 97
5.6.2. <i>Paco Natera: Programme for Immigrant Minors.....</i>	pag. 99
5.6.3. <i>Kamelamos Guinar.....</i>	pag. 101
CONCLUSIONI.....	pag. 104
BIBLIOGRAFIA TESI.....	pag. 106

INTRODUZIONE

La mia tesi di Laurea è collegata alla ricerca di Tirocinio effettuata presso il Servizio Tossicodipendenze di Villafranca di Verona, sui ragazzi tossicodipendenti in carico dai 14 ai 24 anni. Questa esperienza di ricerca mi ha dato l'incentivo per approfondire le conoscenze relative alla prevenzione delle tossicodipendenze, andando oltre il panorama italiano. Infatti, di fronte al diffondersi dell'uso delle sostanze, il dibattito delle strategie di prevenzione è quanto mai acceso in tutto il mondo.

Nell'ambito dell'operatività del Servizio per le tossicodipendenze, la specificità professionale dell'Assistente Sociale si esprime con le proprie attività e i propri strumenti nelle tre aree della prevenzione, cura e riabilitazione.

Nella prima parte della tesi, a seguito della presentazione dei dati della ricerca da me svolta, viene esaminata in particolare l'area della prevenzione, descrivendone le dimensioni e gli aspetti principali.

Nel secondo capitolo, viene percorso il passaggio dalla prevenzione alla promozione della salute. In seguito, vengono illustrate le diverse forme di classificazione e gli approcci teorici della prevenzione. Dopo alcune riflessioni sui fattori di rischio e i fattori di protezione, seguono alcune considerazioni sull'*Evidence Based Prevention* (ovvero sugli studi sull'efficacia della prevenzione – EBP); e vengono illustrate le strategie per l'implementazione dei progetti di prevenzione, attraverso la presentazione di quattro progetti EBP.

Nel terzo capitolo vengono esaminati i diversi attori della prevenzione, partendo inizialmente dai protagonisti sulla scena globale, per proseguire con gli attori europei ed infine italiani. In questo capitolo vengono illustrate le strategie preventive in relazione ai diversi contesti, con l'ausilio della presa in esame di progetti e ricerche EBP. Il capitolo si conclude con una breve ricerca sulla prevenzione attraverso internet, alla luce dei mutamenti di reperibilità delle sostanze.

Dall'elaborazione dei dati raccolti nell'ambito della mia ricerca, si può rilevare che i giovani immigrati sono una realtà pressoché assente nel servizio; il quarto capitolo si sviluppa proprio su questa riflessione, soffermandosi sul particolare ambito socio antropologico che in questi ultimi anni ha assunto sempre maggiore rilievo e che richiede maggiori certezze e competenze tra gli operatori socio-sanitari: il consumo delle sostanze

stupefacenti fra gli stranieri. Nel capitolo viene trattato il fenomeno migratorio nel mondo, in Europa e in Italia, soffermandosi sul nesso esistente tra: immigrazione, salute e diseguaglianze. La salute globale è una chiave di lettura dei temi sanitari legati all'immigrazione. Chi opera per la promozione della salute delle popolazioni migranti, si prende in carico globalmente le persone ed è orientato ai principi di equità, efficienza e appropriatezza delle prestazioni, con l'ambizione di contribuire alla riduzione delle diseguaglianze sociali ed economiche, che incidono in modo negativo sull'accesso dei servizi¹. Dopo aver descritto la normativa italiana legata all'immigrazione e alla tossicodipendenza, ci si è soffermati sulla complessità e sul difficile compito di prevenzione e gestione del fenomeno, tra soggetti appartenenti a modi e culture diverse. Nel quinto capitolo sono posti a confronto alcuni progetti EBP a livello europeo, il cui target di riferimento riguarda le minoranze etniche. La maggior parte dei progetti descritti sono rivolti ai bambini e ai giovani, interessanti sono i risultati positivi raggiunti e le caratteristiche della progettazione.

¹Mirisola C. (2012), *Di dove sei? Diritti e doveri tra Salute e Immigrazione*, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, Roma.

CAPITOLO 1

Una fotografia degli utenti in carico al Ser.D di Villafranca di Verona dai 14 ai 24 anni

1.1. Premessa

Per presentare una panoramica sulle caratteristiche degli utenti in carico al Servizio per le tossicodipendenze di Villafranca di Verona dai 14 ai 24 anni, ho scelto di proporre una serie di tabelle e di descrivere le relative variazioni intervenute nell'ultimo quadriennio, dal 2009 al 2012. Per quanto riguarda la raccolta dei dati, avevo costruito una scheda di rivelazione che poteva comprendere il maggior numero di informazioni contenute all'interno delle cartelle socio-sanitarie del Servizio. Dove non è stato possibile risalire con certezza ai dati mancanti, ne ho tenuto comunque presente inserendo la voce "non rilevato". Tutti i dati sono stati riportati all'interno di un database, opportunamente pensato e predisposto. Complessivamente sono stati raccolti i dati di 257 utenti dal 2009 al 2012, comunque per avere una panoramica più generale sui pazienti in carico al Servizio ho considerato i dati con decadenza decennale, partendo dal 1989.

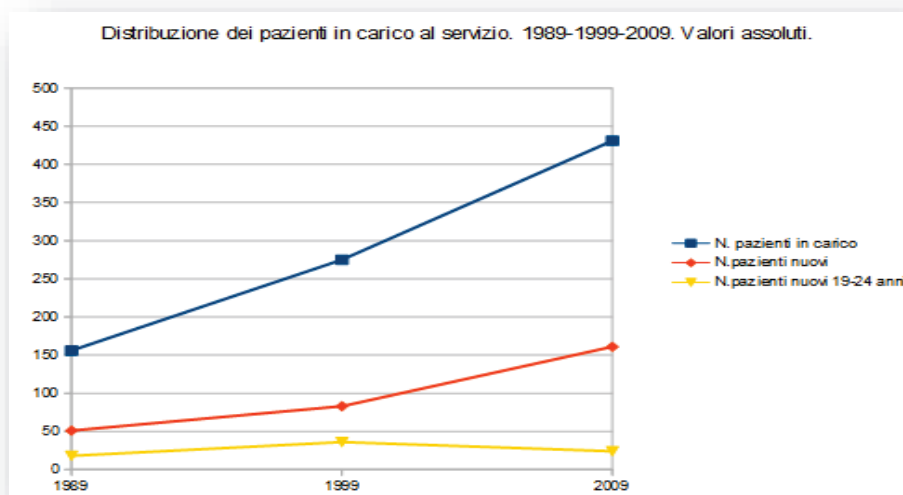


Grafico n. 1.1 –Numero dei pazienti in carico dal 1989 al 2009.

	1989	1999	2009
N. dei pazienti in carico	156	275	431
N. dei pazienti nuovi	51	83	161
N. pazienti nuovi (19-24 anni)	18	36	24

Tabella n. 1.1 –Distribuzione dei pazienti in carico nel 1989, 1999 e 2009. Valori assoluti.

1.2. Fascia d'età

Il consumo di droghe è fortemente cresciuto negli ultimi anni con evidente abbassamento dell'età media della popolazione giovanile con problemi correlati all'uso di sostanze psicotrope. Il target di riferimento riguarda la fascia d'età compresa tra i 14-24 anni, il limite 24 anni si giustifica facendo riferimento alla classificazione SESIT².

2009						
Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
14	1	1,4	0	0,0	1	1,4
15	3	4,1	1	1,4	4	5,5
16	2	2,7	0	0,0	2	2,7
17	5	6,8	1	1,4	6	8,2
18	5	6,8	1	1,4	6	8,2
19	6	8,2	0	0,0	6	8,2
20	8	11,0	1	1,4	9	12,3
21	4	5,5	1	1,4	5	6,8
22	10	13,7	2	2,7	12	16,4
23	8	11,0	4	5,5	12	16,4
24	8	11,0	2	2,7	10	13,7
Totale	60	82,2	13	17,8	73	100

2010						
Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15	1	1,1	1	1,1	2	2,2
16	1	1,1	1	1,1	2	2,2
17	2	2,2	3	3,3	5	5,5
18	12	13,3	2	2,2	14	15,6
19	6	6,7	0	0,0	6	6,7
20	14	15,6	5	5,6	19	21,1
21	11	12,2	1	1,1	12	13,3
22	10	11,1	0	0,0	10	11,1
23	8	8,9	1	1,1	9	10,0
24	8	8,9	3	3,3	11	12,2
Totale	73	81,1	17	18,9	90	100

2011						
Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15	0	0,0	0	0,0	0	0,0
16	1	1,3	1	1,3	2	2,7
17	4	5,3	2	2,7	6	8,0
18	7	9,3	1	1,3	8	10,7
19	6	8,0	2	2,7	8	10,7
20	7	9,3	0	0,0	7	9,3
21	10	13,3	2	2,7	12	16,0
22	6	8,0	3	4,0	9	12,0
23	11	14,7	0	0,0	11	14,7
24	10	13,3	2	2,7	12	16,0
Totale	62	82,7	13	17,3	75	100

2012						
Età	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
14	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15	1	1,8	0	0,0	1	1,8
16	0	0,0	1	1,8	1	1,8
17	2	3,5	1	1,8	3	5,3
18	1	1,8	2	3,5	3	5,3
19	3	5,3	1	1,8	4	7,0
20	9	15,8	2	3,5	11	19,3
21	6	10,5	1	1,8	7	12,3
22	9	15,8	2	3,5	11	19,3
23	7	12,3	3	5,3	10	17,5
24	6	10,5	0	0,0	6	10,5
Totale	44	77,2	13	22,8	57	100

Tabella n.1.2 – Distribuzione assoluta e percentuale (complessiva) dei soggetti per età dal 2009 al 2012.

² Progetto SESIT (Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze). Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Ser.D e implementazione di un monitoraggio dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei. Informazioni disponibili al seguente sito internet:

http://www.dronet.org/progetti/prgsesit/prg_sesit.pdf

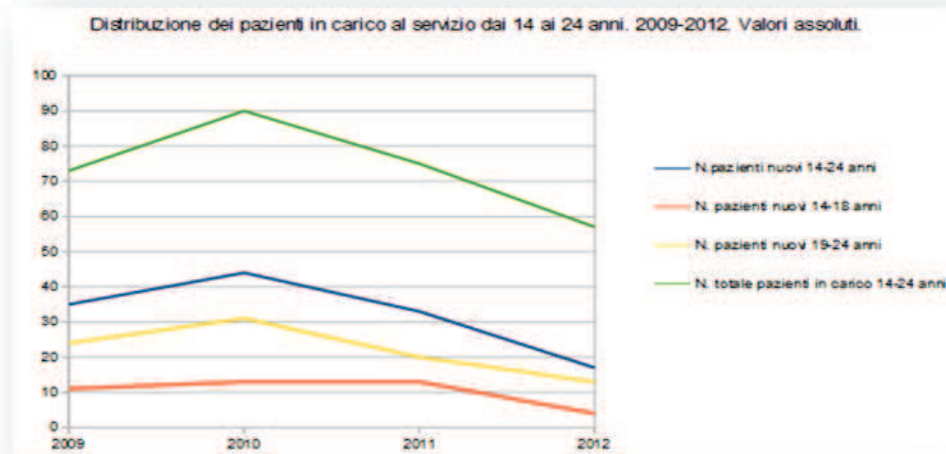


Grafico n.1.2 –Distribuzione dei soggetti in carico al servizio dai 14 ai 24 anni dal 2009 al 2012. Valori assoluti.

1.3. Genere

Il dato sulla proporzione maschi-femmine in carico al Ser.D si discosta di poco da quello delle statistiche nazionali e sovranazionali sugli utenti in carico ai Servizi per le dipendenze, in cui gli uomini rappresentano la netta maggioranza. Nel 2012 il rapporto era di 3:1, cioè 3 uomini in carico per ogni donna. Nel 2011 questo rapporto è di 5:1, mentre nel 2010 e nel 2009 si è registrato un lieve decremento di pazienti donne tra gli utenti in carico.

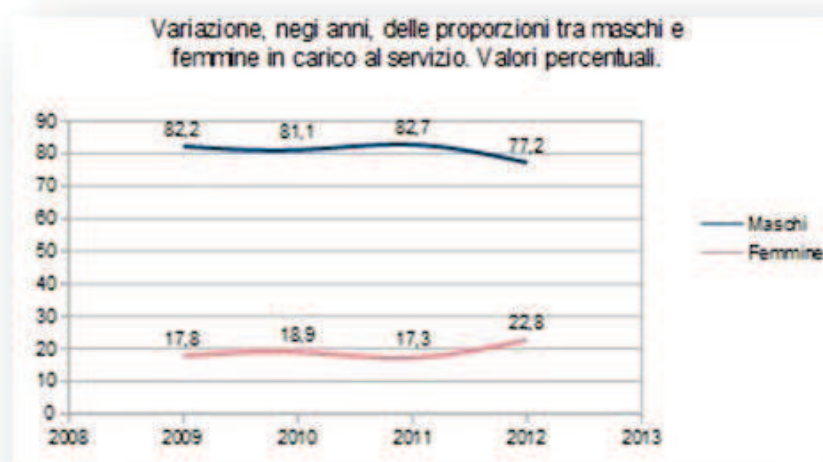


Grafico n.1.3 – Variazione delle proporzioni tra maschi e femmine dal 2009 al 2012.

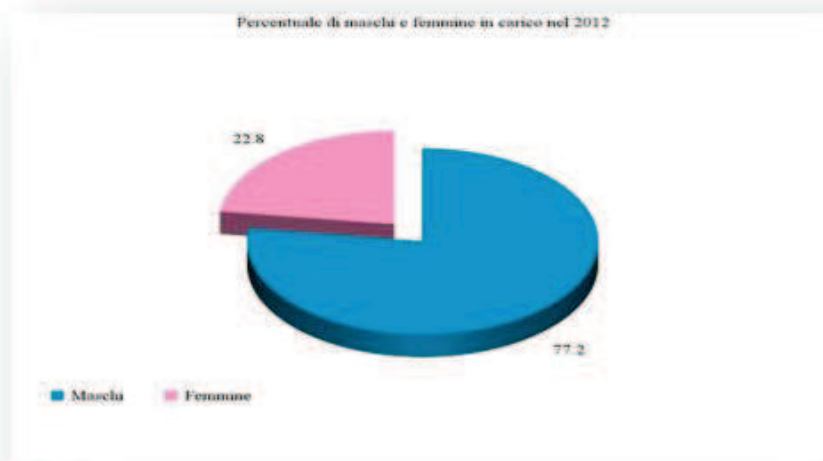


Grafico n.1.4 –Distribuzione percentuale per genere. 2012.

1.4. Titolo di studio

Il dato relativo al titolo di studio mostra che nel 2012, oltre la metà degli utenti (pari al 78,9%) ha conseguito la licenza media inferiore, il 14% è in possesso del diploma di una scuola secondaria di secondo grado e nel 7% dei casi di un attestato di qualifica professionale.

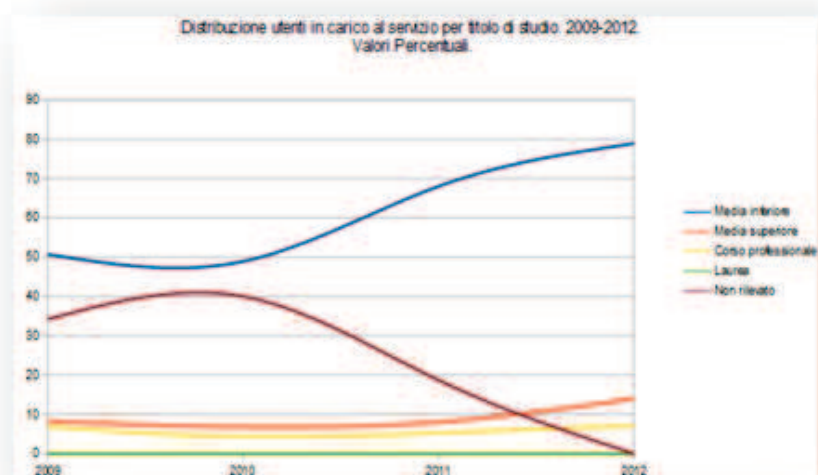


Grafico n.1. 5–Distribuzione dei soggetti per titolo di studio dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

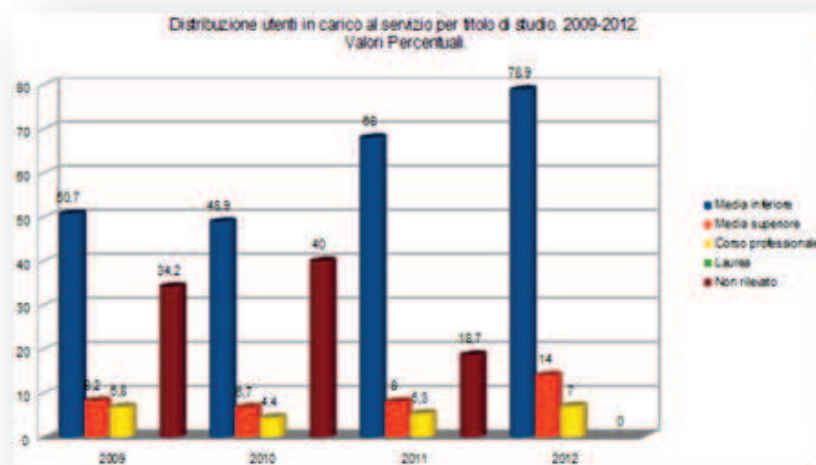


Grafico n.1.6 –Distribuzione dei soggetti per titolo di studio dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

Alcuni distinguono due categorie: ragazzi tra i 15 e i 17 anni che procedono nel percorso scolastico e ragazzi che abbandonano la scuola dopo l'obbligo o faticano a concluderla: per questi ultimi si possono evidenziare nel passato già dei segnali di difficoltà; per gli altri invece l'uso di sostanze sembra essere la prima avvisaglia di disagio. E, come annotava la Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2011, lo scarso rendimento scolastico e l'eventuale interruzione degli studi sono fortemente correlati con una più alta probabilità di iniziare a consumare e/o abusare di sostanze stupefacenti (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 marzo 2011).

Nel 2012 il 50,9% del campione ha interrotto un corso regolare di studi, come vedremo successivamente questi ragazzi sono inseriti in contesti familiari che non presentano evidenti caratteristiche di problematicità.

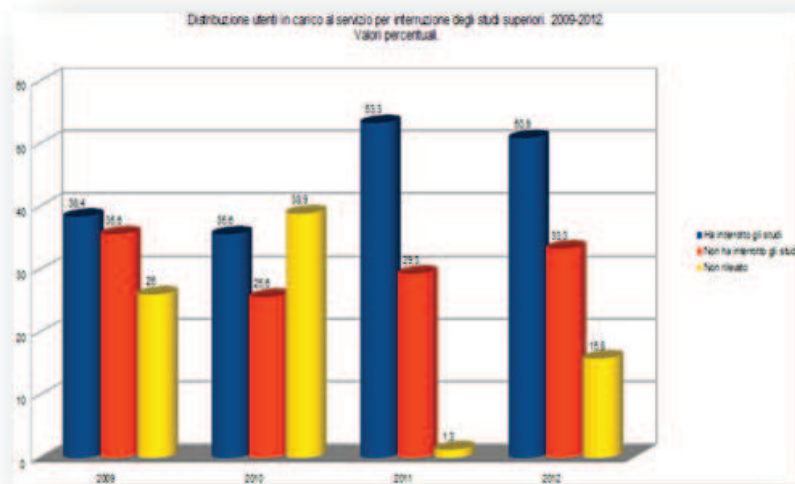


Grafico n.1.7 –Distribuzione dei soggetti per interruzione degli studi superiori dal 2009 al 2012. Valori percentuali

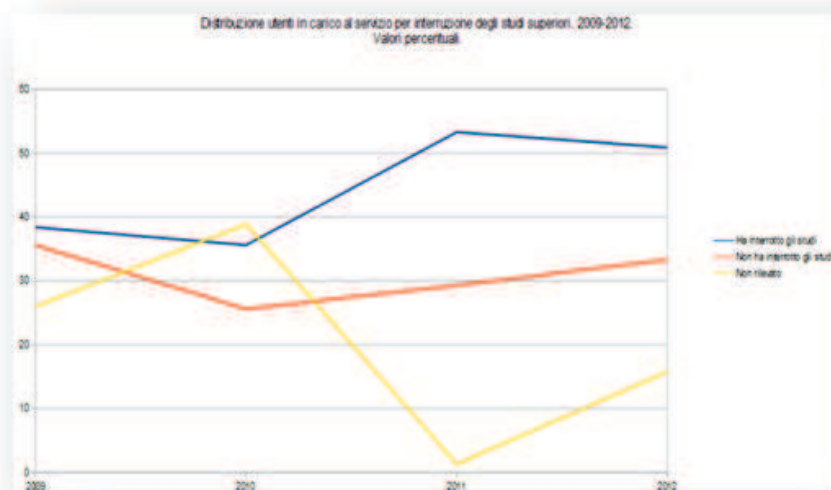


Grafico n.1.8 –Distribuzione dei soggetti per interruzione degli studi superiori dal 2009 al 2012. Valori percentuali

1.5. Condizione lavorativa

Come si può notare nei grafici sottostanti, nel 2012 la maggior parte dei soggetti del campione sono disoccupati 47,4%, il 19,3% sono occupati, mentre il 17,5% sono studenti. Riguardo gli anni precedenti, il 2009 è controtendenza in quanto il numero degli occupati 26% supera quello dei disoccupati 20,5% e dei studenti 23,3%.

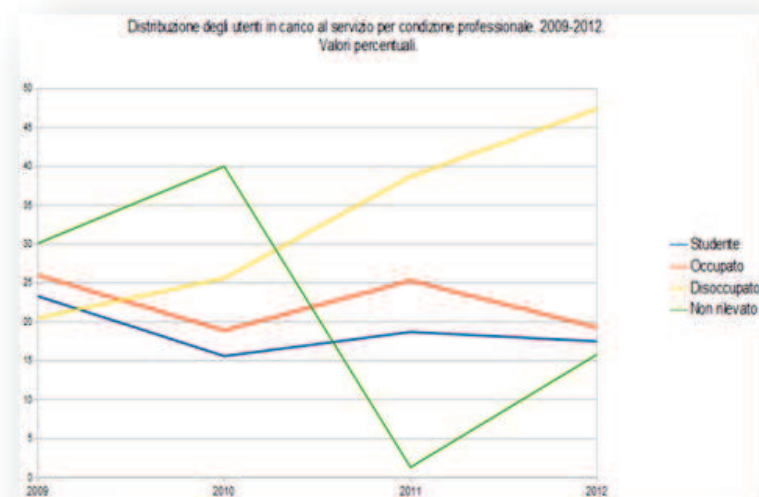


Grafico n.1.9 –Distribuzione dei soggetti per condizione professionale dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

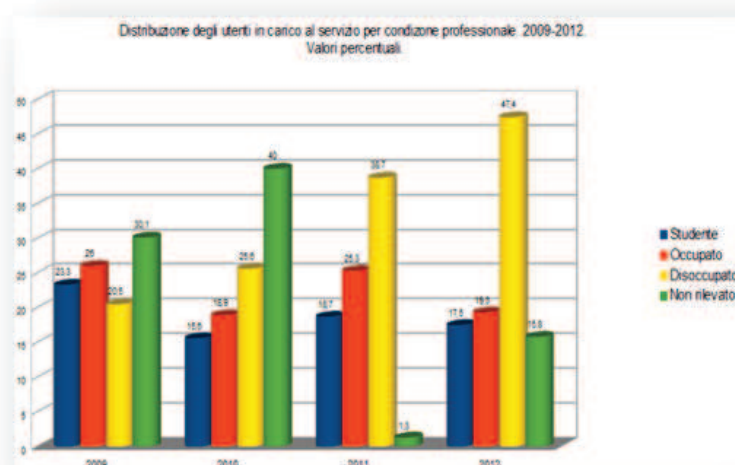


Grafico n. 1.10 –Distribuzione dei soggetti per condizione professionale dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

1.6. Nazionalità

Rispetto alla nazionalità, il campione nel 2012 è rappresentato da un 96,5% di italiani, un 3,5% di soggetti stranieri, come evidenziato nel grafico sottostante. Negli anni precedenti, rimane sempre maggiore la percentuale degli italiani rispetto ai soggetti stranieri.

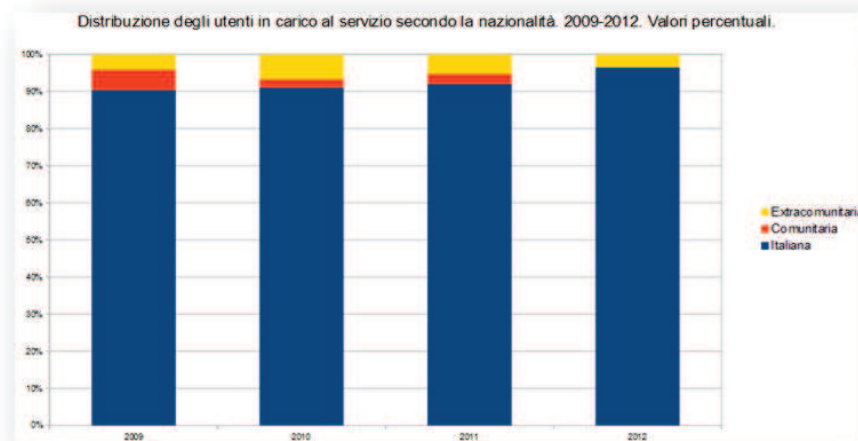
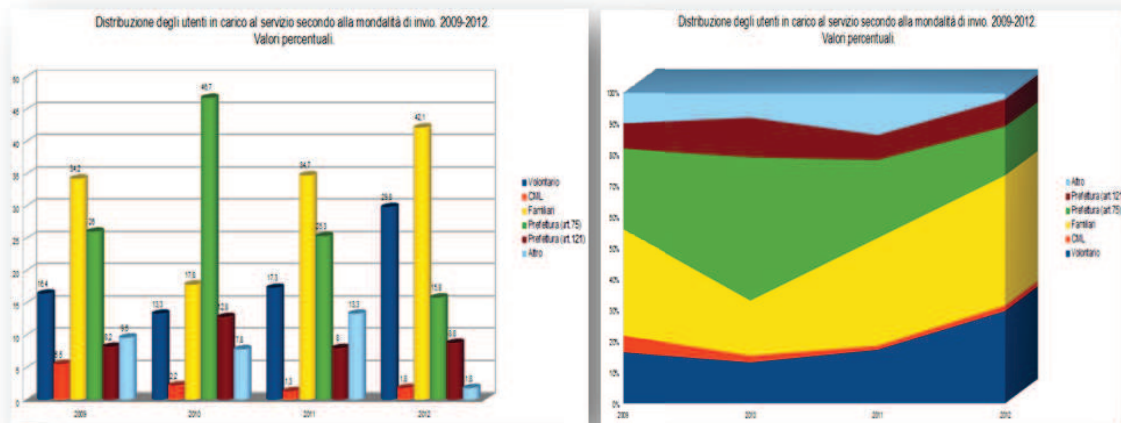


Grafico n. 1.11 –Distribuzione dei soggetti secondo la nazionalità dal 2009 al 2012. Valori percentuali

1.7. Canale di invio

Nei grafici si può rilevare la distribuzione percentuale dei soggetti secondo la modalità di invio al Servizio per le dipendenze. Come si può notare nel 2012 la maggioranza dei soggetti che accede al Ser.D su invio dei familiari (24 soggetti) ed in misura leggermente minore chiede aiuto spontaneamente (17 soggetti). Alto è anche il numero di soggetti (14 soggetti) che arrivano al Servizio su comunicazione della prefettura (ex art.121 o 75). Questa distribuzione degli invii conferma la necessità, con questo target, di prestare adeguata attenzione ai familiari e sviluppare per loro modalità di coinvolgimento efficaci nel percorso di accoglienza, valutazione e trattamento dei figli.



Grafici n. 1.12 e n. 1.13 – Distribuzione dei soggetti secondo alla modalità di invio dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

Nella tabella si può vedere la distribuzione dei soggetti in seguito alla presa in carico dopo l'invio da parte della Prefettura (ex art. 121 o 75), il 61% del campione decide di non essere seguito dopo il primo colloquio, mentre il 41% decide di proseguire il trattamento presso il Servizio.

	2009		2010		2011		2012		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Proseguimento del trattamento	11	10,5	7	6,7	17	16,2	8	7,6	43	41,0
Solo un colloquio	15	14,3	33	31,4	8	7,6	6	5,7	64	61,0
Totale	26	24,8	40	38,1	25	23,8	14	13,3	105	100

Tabella n. 1.3 – Distribuzione assoluta e percentuale dei soggetti secondo il proseguimento della presa in carico o l'interruzione dopo il primo colloquio dal 2009 al 2012

1.8. Sostanze d'abuso primarie e secondarie

L'EMCDAА definisce sostanza primaria la droga che provoca la maggior parte dei problemi, mentre la sostanza secondaria è la droga più problematica, subito dopo la sostanza primaria. Il primato di sostanza d'abuso primaria nel 2012 è quello dell'eroina (54,4%), mentre nel 2010 l'abuso di cannabinoidi (51,1%) supera l'eroina (36,7%). Significante è notare come la quota di chi fa uso di eroina, negli anni esaminati (2009-2012) abbia un andamento a zigzag, ma complessivamente rimane una porzione molto elevata rispetto l'utilizzo di altre sostanze. Ancora molto limitata, sulla base dei dati epidemiologici, la percentuale di soggetti nel 2012 che accedono al Servizio per una problematica legata principalmente all'abuso di cocaina (8,8%) o MDMA (1,8%).

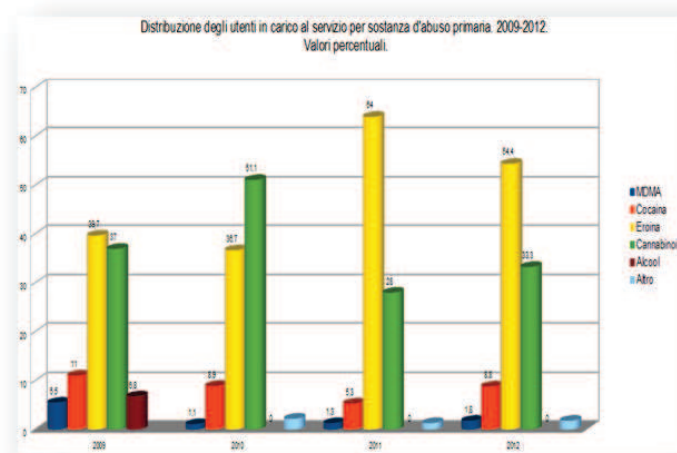


Grafico n.1.14 –Distribuzione dei soggetti per sostanza d’abuso primaria dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

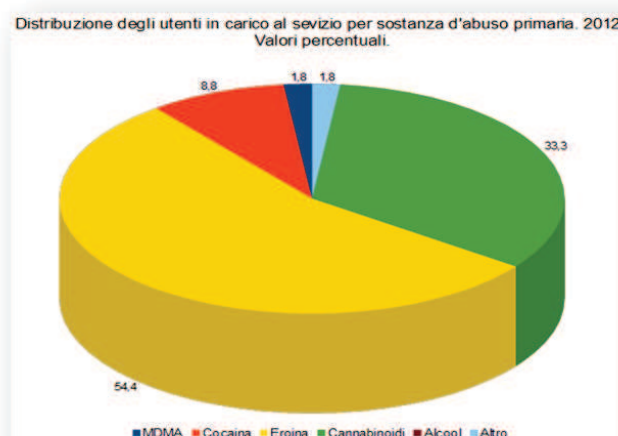


Grafico n. 1.15 –Distribuzione dei soggetti per sostanza d’abuso primaria. Anno 2012. Valori percentuali.

Come si può analizzare nel 2012, la sostanza d'abuso secondaria più utilizzata è rappresentata dai cannabinoidi (30 soggetti), questo vale anche per gli anni precedenti. Segue nel 2012 l'utilizzo d'alcool (10 soggetti), invece prima del 2012 si osserva che al secondo posto la sostanza più usata è la cocaina. Riguardo l'abuso di MDMA (ecstasy) come sostanza primaria e secondaria si esamina nei grafici circostanti essere una droga poco utilizzata. L'alcool più che una sostanza d'abuso primaria viene abusato accostandolo ad altre sostanze, ad esempio può essere utilizzato per modulare gli effetti di una sostanza primaria.

Il termine utilizzato per disegnare l'assunzione multipla è "poliabuso", esso viene definito³:

- Poliabuso simultaneo: consumo simultaneo di due o più sostanze;
- Poliabuso alternante: consumo irregolare, intermittente, con uso di sostanze diverse in tempi diversi e con intensità variabile.

Secondo la definizione del DSM IV-TR il poliabuso è l'uso ripetuto (nell'arco dei 12 mesi) di almeno tre tipi di sostanze, senza predominanza di una sulle altre. Prendendo in considerazione le precedenti definizioni è stato elaborato il grafico n.17 per individuare il numero dei poliabusatori, il numero di chi abusa tre o più sostanze segue nel quadriennio un andamento a zigzag di difficile interpretazione, ma in alcuni anni (2009-2011) i soggetti superano la metà di chi fa uso di una/due sostanze.

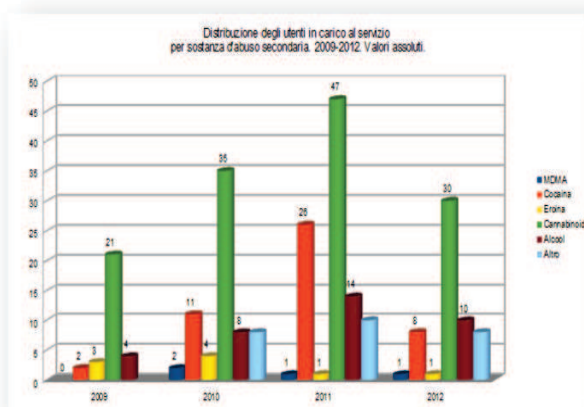


Grafico n.1.16–Distribuzione dei soggetti per sostanza d'abuso secondaria dal 2009 al 2012. Valori assoluti.

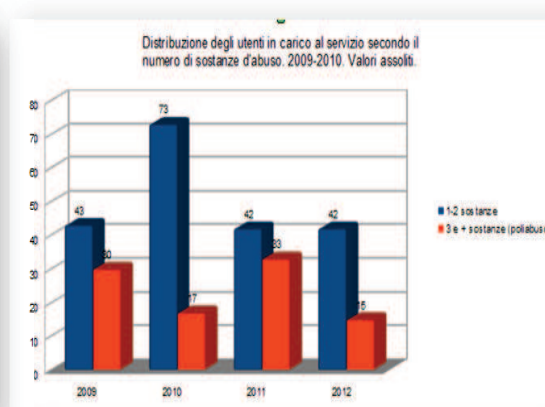


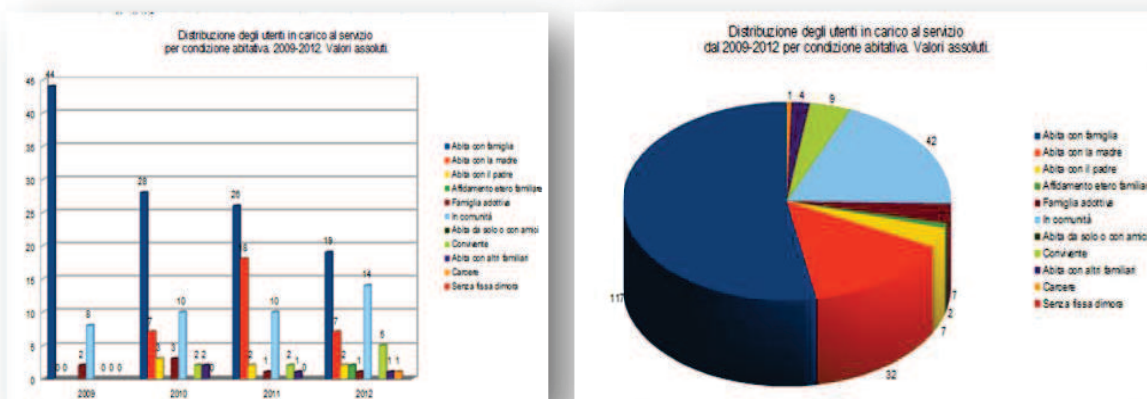
Grafico n.1.17 –Distribuzione dei soggetti secondo il numero di sostanze d'abuso dal 2009 al 2012. Valori assoluti.

³ Per un approfondimento si veda il seguente sito internet:
<http://www.federserd.it/documenti/star/Poliabuso.pdf> (Ultimo accesso 14/06/2014)

1.9. Contesto relazionale e condizione abitativa

Possiamo notare, che nel quadriennio la maggior parte dei ragazzi in carico al Servizio vivono in un contesto di coppia genitoriale unita, seguono i ragazzi che hanno i genitori separati e gli orfani di un genitore (padre o madre).

Rispetto alla condizione abitativa ho elaborato il grafico n. 1.19 sommando gli utenti dal 2009 al 2012 vediamo che il 52,9% dei soggetti abita con la propria famiglia, il 19% è inserito in un contesto di tipo comunitario, il 14,5% abita solo con la madre e il 3,2% con la famiglia adottiva.



Grafici n.1.18 e n.1.19 –Distribuzione dei soggetti per contesto abitativo dal 2009 al 2012. Valori assoluti.

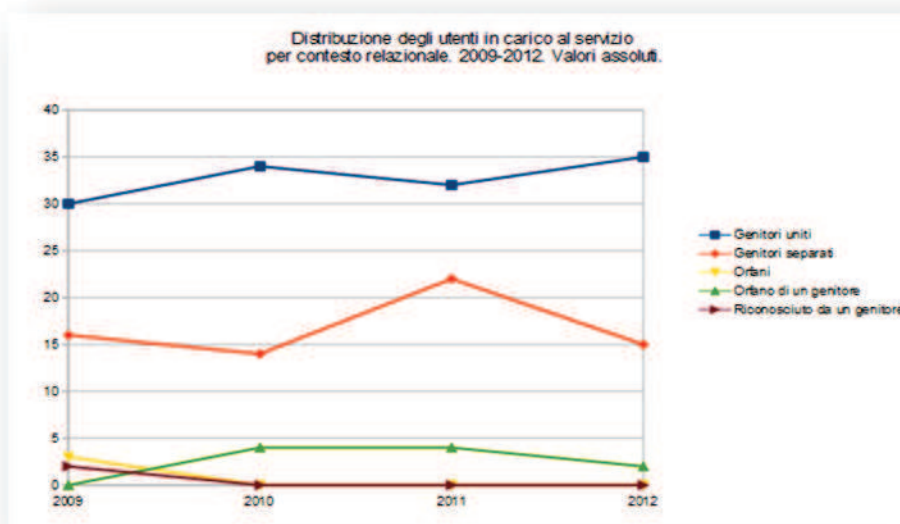


Grafico n. 1.20 –Distribuzione dei soggetti secondo il contesto relazionale dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

1.10. Problematiche genitoriali

Come possiamo notare dal grafico dal 2009-2012, la maggior parte dei soggetti non evidenzia alcuna problematicità genitoriale 64,7%. Se invece analizziamo nel particolare le problematiche genitoriali il 17,7% aveva genitori tossicodipendenti o alcool dipendenti, il 7,8% genitori con problematiche psichiatriche, il 7,8% genitori con problematiche legali (carcere), il 4,9% almeno un genitore deceduto e il 3,4% genitori con gravi malattie.

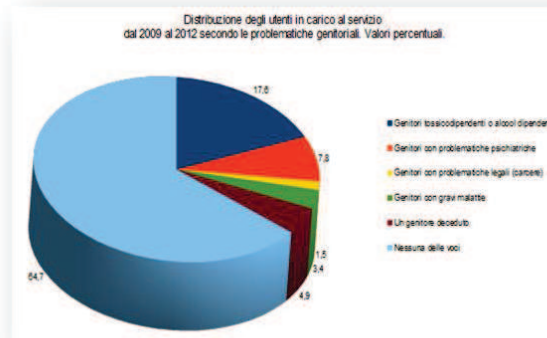


Grafico n.1.21 –Distribuzione dei soggetti secondo le problematiche genitoriali dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

1.11. Eventi traumatici

Per quanto concerne gli eventi traumatici del target dal 2009-2012, il 60,1% dei ragazzi vive problemi relazionali con i propri familiari, il 20,5% nessuna delle voci prese in esame e 11% ha subito un grave lutto o una separazione traumatica. Rispetto alle differenze di genere, la ricerca evidenzia che 1,8% del grafico sottostante è appartenente alle ragazze: la prostituzione è una fonte di reddito per molte donne tossicodipendenti, in alcuni casi fino al 60% di donne che fanno uso di sostanze.⁴

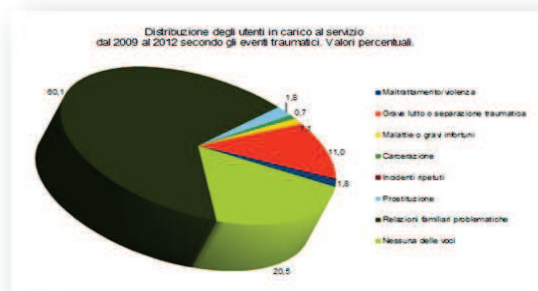


Grafico n.1.22 –Distribuzione dei soggetti secondo gli eventi traumatici dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

⁴ Per un approfondimento si veda il sito internet:

http://www.emcdda.org/publications/publications_annrep.shtml (Ultimo accesso 14/06/2014).

1.12. Provvedimenti giuridici (solo minorenni) e provvedimenti penali

La presenza di provvedimenti giuridici è decisamente scarsa nel target (il 68,3% dei soggetti minorenni non è sottoposto ad alcun provvedimento giuridico). Nei casi restanti, per il 12,2% vi è stato un collocamento in comunità e per il 7,3% vi è stato l'affidamento ai Servizi Sociali o la sospensione/decadenza della Patria Potestà di un genitore. Si evidenzia, che nel 4,9% dei casi il Tribunale per i Minorenni ha optato per la sospensione o la decadenza della Patria potestà di entrambi i genitori. L'analisi dei soggetti ha, inoltre, permesso di rilevare che la maggior parte di essi (80,8%) non riporta provvedimenti penali, mentre l'8,7% ha un procedimento penale in corso. La misura cautelare risulta essere il provvedimento più utilizzato (6,8% dei soggetti), dato che il 3,7% dei soggetti ha un provvedimento di messa alla prova.

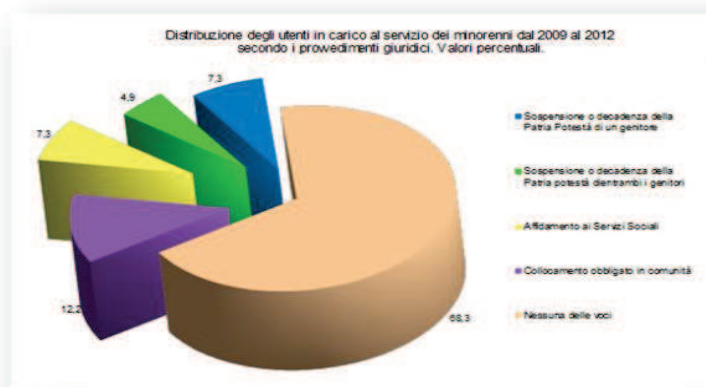


Grafico n. 1.25 –Distribuzione dei soggetti minorenni dal 2009 al 2012 secondo i provvedimenti giuridici. Valori percentuali.



Grafico n. 1.26 –Distribuzione dei soggetti secondo provvedimenti penali dal 2009 al 2012. Valori percentuali.

1.13. Osservazioni

L'abusatore di cannabis nella tradizione dei Servizi non era considerato portatore di una problematica di dipendenza, ma era definito come "disagio giovanile" e quindi non bisognoso di una reale presa in carico di tipo terapeutico. La letteratura descrive che la maggior parte dei giovani che iniziano ad usare cannabis fortunatamente smette in adolescenza, senza sviluppare una dipendenza, ma l'esperienza degli operatori del Servizio ha sottolineato che alcuni ragazzi dopo aver iniziato con i cannabinoidi si sono presentati con problematiche molto più pesanti. Urge la necessità di garantire ad utenti così giovani, un contesto diversificato rispetto la presa in carico degli adulti, che per alcuni adolescenti potrebbe rappresentare l'occasione di avvicinamento a comportamenti di abuso e dipendenza più gravi. In quanto, differenza della fascia adulta degli utenti, i comportamenti di consumo dei giovani hanno ancora caratteristiche della sperimentazione.

Visto l'alto numero dei ragazzi che accede su segnalazione della Prefettura (ex art. 121 o 75), dovrebbe indicare l'urgenza di stabilire tra Ser.D e Prefettura protocolli di collaborazione. Molti utenti a seguito della segnalazione o dopo aver effettuato il primo colloquio, decidono per la non presa in carico, invece la segnalazione dovrebbe costituire un'occasione efficace di prevenzione o di trattamento precoce e non solamente un atto amministrativo.

Il coinvolgimento dei genitori è molto importante, ma molto spesso i ragazzi si oppongono e per l'AS/psicologo è richiesto un rilevante lavoro di convincimento per la presa in carico dell'intero contesto. Questo problema si presenta anche perché la normativa in merito non è chiara, come ad esempio per i Servizi per la Tutela Minorile che hanno l'obbligo per legge a trattare anche con la famiglia.

Scuola e famiglia sono un binomio da non scindere, famiglie in difficoltà e scuole, chiamano al Servizio preoccupati per i comportamenti dei ragazzi. La difficoltà che si presenta è creare un aggancio/alleanza tra l'istituzione scolastica, la famiglia e il Servizio. Nel Servizio oltre agli incontri di auto-aiuto con i genitori dei ragazzi in carico, si sottolinea la necessità di fare prevenzione. Quando parliamo di prevenzione dobbiamo tenere presente le risorse e i soggetti più vicini alla realtà dei ragazzi: insegnanti e genitori. Fare prevenzione fornendo suggerimenti utili per gli insegnanti e i genitori con l'obiettivo di favorire la comunicazione con i ragazzi.

CAPITOLO 2

La prevenzione delle dipendenze

2.1. Il rapporto salute e malattia: dalla prevenzione alla promozione

Prima di approfondire il tema della prevenzione, è necessario soffermarsi su due concetti interconnessi e inseparabili su cui essa si basa: malattia e salute.

Attualmente salute e malattia si confrontano all'interno di due approcci diversi: quello biomedico e quello biopsicosociale (Zani e Cicognani, 2004). Il modello biomedico è un approccio ancora oggi dominante e altamente condiviso, esso ha rappresentato e rappresenta tutt'oggi uno degli orientamenti che maggiormente ha influenzato le politiche in materia di alcol e droghe⁵.

L'approccio biomedico si è consolidato tra la fine dell'Ottocento e i primi del Novecento, l'impostazione è riduzionista (tende ad enfatizzare il ruolo del livello molecolare), vengono accentuati i temi della malattia rispetto a quelli della salute. Il fattore unico è la malattia, che separa il corpo e la mente in due entità distinte, infatti vengono esclusi gli aspetti comportamentali e sociali. Secondo questo modello le dipendenze sono malattie/patologie che portano alla perdita del controllo, ad esempio chi consuma droghe è un soggetto malato e l'unica via possibile per la guarigione è l'astinenza.

La cura e la terapia, vengono effettuate attraverso strumenti oggettivi esterni (farmaci, interventi chirurgici, applicazioni esterne, ecc.), che non prevedono la partecipazione attiva del soggetto.

Il modello biomedico ha stretto il rapporto tra medicalizzazione delle dipendenze e controllo sociale; in quanto, la scientificità del sapere clinico attribuisce al medico il potere di stabilire la natura e le conseguenze delle pratiche di consumo di sostanze psicotrope, ma anche le strategie politiche d'intervento (Blackman, 2004). Come sostiene Maturo (2008), riprendendo la teoria parsonsiana del *sick role*⁶, è il medico che legittima quella forma di devianza "involontaria" che è la malattia. La malattia rende incapaci di

⁵Lombi R. (2012), *Le politiche della droga in Europa. Prevenzione, gestione e recupero*, Franco Angeli, Milano.

⁶ Parsons per *sick role* (1951) intende il ruolo sociale del malato che si manifesta nel complesso di doveri e diritti. Per Parsons il malato è un soggetto deviante in quanto, a causa della sua malattia, egli non è in grado di assolvere alle sue funzioni di ruolo e quindi rappresenta un elemento di turbamento per l'ordine sociale (in Lombi, 2012)

assolvere efficacemente i ruoli sociali (Parsons, 1965), il malato viene quindi considerato come un deviante, l'interesse funzionale della società è esercitare su di esso il controllo, attraverso la professione medica.

Questo modello, rispetto al tema della dipendenza, ha portato diverse implicazioni: produce un abbassamento dei presidi etici e politici contro l'uso delle sostanze psicoattive; sottovaluta le cause ambientali e le pressioni sociali verso il consumo. Infine, esso conduce all'affermazione della dipendenza come malattia cronica ad andamento recidivante.

Il modello biopsicosociale venne proposto in Italia verso la fine degli anni Ottanta. Considera che malattia e salute siano causate da fattori multipli, che producono effetti multipli. Mente e corpo non possono essere distinti su questioni di salute e malattia. La salute, in questo modello, è concepita come il risultato del rapporto tra l'individuo e il contesto sociale.

Nel 1946, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la salute⁷ come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto come assenza di malattia o di infermità; mettendo in evidenza i limiti del modello biomedico, il quale focalizzava l'analisi sugli effetti farmacologici delle sostanze, trascurando le dimensioni sociali del fenomeno.

Il modello biopsicosociale abbraccia i contributi della sociologia, della psicologia e della pedagogia. Nella visione biopsicosociale la persona non viene vista come un paziente passivo e solo malato, da etichettare e patologizzare, bensì come un agente di scelta libero e responsabile, un individuo degno di fiducia, in quanto egli è il miglior esperto di se stesso, anche nella scelta della propria cura.

A partire da questo modello, le cause della dipendenza non vanno ricercate unicamente nel soggetto: si deve, piuttosto, adottare una visione olistica che tenga conto della globalità della persona e dell'ambiente in cui vive, considerato un fattore che influenza lo stato di salute del singolo.

⁷ Ognuno ha la sua definizione di benessere, di salute, di star bene, e questa può essere non solo diversa ma anche conflittuale con quella proposta. Senza dimenticare come il concetto di benessere sia stato messo in discussione tra altri dal premio Nobel Danilel Kahneman nell'evidenziare una forte differenza tra salute percepita e reale, tra percezione soggettiva e dati fattuali (Croce, 2014).

Si passa, quindi, da uno stato di assenza di patologie (modello biomedico-prevenzione della malattia) a uno stato di ben-essere che investe tutti gli aspetti della persona (modello biopsicosociale-promozione della salute).

Sul piano scientifico, l'approccio della promozione della salute, così come la intendiamo oggi fa riferimento al modello biopsicosociale. La 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, tenutasi a Ottawa in Canada il 21 novembre 1986, ha individuato una definizione condivisa: La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte.

La salute, quindi, è vista come una risorsa per la vita quotidiana, non come l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Pertanto, la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere".

La promozione assume un concetto "positivo" al contrario della prevenzione⁸ e la salute viene intesa come risorsa per la vita di ogni giorno.

La promozione è di pertinenza della popolazione, attraverso un processo di *empowerment* e attraverso la partecipazione attiva. Richiede la collaborazione dei diversi settori della società, riconoscendo che il settore sanitario è uno tra tanti. Far rientrare la prevenzione nella promozione della salute è rischioso, ed ha significato che molte persone che dicono di fare promozione della salute in realtà fanno prevenzione⁹.

Per concludere, possiamo affermare che i concetti di prevenzione e promozione da oltre vent'anni sono collegati in modo congiunto o disgiunto per indicare delle strategie e metodologie d'intervento da applicare in campo sanitario, sociale, educativo, finalizzate a

⁸ La prevenzione della malattia, è un concetto negativo, di salute intesa come assenza di malattia, di pertinenza della scienza medica, in particolare dell'igiene, anche se agisce sulla popolazione e gli individui. Si colloca all'interno dello spettro delle attività di tutela della salute.

⁹Questa affermazione emerge da Resegotti L. nel 01/11/2008 durante il convegno a Novara "Ambiente, salute, ricerca: attualità dell'opera di Lorenzo Tomatis". Resegotti L. Presidente del Comitato Scientifico di C.I.P.E.S.- Piemonte ha relazionato su: "Significato della prevenzione e promozione della salute". Gli atti del convegno sono disponibili presso il seguente sito www.cipespiemonte.it/cedo/ricerca3.php?iddes=375 (Ultimo accesso: 06/03/2014).

contenere fenomeni degenerativi o ad ampliare le risorse, le potenzialità, la qualità della vita individuale e collettiva¹⁰.

2.2. Definizione di prevenzione e diverse forme di classificazione

In questo capitolo, affronterò il concetto di prevenzione, che negli ultimi anni è stato notevolmente sviluppato e discusso dalla comunità scientifica.

Prevenire significa anticipare, agire prima per proteggere o mantenere uno stato accettabile di agio di benessere individuale e sociale. Prevenire significa anche impedire che si realizzi qualcosa di negativo, cercare di evitare, di contenere e di combattere fattori considerati di rischio per il benessere individuale e sociale¹¹.

Il concetto di prevenzione non è qualcosa di statico, ma qualcosa in continua evoluzione, come la sua classificazione. La prima declinazione del concetto di prevenzione risale al 1957: essa viene suddivisa a seconda dei destinatari, degli obiettivi e dei metodi d'intervento (prevenzione primaria, prevenzione secondaria e prevenzione terziaria).

Tipologia	Destinatari	Obiettivi	Azioni	Esempi
<u>Prevenzione Primaria</u>	Singoli individui Agenzie di socializzazione (famiglia, scuola, associazionismo, mass media) Comunità intera	Aumentare i fattori protettivi (promozione, salute fisica, psichica, sociale attraverso informazione, formazione ed educazione) Ridurre i fattori di rischio (allontanare le cause del disagio attraverso la promozione di condizioni materiali e strutturali positive)	Promozione e stimolazione di cambiamenti individuali, sociali e situazionali che producono senso di responsabilità individuale e sociale per contrastare l'insorgere di atteggiamenti distruttivi e autodistruttivi e per diffondere e promuovere il benessere psicofisico e sociale dei soggetti appartenenti ad una comunità	- Prevenzione del consumo di alcool/tabacco per diminuire malattie croniche.

¹⁰ Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, pp. 457-462.

¹¹ Bertelli B. (a cura di) (2007), *Servizio sociale e prevenzione*, Franco Angeli, Milano, pp. 15-32.

<u>Prevenzione Secondaria</u>	Categorie a rischio	Evitare che soggetti a rischio cadano nel disagio conclamato Aiutare i soggetti a superare momenti critici della loro esistenza	Programmazione e attuazione di interventi precoci affinché i problemi non conducano al disagio conclamato, potenziando le difese della persona e modificando il contesto relazionale Sforzi tesi a rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza a una comunità	Promuovere i test dell'HIV. Screening: neonatali, oncologici, ecc.
<u>Prevenzione Terziaria</u>	Soggetti in situazione di disagio conclamato	Evitare ricadute e malesseri (individuali, sociali) Ridurre i danni Reinserire nell'ambiente naturale di vita (inclusione)	Attuazione di interventi riabilitativi e di riduzione del danno Rafforzamento delle capacità di adattamento allo stress	Indicare un stile di vita sano ad un alcolista affinché la sua situazione non si aggravi ulteriormente.

Tabella 2.1 - Le dimensioni della prevenzione (Bertelli, 2007).

Lombi (2012) descrive, in sintesi, le critiche mosse alla sopraccitata classificazione: la distinzione risente dell'influenza del modello biomedico, in cui la salute è considerata quale cura della malattia (intendendo, per esempio, la droga come malattia). La prevenzione primaria è più desiderabile rispetto alle altre forme di prevenzione, anche se sono egualmente importanti. Infine, questa classificazione si rivela inadeguata in quanto diventa difficile distinguere le varie forme di prevenzione tra loro.

Attualmente la classificazione più accettata dalle più autorevoli organizzazioni internazionali (UNODC, NIDA, WHO)¹², è quella proposta nel 1994 dall'*Institute of Medicine* – organizzazione americana senza fini di lucro, grazie al contributo di Gordon (1983) e di Mrazek e Haggerty (1994). Tale classificazione propone una distinzione fra: prevenzione universale, prevenzione selettiva e prevenzione indicata, secondo le definizioni di seguito riportate.

¹² Si veda, il prossimo capitolo sugli attori della prevenzione a livello internazionale.

Prevenzione universale: si rivolge alla totalità della popolazione (nazione, comunità locale, scuola, quartiere ecc.), in cui tutti i soggetti sono considerati a rischio, allo scopo di prevenire o ritardare l'uso delle droghe.

Prevenzione selettiva: si riferisce a strategie rivolte a specifici gruppi che più di altri rischiano di sviluppare problemi legati alla tossicodipendenza. Essa si rivolge all'intero gruppo, indipendentemente dal grado di rischio di qualsiasi singolo individuo che appartiene ad esso. Il fine della prevenzione selettiva è prevenire l'abuso di sostanze stupefacenti rafforzando fattori di protezione quali la considerazione di sé stessi e le capacità di risolvere i problemi ed aiutando le persone ad affrontare in maniera efficace fattori di rischio quali vivere in un ambiente dove si fa uso di droghe¹³. La prevenzione selettiva si rivolge anche a situazioni particolari come i contesti ricreativi. Per fare qualche esempio, la prevenzione selettiva è quella che coinvolge immigrati, ragazzi che vivono in quartieri poveri o con famiglie multiproblematiche, e propone programmi per ragazzi che hanno abbandonato la scuola, persone con disturbi comportamentali ecc. L'identificazione del *target group* è molto importante, perché nella prevenzione selettiva è il gruppo di appartenenza ad essere considerato maggiormente a rischio e non solo il singolo soggetto.

Prevenzione indicata: rivolta a persone (anziché gruppi) riconosciute ad altissimo rischio (Lombi 2012, Cipolla 2011). Rivolta a persone riconosciute individualmente come ad alto rischio per lo sviluppo di un disturbo¹⁴. Come precisa l'EMCDDA (2003), si tratta di persone che hanno già sperimentato o mostrato segnali di pericolo verso l'uso di sostanze. La prevenzione indicata si pone l'obiettivo di evitare che la persona sviluppi una sindrome tossicomane. Secondo il NIDA, sono persone che non hanno ancora soddisfatto i criteri di dipendenza contenuti nel DSM-IV¹⁵ (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali). Ad esempio, all'interno della prevenzione indicata, possiamo inserire gli interventi di profilassi, la riduzione del consumo di THC in consumatori non problematici, la prevenzione di ricadute per coloro che hanno vissuto l'esperienza della tossicodipendenza, ecc.

¹³ EMCDDA (2003), *Focus sulle droghe n.10*, European Monitoring Centre for Drug Addiction, Lisbona, p. 1.

¹⁴ Leone L. e Celata C. (2006), *Per una prevenzione efficace*, Il sole 24 Ore, Milano, p.2.

¹⁵ Per un approfondimento esaustivo della definizione, si rimanda DSM-IV-TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, text revision, pp. 219-220.

L'EMCDDA nel 2009 introduce il concetto di intervento precoce¹⁶, esso è sovrapposto alla prevenzione indicata e posto prima del trattamento (figura 2.1). In questa area, il target di riferimento ha sperimentato droghe o mostra forti indicatori di sviluppo di abuso di sostanze, ma che non soddisfano i criteri per l'abuso di sostanze o di dipendenza del DSM IV o ICD-10.



Figura 2.1 - Relazione tra il modello USIP e il trattamento, fonte EMCDDA (2009)

L'EMCDDA (2013) inserisce la prevenzione ambientale, che come target fa riferimento a tutti i soggetti, le amministrazioni e gli ambienti coinvolti nei processi di prevenzione. L'obiettivo della prevenzione ambientale è creare una coerenza comunicativa e di comportamento preventivo in tutti quegli ambienti che le persone vivono, specialmente nei contesti dei giovani. Ad esempio, formare chi lavora nei locali notturni (gestori, promoter e personale dei locali), soggetti fondamentali per la veicolazione dei messaggi e per la diffusione di una cultura della moderazione e della modificazione dei comportamenti a rischio.

¹⁶ EMCDDA (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, OEDT, Lisbon, pp. 7-12, disponibile nel sito: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention> (Ultimo accesso 07/03/2014).

2.3. Gli approcci teorici della prevenzione

In questo paragrafo verranno presentati i diversi modelli di costruzione degli interventi di prevenzione che hanno ottenuto riconoscimenti a livello europeo. Va detto che i diversi livelli teorici di intervento sono strettamente correlabili e, spesso, difficilmente distinguibili a livello operativo.

2.3.1. L'approccio cognitivo – informativo

Gli interventi che si rifanno all'approccio cognitivo possono essere di tipo individuale, oppure collettivo. Questo approccio si sviluppa attraverso il riconoscimento del ruolo esercitato dalle informazioni (si parla infatti di strategia informativa). In base a questo modello, il compito della prevenzione, è informare sui rischi a breve/lungo termine correlati all'uso di droghe, per accrescere la consapevolezza della pericolosità e aumentare le conoscenze scientifiche sulle sostanze.

Un esempio, sono i manifesti murali tra fine degli anni Settanta e l'inizio degli anni Ottanta, i cui messaggi mettevano in allerta rispetto alla droga in generale, pur declinandola sempre al singolare, senza alcun tipo di distinzione tra le diverse sostanze. Lo scopo di tali messaggi era generare nei destinatari un forte impatto emotivo, facendo appello alla "paura". Tuttavia, fornire solo semplici informazioni, può generare una trappola e far scattare quel meccanismo del desiderio e della sfida (effetto boomerang). Si tratta di uno stile comunicativo che, purtroppo, tende ad essere replicato anche oggi, nonostante la contrarietà di gran parte della *policy community* e contro le evidenze scaturite da molti lavori di ricerca, sia europei che nord americani, che ne criticano pesantemente l'efficacia¹⁷.

Come sottolinea Grosso, queste campagne informative dovrebbero essere sostenute da un'informazione corretta su come ottenere aiuto, altrimenti possono rivelarsi un'azione dissuasiva ambivalente: essendo un'azione, di per sé promuove lo scopo contrario a quello al quale si tende¹⁸.

¹⁷ Cipitelli C. (2011), *Oltre la comunicazione dissuasiva. La comunicazione del rischio*, in <<Medicina delle Dipendenze>>, n. 1, pp.41-47.

¹⁸ Grosso L. (2012), *Prevenire senza mai abbandonare*, in << Animazione sociale>>, n. 267, pp. 28-39.

La teoria delle norme sociali viene inclusa nell'approccio informativo. E' stata elaborata da Perkind e Berkowitz (1986): sostiene che il nostro comportamento è influenzato dalle percezioni errate di come gli altri membri del nostro gruppo sociale pensano ed agiscono. La teoria suggerisce che le influenze dei pari si basano più su quello che pensiamo che gli altri credano e facciano (le "norme percepite"), che su proprie convinzioni e azioni (le "norme vere e proprie"). Per esempio, un ragazzo potrebbe sopravvalutare la permissività degli atteggiamenti e dei comportamenti dei pari, nei confronti dell'alcol, del tabacco, o verso l'uso di droghe. Questo atteggiamento di sopravvalutazione (divario tra "percepito e reale") induce a ritenere la condotta dei suoi coetanei "normale"¹⁹.

2.3.2. L'approccio educativo-promozionale

L'obiettivo di questi programmi è promuovere la salute, attraverso l'aumento delle capacità di base (*life skills*²⁰), l'apprendimento della gestione di informazioni utili, l'acquisizione di abilità comunicative e relazionali, la predisposizione d'interventi negli ambiti di vita. "Gli interventi preventivi, secondo questo modello, mirano a produrre cambiamenti a livello comportamentale, sviluppando adeguate strategie di *coping* e abilità che permettono di affrontare le influenze sociali e di mettere in atto comportamenti salutari²¹". 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, oltre a favorire l'adozione di comportamenti per proteggere se stessi e per promuovere relazioni sociali.²²Tra le strategie della *life skills education*, viene compresa la *peer education* (PE), che merita un ulteriore approfondimento.

¹⁹ Vigna-Tagliati F., Vadrucchi S. e i Gruppi di Studio (2012), *EU-Dap/Unplugged*, in<< Medicina delle Dipendenze>>, n.1, pp. 35-45

²⁰ L'approccio *life skills* enfatizza le competenze personali come punto focale per gli interventi di prevenzione. Il glossario dell'OMS (1998) le *life skills* vengono definite come "l'insieme delle abilità utili per adottare un comportamento positivo e flessibile e far fronte con efficacia alle esigenze e alle difficoltà che si presentano nella vita di tutti i giorni". 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 (Leone, Celata, 2006).

²¹ Orlandini D., Nardelli R. e Bottignolo E. (a cura di) (2004), *Prevenzione delle dipendenze in ambito scolastico. Dagli aspetti teorici agli aspetti teorici – operativi*, pubblicazione dell'Az. ULSS n.1, Grafiche Venete srl, Quarto d'Antino (VE).

²² Marino V. e Benedusi M. (a cura di) (2010) *Fare prevenzione: appunti e linee guida regionali sulla prevenzione delle dipendenze*, pubblicazione del Dipartimento delle Dipendenze ASL di Varese, Tipolitografia Galli & C., Varese.

La PE, come metodologia di intervento sociale, ha trovato negli ultimi anni numerosi e variegati momenti di sviluppo e attuazione. Viene soprattutto impiegata nelle scuole con i ragazzi. Nasce negli Usa negli anni Settanta, per poi diffondersi in Europa negli anni Novanta. La PE deriva dalla teoria dell'apprendimento sociale²³, a partire dall'osservazione che è dimostrato che la comunicazione preventiva tra pari (*peer to peer*) funziona meglio di quella pensata esclusivamente dagli adulti e successivamente rivolta ai giovani²⁴. Questa metodologia, fa anche riferimento alle teorie dell'influenza sociale, con l'obiettivo di ampliare lo spazio d'intervento della prevenzione classicamente intesa, valorizzando il ruolo del gruppo dei pari come spazio di elaborazione dei comportamenti²⁵.

Negli Stati Uniti, non sempre i progetti basati sulla PE hanno ottenuto i risultati sperati (Lombi, 2012). Per questo motivo, i ricercatori del CSAP (1998) concordano nel riconoscere un ruolo importante agli adulti e d'investire sulla formazione dei *peer leader* (NIDA, 2003). Il *peer leader*, è un adulto che segue un periodo di formazione, per poi essere inserito all'interno di un gruppo target e assumere la funzione di guida (mentore) lungo tutto l'iter del progetto. La *Prima carta della peer education*²⁶, evidenziava il ruolo degli adulti che possono svolgere un lavoro di rete tra istituzioni, una presenza costante e attenta volta ad accompagnare, ad evitare le derive, a sostenere, a condividere, in ultima analisi, questa sfida. In definitiva, i *peer educator* assumono il ruolo di facilitatori della comunicazione e favoriscono l'apprendimento emotivo attraverso la discussione nel gruppo dei pari.

In un contesto educativo "sano", la PE non deve divenire il paravento per quella che Lavanco (2004) chiama *poor education*, ossia disimpegno intellettuale, economico e sociale delle agenzie educative verso gli adolescenti.

²³ Teoria apprendimento sociale: si basa sull'interrelazione esistente tra persona, ambiente e comportamento. Tale teoria attribuisce particolare importanza alle capacità dell'individuo di elaborare delle risposte agli stimoli che provengono dall'ambiente esterno, sulla base del gruppo sociale nel quale è inserito e dei comportamenti assunti dai membri del *peer-group*.

²⁴ Serpelloni G., Bonci A. e Rimondo C. (2009), *Cocaina e minori, Linee d'indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze*, Dipartimento Politiche Antidroga, Sommacampagna.

²⁵ Lavanco G e Mandalà M. (2004), *Peer o poor education? Verso gruppi di auto – riflessione partecipata*, in <<Animazione sociale>>, vol. 5, pp. 53-58.

²⁶ Carta siglata da un gruppo di *peer educator* in occasione del I congresso sulla *peer education* tenutesi a Verbania nell'ottobre 2003.

2.4. Fattori condizionanti: fattori di rischio e fattori di protezione

Diversi studi condotti dal NIDA (2003) e dall'EMCDDA (2006) hanno identificato i fattori che si associano più significativamente all'insorgere, all'incrementarsi ed al persistere nel tempo dell'uso di sostanze che generano dipendenza. Le ricerche dell'EMCDDA (2006), condotte su coloro che hanno consumato sostanze o ne hanno già sviluppato una dipendenza, hanno rilevato come ci sia una maggiore predisposizione di sviluppare tali comportamenti problematici, in particolari sottogruppi rispetto alla popolazione generale. Ad esempio, una ricerca condotta nei Paesi Bassi mostra che, mentre soltanto l'8% degli alunni di età compresa tra 12 e 16 anni ha di recente assunto cannabis, questo valore sale al 14% degli alunni di scuole speciali, al 35% di coloro che prendono parte a progetti che consentono di assentarsi dalla scuola ed al 76% dei giovani senza tetto (EMCDDA,2006).

La comprensione dei fattori di rischio legati ai problemi emergenti di consumo di sostanze rappresenta un aspetto molto importante per lo sviluppo di interventi di prevenzione mirati. I fattori associati ad una maggiore propensione all'abuso di droga sono chiamati fattori di rischio, mentre quelli associati ad una ridotta propensione all'abuso sono chiamati fattori di protezione²⁷.

Lo studio dei fattori di rischio e dei fattori di protezione nasce in ambito medico-igienistico; solo successivamente diventa d'interesse anche per la ricerca in campo preventivo.

La direzione del comportamento dipende da come i fattori condizionanti (individuali, ambientali, della sostanza) agiscono sull'individuo: se agiscono come fattori di rischio, il soggetto avrà una condizione di "vulnerabilità" alla dipendenza con aumentate possibilità di cominciare a far uso di sostanze e sviluppare dipendenza; se agiscono come fattori protettivi, il soggetto avrà maggiori possibilità di non iniziare a far uso di droghe (Serpelloni, Bonci, Rimondo, 2009).

Il potenziale impatto di rischi specifici e fattori protettivi cambia con l'età: ci sono età di transizione durante le quali i giovani sono più suscettibili all'uso di droghe (NIDA, 2003). Ad esempio, in adolescenza l'aggregazione con il gruppo dei pari, può portare maggiormente alla sperimentazione delle sostanze. In una recente ricerca²⁸, sono stati

²⁷ NIDA (2003), *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescent. A research – based guide for parents, educators and community leaders*, OEDT, Lisbon.

²⁸ Stone A.L., Becker L.G & Humber A.M (2012) *Review of risk and protective factors of substance use and problem use emerging adulthood*, in <<Addictive Behaviors>>, vol. 37, n. 7, pp. 747-775.

studiati i fattori di rischio permanenti (che non cambiano nel tempo) e i fattori di rischio/protezione variabili (che possono essere modificati attraverso un intervento), che influenzano l'uso di sostanze nella prima in età adulta. I fattori variabili, inoltre, sono stati distinti in fattori contestuali, relativi alla società e alla cultura, e fattori interpersonali relativi all'individuo e alla sua vita personale. Il documento analizza 114 articoli realizzati negli ultimi 10 anni. Emerge dalla lettura come molti dei fattori di rischio e di protezione associati al consumo problematico di sostanze in età adulta siano i medesimi che influenzano l'uso in adolescenza. Il rischio relativo al consumo di sostanze aumenta quando è associato: al genere maschile, ad una storia familiare di dipendenza, a disturbi del comportamento esternalizzati, a un atteggiamento favorevole rispetto l'uso, a un basso rendimento scolastico, all'uso precoce di sostanze in adolescenza. Inoltre, la maggior libertà e il minor controllo sociale che caratterizzano la prima età adulta aumenterebbero la probabilità d'uso, come anche andare ad abitare da soli e frequentare l'Università. Trovare un lavoro, sposarsi e convivere sono, invece, predittivi di un minor consumo di sostanze. Infine, gli studi esaminati suggeriscono che gli interventi di prevenzione debbano iniziare già dalla prima nascita, con l'educazione alla genitorialità, e proseguire durante l'infanzia e l'adolescenza promuovendo lo sviluppo di abilità emotive, sociali e cognitive.

Il NIDA (2003) riassume l'importanza del tenere in considerazione i fattori di rischio e i fattori di protezione in quattro principi, che sono:

Principio n. 1

I programmi di prevenzione dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre i fattori di rischio.

- Il rischio di diventare tossicodipendente dipende dal rapporto tra il numero e la tipologia dei fattori di rischio (es. atteggiamenti e comportamenti devianti e il numero e la tipologia dei fattori di protezione (per es. il sostegno genitoriale).
- L' impatto potenziale di determinati rischi e dei fattori protettivi cambia con l'età. Per esempio, su un bambino hanno un maggior impatto i fattori di rischio all'interno della famiglia, mentre, per un adolescente, un fattore di rischio più significativo potrebbe essere la frequentazione di ragazzi tossicodipendenti.

- Un intervento precoce sui fattori di rischio (per es. su un comportamento aggressivo e su una scarsa capacità di autocontrollo) ha spesso un impatto maggiore rispetto ad un intervento successivo in quanto va a modificare il percorso di vita di un bambino allontanandolo dai problemi e indirizzandolo verso comportamenti positivi.
- Anche se i fattori di rischio e quelli di protezione possono riguardare persone di tutti i gruppi, possono avere un effetto differente a seconda dell'età, del genere, dell'etnia, della cultura e dell'ambiente.

Principio n. 2

I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di sostanze: dall'utilizzo di una sola sostanza a quello di più sostanze contemporaneamente; l'uso di droghe legali quali per es. l'alcool o il tabacco da parte di minorenni, l'uso di droghe illegali come per es. la marijuana o l'eroina; l'uso inappropriato di sostanze.

Principio n. 3

I programmi di prevenzione dovrebbero adattarsi al problema d'abuso specifico della comunità locale, modificare i fattori di rischio e rafforzare i fattori di protezione identificati.

Principio n. 4

I programmi di prevenzione, per accrescere la loro efficacia, dovrebbero considerare i fattori di rischio specifici e caratteristiche della popolazione quali l'età, il sesso e l'appartenenza etnica.

Va comunque considerato che, nonostante la numerosità di studi in questo campo, non vi è ancora una chiara distinzione fra quali sono i fattori di rischio e di protezione associati a diversi stili di consumo (quali l'uso sperimentale e ricreativo, l'abuso e la dipendenza) ed al diverso tipo di sostanza consumata (Orlandini, Nardelli, Bottignolo, 2004). Inoltre, i ricercatori hanno identificato i vari fattori associati all'abuso di sostanze (e al mancato uso), ma non hanno ancora individuato le cause dell'abuso di sostanze. In ogni modo, va precisato che la maggior parte degli individui a rischio d'uso di droghe non inizia sempre a far uso di droghe, o non sviluppa una dipendenza. Infine, un fattore di rischio per una persona potrebbe non esserlo per un'altra. Ad esempio, un ragazzo che cresce con

genitori che trasmettono deboli fattori protettivi, ma che nel tempo incontra forti fattori protettivi (altre figure significative) a fronte di deboli fattori di rischio, ha un basso rischio di *addiction*.

2.5. Verso un approccio basato sull'evidenza e/o sull'efficacia

Storicamente, gli approcci basati sull'evidenza (o sulle prove di efficacia), sono stati particolarmente utilizzati in campo medico, dove si parla di *Evidence-Based Medicine* (EBM)²⁹. In particolare, la prima ad avvicinarsi è stata la medicina clinica (cura del paziente) da cui è derivato il concetto di "buona salute" e poi, quella delle dipendenze; solo più tardi l'approccio *Evidence-Based* è arrivato ad interessare anche la prevenzione delle dipendenze. Nel settembre 1999 si costituì a Bologna un gruppo di esperti con l'obiettivo di promuovere ogni iniziativa utile a garantire e a dimostrare l'efficacia dei progetti di prevenzione. Tale procedura venne chiamata *Evidence Based Prevention* (EBP). Le ricerche del gruppo rilevarono che la maggior parte degli studi esaminati erano inutili e costosi; per la quasi totalità di quei programmi non fu possibile valutare se avessero prodotto dei danni o dei vantaggi. L'EBP permette di individuare pratiche preventive che possono garantire risultati soddisfacenti; ricorre a programmi, analizzati da esperti del settore, sulla base di criteri stabiliti dalla ricerca empirica. Tali criteri esplicitano una teoria di riferimento e utilizzano una chiara metodologia di ricerca attraverso l'utilizzo sia di metodi qualitativi (es: analisi diari, report), sia di metodi quantitativi.

Uno degli strumenti più utilizzati negli approcci *Evidence-Based* è rappresentato dalle revisioni sistemiche, che hanno l'obiettivo di riassumere le evidenze disponibili e identificare con metodologia standardizzata quali interventi funzionano o meno e come funzionano. Il passo successivo consiste nell'incorporare la complessità del tipo e della qualità delle prove di efficacia in una sintesi chiara ed immediatamente fruibile, che si esplicita attraverso linee guida. L'EMCCDA³⁰, nel creare un insieme di conoscenze condivise, ha predisposto una piattaforma informatica, denominata EDDRA (*Exchange on Drug Demand Reduction Action*), che si propone di diffondere notizie articolate sui

²⁹ Questo tipo di approccio utilizza studi randomizzati controllati: si utilizzano due gruppi con una determinata patologia, al gruppo sperimentale si somministra un intervento (es. antibiotico), al gruppo di controllo si fornisce un placebo. Infine, si studia le variabili dei risultati tra i due gruppi per verificare l'efficacia dell'intervento (Lombi, 2012).

³⁰ Si veda il sito internet, <http://www.emccda.europa.eu/country-data/prevention/2011>

progetti di intervento in Europa in materia di sostanze psicotrope, distinguendo per tipologia di progetto, per target, per tipo di approccio e per tipologia di valutazione (Lombi, 2012).

Il Center for Substance Abuse Prevention (CSAP)³¹, è uno dei maggiori organismi internazionali che si occupa di prevenzione delle dipendenze. Si riportano di seguito i tre principi per il successo della prevenzione, riportati dal Northeast CAPT del CSAP, emersi dalla revisione dei programmi di prevenzione delle dipendenze basati sull'evidenza scientifica:

1. Seguire modelli teorici che considerino approcci sia individuali, sia ambientali. Le molte teorie che vengono considerate nei programmi presentano ipotesi circa il cambiamento, o il mantenimento di comportamenti positivi, e circa i fattori che supportano il cambiamento. Nello sviluppare dei programmi preventivi è importante considerare l'intero spettro di teorie circa i cambiamenti individuali, organizzativi e sociali.
2. Applicare strategie diversificate in *setting* diversificati. Quando i programmi preventivi utilizzano strategie diversificate, adeguate al contesto, per raggiungere un unico obiettivo la probabilità di successo degli stessi aumenta.
3. Seguire un disegno logico nella progettazione che includa la valutazione. Per ottenere dei risultati positivi nel processo di pianificazione strategica è necessario effettuare un'analisi dei bisogni, un'analisi della popolazione coinvolta, definire delle attività chiaramente collegate agli obiettivi e alle finalità del programma, implementare strategie e modelli basati sulle evidenze scientifiche e valutare i risultati del programma al fine di ottenere dei feedback per poter ridefinire il programma stesso.

Sempre il CSAP (2001), ha stilato una sintetica lista di principi scientificamente definibili e comprovati, utili a strutturare programmi di prevenzione delle dipendenze efficaci. Questi principi sono organizzati in sei domini (ambiti), cioè specifiche aree d'interesse (individuale, della famiglia, dei pari, della scuola, della comunità e della società).

Nel rapporto del NIDA redatto nel 2003 si introduce il concetto di "prevenzione basata sulla ricerca"; vengono indicati i principi, scientificamente comprovati e definibili come

³¹ CSAP – Center for Substance Abuse Prevention (2001), *Science – based substance abused prevention*, in MD: Substance Abuse and Mental Health Service administration, Rockville.

efficaci, della prevenzione delle dipendenze. L'ultima parte del rapporto esamina la relazione costi-benefici, affermando che la ricerca ha dimostrato, prendendo in considerazione i costi, che prevenire l'abuso di sostanze e altri comportamenti problematici può produrre un vantaggio decisivo. Di fronte ai significativi costi che i programmi di prevenzione impongono – percepiti ancor più drammaticamente in un periodo di crisi economica – la valutazione dell'efficacia dei programmi diviene sempre più parte essenziale delle politiche pubbliche (Lombi, 2012).

2.6. L'implementazione dei programmi di prevenzione

Uno dei criteri principali per la descrizione dei programmi “*Evidence Based*” è la replicabilità dei risultati in contesti differenti. Andreasson (2010) rileva che in Svezia e in Norvegia, son stati intrapresi notevoli sforzi per attuare programmi *Evidence-Based* – per lo più originari dagli Stati Uniti: purtroppo, non hanno prodotto risultati dimostrabili sugli effetti e i danni del consumo³². Alcuni studiosi hanno recentemente messo in dubbio i risultati dei programmi di prevenzione, perché essi non possono essere facilmente replicati in diversi contesti e in diverse culture. Il termine “*external validity*” è stato coniato per valutare la generalizzabilità, l'applicabilità e la prevedibilità (GAP) dei risultati d'intervento, perché gli interventi di prevenzione sono processi sociali complessi, che di per sé influenzano e sono influenzati dal loro contesto sociale.

Secondo il NIDA (2003), la ricerca ha dimostrato che il modo in cui viene implementato un programma ne determina l'efficacia. I programmi che non sono stati ancora adattati e studiati in un protocollo di ricerca, andrebbero implementati senza modifiche per assicurare risultati efficaci. Tuttavia, non dobbiamo dimenticarci che gli atteggiamenti verso le sostanze cambiano rispetto alla cultura e alle aree geografiche, per cui è difficile immaginare programmi universalmente validi e che questi interventi vengano espletati con la convinzione che debbano funzionare per definizione³³. Si è discusso ampiamente a livello europeo, dei programmi preventivi nati in America e successivamente implementati in Europa. Da una recente pubblicazione dell'EMCDDA (2013)³⁴, emerge,

³² Andreasson S. (2010), *Premature adoption and dissemination of prevention programmes*, <<Addiction>> 105(4), pp. 583–584.

³³ Piani P.P (2001), *Nuove e vecchie droghe: uso, abuso e prevenzione*, <<il Mulino>>, n.2, pp. 235-242

³⁴ EMCDDA (2013), *North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?*, OEDT, Lisbon.

infatti, che la diversità culturale tra America del Nord (Canada e Stati Uniti) e Europa è da tenere chiaramente presente. Il documento esplora i programmi³⁵ che sono stati attuati e valutati in diverse culture e contesti europei (figura 2.2); essi illustrano il potenziale di innovazione dei quattro pilastri della prevenzione (universale, selettiva, indicata e ambientale).



Figura 2.2 - Mappa dei luoghi di attuazione dei quattro programmi di prevenzione in Europa (EMCDDA, 2013)

<p>Preventure</p>	<p>Programma indicato per la scuola e gli adolescenti. L’obbiettivo è agire sui fattori di rischio che compromettono la personalità dell’individuo (depressione, ansia, paura del fallimento, ricerca di sensazioni e la voglia di esperienze intense/nuove) e sull’insorgenza precoce dell’uso di sostanze. Nel caso in cui la personalità è compromessa dai fattori di rischio, l’uso di sostanze può essere una risposta come automedicazione.</p>
<p>The Good Behaviour Game (GBG)</p>	<p>GBG non è un tipico programma di prevenzione in aula, ma piuttosto un modo di gestire tutta la scuola primaria durante le lezioni regolari e durante la socializzazione dei bambini auto-controllata (ricreazione).</p>

³⁵ Le valutazioni delle implementazioni europee di ciascuno dei quattro programmi possono essere trovate sul sito web dell’OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>) e i commenti critici, le recensioni e i risultati dei programmi possono essere visti <http://findings.org.uk/>.

	Il GBG favorisce l'avvicinamento alle regole e il comportamento pro-sociale tra compagni di classe. Mira a ridurre l'aggressività e i comportamenti violenti, che sono noti per essere correlati all'uso di sostanze. Il programma sottolinea il ruolo degli "altri significativi" (insegnanti e pari nel contesto scolastico) e le tecniche basate sulla teoria dell'apprendimento.
The Strengthening Families Program (SFP)	Questo programma è per i genitori e i bambini da 3 a 5 anni, da 6 a 11 anni e da 12 a 16 anni in famiglie ad alto rischio. In origine era stato pensato per interventi selettivi, poi è stato esteso ad un uso universale. Le sessioni SFP comprendono le componenti principali dei programmi di <i>Evidence-Based</i> . Una caratteristica essenziale del programma è che coinvolge non solo i genitori o i figli individualmente, ma tutta la famiglia, in tre corsi paralleli. L'obiettivo del programma è migliorare le interazioni tra genitori e figli per rafforzare il ruolo educativo dei genitori.
Communities That Care (CTC)	La strategia di prevenzione del CTC ha lo scopo d'identificare i programmi efficaci che soddisfano la prevenzione dei bisogni della comunità, migliorando l'ambiente e l'interazione tra le persone. La CTC non è un programma di prevenzione di per sé, ma piuttosto un sistema di prevenzione che fornisce consulenza, formazione e ricerca basata sugli strumenti per la comunità. Promuove lo sviluppo positivo dei bambini e dei giovani, per prevenire comportamenti problematici (uso alcol e droga, delinquenza, abbandono scolastico e violenza).

I programmi di prevenzione dovrebbero tenere conto delle due principali componenti interagenti con l'ambiente: cultura (valori, credenze, uso della lingua, tradizioni e norme informali) e contesto (sistema scolastico, organizzazione amministrativa e le regole formali). Una preoccupazione, probabilmente la più importante per un programma di prevenzione in un contesto diverso, è la fedeltà nell'implementazione: cosa succede se esso è applicato in modo diverso, se le persone coinvolte sono poco formate o è incompleto? Dalla lettura dei quattro programmi di prevenzione presentati dall'EMCCDA, emerge che la formazione e la motivazione del personale coinvolto, sono fondamentali.

Nella pubblicazione (EMCDDA, 2013), l'idea di cultura viene intenzionalmente scomposta in due concetti più limitati, il contesto, inteso come organizzazione politica e sociale, e la cultura in senso stretto, intesa come valori e credenze. Entrambi, contesto e cultura, si influenzano reciprocamente e sono condizionati dagli aspetti geo-storici dei territori presi in considerazione.

Certamente, molti degli ostacoli riscontrati nell'attuazione dei quattro programmi, come la mancanza di finanziamenti e la scarsa motivazione degli insegnanti, possono essere visti come questioni culturali, nel loro significato più ampio, che comprende non solo politica e organizzazione sociale, ma anche condizioni materiali come il modo in cui vengono utilizzati gli spazi, le infrastrutture, gli edifici; nonché le leggi, gli usi e i costumi, come il tempo libero a disposizione della popolazione.

Tuttavia, è proprio questa tendenza ad inglobare quasi tutto nella "cultura" che ha indotto i professionisti a considerarla un'entità amorfa e metafisica, e a ritenere le differenze culturali un ostacolo insormontabile al trasferimento dei programmi.

Le esperienze di adattamento dei programmi, qui descritte, potrebbero contribuire a sfatare il luogo comune dell'impossibilità di trasferire un programma da una cultura all'altra. La chiave del successo dell'adattamento di un programma, sta nello sforzo da parte degli esperti locali e degli informatori, di adattare il programma al contesto per renderlo accettabile nel nuovo ambiente, pur mantenendo l'idea centrale, di modo che non perda la sua efficacia. I principi fondamentali di un programma si basano soprattutto sulla sua struttura, rispetto ai contenuti. (Jonkman, 2009) Ad esempio, la discussione circa la SFP suggerisce che il contenuto può e deve essere adattato alla differente cultura, mentre il protocollo (sedute familiari, incentivi) deve essere mantenuto inalterato.

L'adeguamento di un programma ad una differente cultura, deve avvenire attraverso una riformulazione per quanto riguarda immagini ed esempi, che vadano a considerare le diverse norme e valori della cultura in oggetto. Per raggiungere lo scopo, si ricorre all'aiuto del gruppo target e delle altre persone significative, inserite nel nuovo ambiente.

L'adeguamento al contesto, invece, richiede una maggior conoscenza dell'organizzazione, della politica e delle infrastrutture, e il loro coinvolgimento nel processo di pianificazione. Anche il capitale sociale deve essere considerato per valutare risorse e resistenze ad un intervento, per poter adattare la strategia di attuazione di conseguenza; e decidere fino a

che punto debbano essere coinvolti gli enti locali, e valutare quanto ci si possa aspettare dal coinvolgimento diretto dei genitori e della comunità.

Importanti strumenti utilizzati per adattare i programmi e coinvolgere le popolazioni oggetto di intervento, sono i *focus group*, i gruppi nominali e altri metodi di ricerca qualitativa; attraverso i quali vengono superate le resistenze all'attuazione dei programmi.

Bisogna inoltre considerare che è più difficile adattare un programma ad un contesto diverso, rispetto ad una cultura differente. Si riscontrano, infatti, meno difficoltà nell'adattare a diverse culture, programmi che si rivolgono ai singoli individui e alle loro caratteristiche di personalità; sostanzialmente basati su teorie neuro-comportamentali; essendo questi programmi, meno influenzati dal contesto. Si riscontrano maggiori ostacoli nel trasferimento di programmi che debbano concentrarsi sulla comunità nel suo complesso, e che siano collegati ad altri programmi di prevenzione, oltre che dipendere da infrastrutture, organizzazione comunitaria e capitali sociali rilevanti.

Ad esempio, il programma CTC (che appartiene a questa seconda categoria più complessa) richiede più sforzo, rispetto a *Preventure*, per garantire la comunicazione, il rispetto dei ruoli, la fiducia e la collaborazione tra i diversi livelli di partnership.

CAPITOLO 3

Ambiti e attori della prevenzione delle dipendenze

3.1. Gli attori sulla scena globale

L'impatto di produzione, traffico, mercato, uso, abuso e dipendenza da sostanze ha portato la comunità internazionale a ritenere indispensabile l'elaborazione di strategie a livello internazionale³⁶. Assume un ruolo fondamentale, nel definire le priorità politiche e le linee strategiche d'intervento, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite. Fondata nel 1945 in base alla Carta delle Nazioni Unite, fornisce un forum unico per la discussione multilaterale di tutto lo spettro delle questioni internazionali contemplate dalla Carta. L'ONU è stata la prima istituzione internazionale a proporre un sistema globale di osservazione e controllo della droga. Pochi sanno che in Italia il 26 giugno ricorre la Giornata internazionale contro la droga. Secondo l'ONU è possibile vincere la droga, a condizione però che tutti i Paesi condividano le conoscenze e si alleino con coerenza in questo progetto internazionale.

Ogni anno l'ONU presenta la situazione mondiale attraverso il *World Drug Report*, in cui viene descritto il consumo di sostanze illecite nel mondo e vengono delineate le iniziative più positive.

Nel 1977 venne fondata l'UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*) dalla fusione tra il Programma delle Nazioni Unite sul Controllo della Droga e il Centro per la prevenzione della criminalità. L'obiettivo dell'UNODC è quello di rafforzare l'azione internazionale contro la produzione, il traffico e le attività criminali connesse alla droga³⁷. A ciò si affianca un'attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze, che passa anche attraverso la sensibilizzazione, tramite campagne mondiali, ai pericoli connessi al consumo di droga³⁸.

³⁶ Celata C. (2012), *Gli attori della prevenzione: una rassegna non esaustiva*, in <<Medicina delle Dipendenze>>, n.6, pp. 64-71.

³⁷ Sono tre i trattati internazionali relativi alle droghe come riferimento ai programmi dell'UNODC: la Convenzione unica sugli stupefacenti, del 1961, modificata dal Protocollo del 1972, la Convenzione sulle Sostanze Psicotrope del 1971 e la Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope del 1988. (Update e Piano d'Azione Nazionale NPS). INCB (*International Narcotics Control Board*) è il responsabile per l'applicazione dei tre trattati.

³⁸ Presentazione dell'UNODC, redatta dall'Unità Affari Internazionali del Dipartimento Politiche Antidroga (aggiornato al 6 Giugno 2011), disponibile al sito internet: www.politicheantidroga.it/internazionale/onu/unodc---presentazione.aspx (Ultimo accesso: 14/06/2014).

L'UNODC attraverso campagne educative e basandosi sulle conoscenze scientifiche, cerca di convincere i giovani a non usare droghe illecite; incoraggia le persone tossicodipendenti a farsi curare e sostiene i governi a vedere il consumo di droga come un problema di salute, e non come un crimine. Sono attivati dall'UNODC diversi progetti internazionali in cui viene affrontato il tema della prevenzione, essi sono suddivisi principalmente in tre aree: famiglia, scuola e luoghi di lavoro³⁹.

In Italia nel 2012, con la collaborazione dell'UNODC nasce il "Consorzio Internazionale di Solidarietà per la prevenzione dell'uso di droga", la creazione del Consorzio è stata anticipata dalla sottoscrizione di una dichiarazione internazionale congiunta contro la legalizzazione delle droghe a cui avevano aderito Svezia, USA, Regno Unito, Russia e Italia⁴⁰. Il consorzio di solidarietà - ha dichiarato Elisabetta Simeoni, Direttore Generale e Responsabile degli Affari Internazionali del DPA e coordinatrice dell'evento - nasce con l'intento di aggregare in maniera fortemente solidale gli Stati per condividere modelli, linee guida, esperienze, in materia di prevenzione e riduzione della domanda, con l'obiettivo di sostenere prima di tutto i responsabili politici dei vari Paesi aderenti, nella pianificazione di strategie sempre più precoci ed incisive basate su prove scientifiche e indirizzate principalmente agli adolescenti, alle loro famiglie ed agli educatori per fornire loro un'offerta sempre più specifica ed adeguata alle nuove esigenze informative, assistenziali e di recupero⁴¹.

Un altro organismo che dipende direttamente dalle Nazioni Unite è il CND (*Commission on Narcotic Drugs*) che svolge funzioni legate allo studio degli scenari internazionali relativi al controllo globale delle droghe, con particolare riguardo agli ambiti della prevenzione, riabilitazione, offerta e traffico internazionale delle droghe illegali (Lombi, 2012).

L'UNODC promuove programmi comuni con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO – World Health Organization). Il WHO dal 1948 ha avuto un ruolo fondamentale nel sistema mondiale per il controllo delle droghe e lo sviluppo di strategie preventive globali.

³⁹ Definizione disponibile sul sito dell'UNODC al sito internet: <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/index.html> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

⁴⁰ DPA (2013), Relazione annuale al Parlamento 2013: uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia, disponibile al sito internet: <http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2013/presentazione.aspx> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

⁴¹ Comunicazione del Dipartimento Politiche Antidroga disponibile al sito internet: [www.politicheantidroga.it/comunicazione/comunicati/2012/settembre/nasce-un-consorzio-internazionale-di-solidarieta'-per-la-prevenzione-dell'uso-di-droghe-\(1\).aspx](http://www.politicheantidroga.it/comunicazione/comunicati/2012/settembre/nasce-un-consorzio-internazionale-di-solidarieta'-per-la-prevenzione-dell'uso-di-droghe-(1).aspx) (Ultimo accesso: 14/06/2014).

Molto importante è la Carta di Ottawa (WHO, 1986) che contiene i principi per la Promozione della Salute e il documento elaborato dall'Assemblea Mondiale per la Salute *Health21* (WHO, 1999), in cui sono contenuti 21 obiettivi per migliorare la salute a livello europeo (obiettivo n. 12: ridurre i danni da alcol, droghe e tabacco).

Il WHO porta avanti la sua battaglia contro le droghe in un'ottica particolare, cioè si dichiara come l'unica agenzia che affronta tutte le sostanze psicoattive a prescindere dallo stato legale loro assegnato⁴². Inoltre, il WHO (2001) distingue gli interventi a seconda del momento in cui sono attuati: si parla di *inoculation* (vaccinazione) se si opera in una fase in cui il soggetto è probabilmente lontano da forme di consumo; gli interventi *early relevancy* (pertinenza anticipata) sono attuati nel periodo prossimo al possibile consumo; infine, il modello *later relevancy* (pertinenza posticipata) si realizza quando il consumo è presumibilmente già in atto⁴³.

3.2. Gli attori sulla scena europea

L'Unione Europea (UE) è un soggetto politico a carattere sovranazionale e intergovernativo che, dal 1° luglio 2013, comprende 28 Paesi membri indipendenti e democratici⁴⁴.

La sua istituzione, sotto il nome attuale, risale al trattato di Maastricht del 7 febbraio 1992, entrato in vigore il 1° novembre 1993. Vengono utilizzati per la pianificazione delle politiche comunitarie: piani d'azione comunitari, strategie e libri bianchi. L'UE emana a livello comunitario specifici bandi per il cofinanziamento di programmi sovranazionali per la prevenzione (Bandi Sanità Pubblica), questi programmi si rivelano una preziosa occasione per lo scambio di conoscenze nell'UE e per la costruzione dal basso di politiche innovative (Celata, 2012). L'UE, per il periodo dal 1° gennaio 2007 al 31 dicembre 2013 istituì il programma «prevenzione e informazione in materia di droga», che s'inseriva nell'ambito del programma generale "diritti fondamentali e giustizia" e mirava a sostenere progetti volti a prevenire il consumo di droga. Gli obiettivi generali del programma erano: prevenire e ridurre il consumo di droga, la tossicodipendenza e gli

⁴² Vanni A. (2009), *Adolescenti. Tra dipendenze e libertà*, San Paolo, Alba (Cuneo), pp. 239-264.

⁴³ Lanzetti C., Lombi L. e Marzulli M. (a cura di) (2008) *Metodi quantitativi e qualitativi per la ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano, pp- 54-61.

⁴⁴ Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria.

effetti nocivi a essa correlati, contribuire a migliorare l'informazione sul consumo di droga e sostenere l'attuazione della strategia antidroga dell'UE. Recentemente, il Consiglio europeo ha approvato la strategia dell'Unione Europea in materia di droga per il periodo 2013-2020.

La presente strategia, nell'ambito della prevenzione, ha individuato diverse priorità per quanto riguarda la riduzione della domanda di droga: promuovere l'utilizzo e lo scambio di migliori prassi e sviluppare/attuare standard di qualità nel settore della prevenzione (ambientale, universale, selettiva ed indicata); sensibilizzare la popolazione ai rischi e alle conseguenze del consumo di droghe; migliorare la disponibilità e l'efficacia dei programmi di prevenzione (dall'impatto iniziale fino alla sostenibilità a lungo termine).

Nella riduzione della domanda, inoltre, la prevenzione dovrebbe includere l'individuazione precoce e l'intervento tempestivo, la promozione di stili di vita sani e della prevenzione mirata (selettiva e indicata) diretta anche alle famiglie e alle comunità⁴⁵.

Nell'ambito del Consiglio d'Europa⁴⁶, l'organismo intergovernativo per questo settore è stato istituito nel 1971. Si tratta del Gruppo Pompidou di Cooperazione per la lotta all'abuso e al traffico illecito di droga. La missione principale del Gruppo Pompidou è quella di contribuire allo sviluppo di politiche multidisciplinari, innovative e efficaci basate su prove scientifiche. Il gruppo Pompidou ha lanciato nel 2004 il "premio europeo sulla prevenzione della tossicodipendenza", è assegnato ogni due anni ai tre progetti di prevenzione che hanno pienamente coinvolto i giovani, sia nello sviluppo che nella realizzazione delle attività⁴⁷.

Particolare rilievo merita anche l'Osservatorio Europeo delle tossicodipendenze (OEDT/EMCDDA – *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*), istituito nel 1993 e successivamente inaugurato a Lisbona nel 1995. L'obiettivo dell'EMCDDA consiste nel fornire all'UE e agli Stati membri una visione realistica dei problemi legati alla droga in Europa e una base solida di evidenze che supportino il dibattito sugli

⁴⁵ Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea, raccomandazioni consiglio, Strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2013-2020), 29-12-2012, C 402/1

⁴⁶ Il Consiglio d'Europa comprende oggi 47 Paesi, informazioni disponibili al sito internet: <http://hub.coe.int/it/> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

⁴⁷ Informazioni disponibili al sito internet del Consiglio d'Europa: http://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Initiatives/PreventionPrize/default_en.asp (Ultimo accesso: 14/06/2014).

stupefacenti. L'EMCDDA può contare sui contributi di circa 30 centri monitoraggio (rete *Retoix*), che si occupano della raccolta e dell'analisi dei dati internazionali, i dati sono rilasciati nelle Relazioni annuali sull'evoluzione del fenomeno della droga in Europa e in molte altre pubblicazioni. Inoltre, fornisce strumenti e supporti tecnico scientifici, come *PERK*⁴⁸ (prevenzione e kit di valutazione delle risorse, e come abbiamo visto nel capitolo precedente la banca dati EDDRA). Molto importante per il miglioramento della qualità degli interventi preventivi è il Manuale *European drug prevention quality standards*⁴⁹, che è una seconda edizione aggiornata delle linee guida per la valutazione della prevenzione delle tossicodipendenze.

3.3. Gli attori nazionali

In Italia sono le singole Regioni e Province autonome le vere responsabili dell'impatto generale degli interventi e delle strategie territoriali soprattutto per la prevenzione⁵⁰.

Allo Stato sono riservati in via esclusiva la definizione dei principi fondamentali e la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, mentre alla Regioni il compito di come attuare questi principi. Questa redistribuzione di responsabilità, ha portato ad una frammentazione regionale degli interventi e delle politiche che comporta spesso un difficoltoso coordinamento nazionale (Serpelloni, 2014).

Il testo Unico sulla droga⁵¹, pone in campo al Governo nazionale il coordinamento dell'azione dei diversi settori dello Stato, infatti, viene previsto a livello nazionale il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, esso è un organo di raccordo tra Stato e Regioni, come previsto anche dalle strategie e dai vincoli internazionali/europei. Le Regioni, secondo il Testo Unico, nell'ambito delle loro competenze socio-sanitarie esercitano le funzioni di prevenzione e di intervento contro

⁴⁸ Il PERK è una risorsa dell'ODT, che raccoglie i principi fondamentali della prevenzione basata su prove, norme di pianificazione e consigli di valutazione. Esso fornisce anche la documentazione correlata e riferimenti per il download. Questo materiale supplementare è particolarmente utile per il lettori che hanno difficoltà ad accedere alla lettura scientifica sulla prevenzione. Ogni discussione teorica è illustrata con esempi d'intervento, per dare un punto di vista pratico. Definizione contenuta nel sito dell'EMCDDA, visibile al seguente sito internet: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary#p>.

⁴⁹ EMCDDA (2012), *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition)*, OEDT, Lisbon, disponibile al sito internet: www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update (Ultimo accesso: 14/06/2014).

⁵⁰ Serpelloni G. (a cura di) (2014), *Consumi di sostanze stupefacenti in Italia. Andamento nel lungo periodo dei consumi, una riflessione complessiva dell'impatto degli interventi*, pubblicazione del DPA.

⁵¹ Dpr n. 309/1990, art. 1.

l'uso di sostanze psicotrope (progettazione ed esecuzione di interventi di informazione e prevenzione)⁵².

Molte Regioni hanno istituito osservatori regionali di settore, spinte dalla necessità di aggiornare le conoscenze sulla prevenzione, e parallelamente dalla richiesta continua di adeguamento e aggiornamento dei programmi formativi.

L'articolo 127 del DPR 309/1990 disciplina le modalità di utilizzo del Fondo istituito per finanziare i progetti di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze. L'entrata in vigore della legge 45/1999 ha permesso di definire un nuovo procedimento per l'erogazione delle risorse, affinché in sede di ripartizione del Fondo per le politiche sociali, fosse individuata la quota da destinare al Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga.

Il 25% delle disponibilità del Fondo nazionale è destinato al finanziamento dei progetti finalizzati alla prevenzione. Per quanto riguarda la distribuzione del Fondo per le politiche sociali alle Regioni, che comprende anche quote da impiegare per il contrasto alla tossicodipendenza, va detto che, essendo il Fondo indistinto e non esistendo precisi vincoli normativi a carico delle Regioni, le stesse hanno teso, a partire dall'esercizio 2002, a diminuire drasticamente il finanziamento del settore tossicodipendenze⁵³.

Il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), è stato ricostruito nel 2008, si caratterizza come vera e propria Agenzia nazionale per la lotta alla Droga. Il dipartimento è una struttura di supporto e di corrodimento dell'azione di Governo in materia di politiche antidroga, collabora con le pubbliche amministrazioni competenti nello specifico settore, le associazioni, le comunità terapeutiche, i centri di accoglienza operanti nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento, provvedendo alla raccolta della documentazione sulle tossicodipendenze, alla definizione e all'aggiornamento delle metodologie per la rilevazione, all'archiviazione ed elaborazione, alla valutazione e al trasferimento all'esterno dei dati e delle informazioni sulle tossicodipendenze.

Provvede, mediante sistemi di allerta precoce, come previsto dagli indirizzi europei in materia, all'evidenziazione dei rischi e alla attivazione delle attività di prevenzione delle

⁵² Ivi, art. 124.

⁵³ Russo V. (a cura di) (2011), *Comunicazione e strategie di intervento nelle tossicodipendenze*, Carrocci, Roma. Se veda anche art. 19 e 22 della "Legge – quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" 328/2000.

possibili conseguenze rilevanti per la salute e della mortalità della popolazione derivanti dalla circolazione delle sostanze stupefacenti.

Il DPA è impegnato sulla diffusione della documentazione tecnico-scientifica, con la pubblicazione di una rivista (*The Italian Journal on addiction*), del bollettino mensile (Bollettino sulle Dipendenze) e nella pubblicazione di diversi manuali disponibili gratuitamente a tutti. Nell'ambito del DPA opera l'Osservatorio Italiano sulle droghe e le tossicodipendenze, cura la raccolta, l'elaborazione e l'interpretazione di dati ed informazioni statistiche epidemiologiche, farmacologico-clinici, psicosociali e di documentazione sul consumo, l'abuso, lo spaccio ed il traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope. Infine, spetta al DPA, il compito di elaborare, attuare e monitorare il Piano d'azione Nazionale Antidroga. Nel 2013 è stato presentato il nuovo Piano d'azione, che si concentra sulla prevenzione, sull'identificazione e il contrasto delle nuove sostanze psicoattive. Nel Piano vengono fornite informazioni alle istituzioni (amministrazioni, pronto soccorsi, laboratori, ecc.), sono riportate le nuove sostanze e gli effetti per fornire un aiuto agli operatori per l'identificazione precoce.

L'azione del DPA, ovviamente, non esaurisce la titolarità che la normativa individua in campo dei Ministeri. Sono ugualmente importanti in campo preventivo i Ministeri dell'Istruzione, dell'Interno e della Salute. Le attività del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) sono state incentrate principalmente sulla prevenzione in ambito scolastico. Il MIUR ha pertanto, implementato diverse iniziative di formazione ed informazione, per la prevenzione delle dipendenze condotte sia a livello nazionale che locale. Fra le iniziative più importanti, va rilevato il progetto EDU, esso ha come finalità, la creazione di una rete nazionale di portali informativi per le scuole, finalizzati al supporto e all'informazione di studenti, insegnanti e genitori per la prevenzione dell'uso di sostanze⁵⁴.

Il Ministero dell'Interno è impegnato nell'azione antidroga su un duplice fronte. Da un lato la lotta al narcotraffico condotta dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) e dalla Polizia di Stato, in collaborazione con le altre Forze dell'Ordine; dall'altro la prevenzione e il recupero dall'uso di sostanze stupefacenti attuata dai Prefetti. All'interno del Ministero dell'Interno, spiccano i compiti riservati al Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, esso razionalizza/semplifica le

⁵⁴ <http://www.drogaedu.it/> il sito internet riporta i portali web realizzati a questi scopi.

procedure previste dall'art 75 e 121 del DPR 309/90 e riorganizza i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze (NOT) costituiti con il compito di informare gli interessati, di incoraggiare la riflessione sulla propria condizione e di stimolare il senso di responsabilità, per riavviarli al programma terapeutico.

L'Ufficio NOT è istituito presso ogni Prefettura –Ufficio Territoriale del Governo, è composto da assistenti sociali e personale amministrativo. Si occupa di tutte le persone che vengono trovate in possesso di sostanze stupefacenti in quantità tali da far presumere il fine dell'uso personale e, quindi, non finalizzata allo spaccio. Ampie sono le competenze in materia preventiva del Ministero della Salute che si concretizzano in piani (es. Piano Nazionale della prevenzione, che indirizza la programmazione regionale in materia), programmi e iniziative.

Quando il sistema d'Allerta Nazionale del Dipartimento, individua nuove sostanze pericolose sul territorio, compito del Ministero della Salute è attuare opportune forme di prevenzione e contrasto, specialmente verso le giovani generazioni. Il ministero della Salute, collabora con il Centro nazionale per il controllo e la prevenzione delle malattie (CCM), da questa cooperazione, merita un'attenzione particolare il programma nazionale "Guadagnare Salute". Il programma "Guadagnare Salute" nasce dall'esigenza di rendere più facili le scelte salutari e di promuovere campagne informative che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l'insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica⁵⁵. Il programma prevede una sorta di "piattaforma nazionale della salute, in cui è possibile visionare i programmi realizzati, notizie e ed eventi. In Piemonte è nato dall'accordo con il CCM, in cui si è costituito il progetto nazionale "Guadagnare Salute negli Adolescenti"⁵⁶, si tratta di un programma unitario di interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti su tutto il territorio nazionale; promuove strategie di prevenzione e di promozione della salute in adolescenza che rispondono a criteri di efficacia. Il programma prevede l'organizzazione e la realizzazione di un piano nazionale per l'avvio di interventi su cinque aree tematiche:

⁵⁵ Pubblicazione del Ministero della Salute (2007), *Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari*. Opuscolo informativo del programma, con cui l'Italia ha recepito in linea con le indicazioni dell'UE e dell'OMS, le strategie per la prevenzione delle malattie croniche attraverso il contrasto ai quattro fattori di rischio: inattività fisica, scorretta alimentazione, abuso di alcol e abitudine al fumo.

⁵⁶ Informazioni disponibili al sito internet: <http://www.inadolescenza.it/index.php> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

tabacco, alcol e sostanze, incidenti stradali, sessualità, alimentazione/attività fisica e salute mentale/benessere.

Per l'area tematica tabacco, alcol e sostanze, sono stati individuati e selezionati, attraverso un percorso di confronto e discussione del Gruppo di Lavoro Nazionale, due progetti: Fuoriposto e Unplugged. Fuoriposto⁵⁷ è un progetto capofila della Rete Regionale Venta "Safe Night", nei luoghi del divertimento e dell'intrattenimento tramite l'utilizzo di Unità Mobili, mentre *Unplugged*⁵⁸ è un progetto di prevenzione del consumo di sostanze nel contesto scolastico.

Va sottolineata, la frattura di competenze esistente fra il CCM (prevenzione alcol e tabacco) e il DPA (prevenzione dell'uso di droga). In Italia, le politiche di prevenzione dell'uso di tabacco e alcol sono separate da quelle di prevenzione dell'uso di droga, mostrano anche approcci diversi: orientati alla EBP quelle del CCM, non orientati in tal senso quelli del DPA⁵⁹.

Il nuovo assetto istituzionale vede dunque le Regioni (con le Aziende Sanitarie Locali) e i Comuni (singoli o associati) attori principali dell'azione preventiva territoriale, rispettivamente attraverso la promozione di azioni integrate fra settore sociosanitario e sociale e attraverso la pianificazione locale e il coordinamento delle diverse agenzie educative, culturali, assistenziali e sociali presenti nelle comunità (Celata, 2012). I Comuni hanno il compito secondo il testo Unico 309/90, di prevenire l'emarginazione e il disadattamento sociale, reinserimento (scolastico, lavorativo e sociale), rilevare le cause locali del disagio avvalendosi della collaborazione dei gruppi di volontariato e degli enti ausiliari⁶⁰. Ritengo comunque specificare, che è opportuno rispettare le diverse competenze istituzionali, lasciando l'iniziativa politica rispetto al tema della prevenzione agli enti locali, mentre alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) il ruolo specifico tecnico, che si esplicita attraverso il Dipartimento delle dipendenze (Ser.D).

I Ser.D (istituiti con la legge 162/90) svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi da uso/abuso, dipendenza da sostanze psicoattive, legali e illegali. Secondo il Testo unico 309/90 e successivamente DPM 444/90 (Regolamento concernente la

⁵⁷ Per ulteriori informazioni si rimanda al sito internet: <http://www.fuoriposto.it/?home> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

⁵⁸ Per un ulteriore approfondimento si veda il paragrafo 3.5.

⁵⁹ Faggiano F. e Pani P. P. (2012), *La prevenzione primaria dell'uso di sostanze un po' funziona, un po' no; comunque maneggiare con cautela*, in <<Medicina delle Dipendenze>>, n. 6, pp. 5-8.

⁶⁰ Dpr n. 309/1990, art. 114.

determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le ASL), individuano a livello istituzionale quelle strutture che devono occuparsi di prevenzione delle tossicodipendenze e di educazione alla salute. I compiti dei SerD definiti secondo il DPM 444/90, rispetto alla prevenzione, sono i seguenti: collaborazione con I Provveditorati agli studi per la realizzazione di interventi informativi ed educativi; collaborazione con le autorità militari esistenti nel territorio per l'attuazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei tossicodipendenti; e attuare interventi di informazione e prevenzione particolarmente nei confronti delle fasce giovanili di popolazione. Durante il tirocinio nell'ambito dell'operatività del Ser.D, ho potuto verificare la specificità professionale dell'Assistente Sociale, che si esprime con le proprie attività e i propri strumenti anche nell'area della prevenzione. In questa area le funzioni del Servizio Sociale si esplicano ponendo attenzione al contesto territoriale, all'associazionismo privato, ai gruppi a rischio, alla famiglia e/o al singolo al fine di definire strategie operative che, nel contesto di multidisciplinarietà che caratterizza il Servizio, mirino alla crescita e alla promozione sociale. Ciò implica che, nella pratica, l'intervento sociale si caratterizzi con la promozione di azioni di sensibilizzazione e di attivazione delle risorse del territorio, creando e mantenendo rapporti di collaborazione con altri soggetti istituzionali, servizi socio-sanitari e associazioni del privato sociale; l'Assistente Sociale inoltre, pone in essere protocolli operativi con servizi e strutture del territorio allo scopo di formare sinergie collaborative e partecipa a progetti di formazione, informazione e sensibilizzazione sulle problematiche delle dipendenze patologiche⁶¹.

Infine, l'art. 106 della legge 309/90 prevede i Centri di Informazione (CIC), nascono nell'ambito della prevenzione delle tossicodipendenze con il compito di informare sui danni derivati dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, ma con il tempo hanno assunto il ruolo di supporto istituzionale ed organizzativo alle attività di educazione alla salute. Il loro compito avrebbe dovuto essere quello di fornire risposte ai problemi di disagio giovanile attraverso azioni di prevenzione e orientamento anche per contrastare la dispersione scolastica ma, per carenza di mezzi o di organizzazione, non sono mai stati in grado di raggiungere i risultati prefissati (Russo, 2011).

⁶¹ Nozioni elaborate grazie alle fonti normative e durante il tirocinio, con la collaborazione dei diversi operatori del Ser.D.

3.4. Le organizzazioni del Terzo Settore

Ai sensi del V comma dell'art. 38 della Costituzione "l'assistenza privata è libera", quindi riconosce la libera iniziativa dei soggetti che svolgono nell'ambito di un regime privatistico attività di carattere socio-assistenziale. Con l'espressione Terzo Settore, si è soliti definire quel complesso di istituzioni, che, all'interno del sistema economico, si collocano tra lo Stato e il mercato, ma non sono riconducibili né all'uno né all'altro. Sono soggetti organizzativi di natura privata volti alla produzione di beni e servizi a valenza pubblica o collettiva non profit (Russo, 2011). Un numero sempre più crescente di organizzazioni del Terzo Settore si occupa di prevenzione, la presenza e azione è regolamentata da un'articolata normativa. A distanza di diversi anni dalla sua emanazione (dall'agosto 1999 e attualmente ancora in vigore), è la combinazione dell'Atto dell'intesa Stato-Regioni (Accordo Stato-Regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti), che ha confermato e approfondito i principi di cooperazione fra lo Stato, il sistema sanitario, gli enti e le associazioni che svolgono le attività di prevenzione, cura e riabilitazione. Ulteriori atti normativi hanno proseguito nell'opera di innovazione avviata con l'approvazione della L. 266/91 (Legge quadro sul volontariato), della L. 381/91 (legge sulle cooperative sociali e del D. Lgs. 460/97 (sulle organizzazioni non lucrative di utilità sociale), con l'obiettivo di promuovere la costruzione di un sistema preventivo (ma non solo) aperto al coinvolgimento del maggior numero possibile di attori e organismi sociali. La L. 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) demanda alle Regioni l'adozione di specifici indirizzi per regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, e per valorizzare l'apporto del volontariato nell'erogazione dei servizi. L'art. 1 della L.328/2000 prescrive agli enti pubblici territoriali di riconoscere ed agevolare il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, mentre il successivo art.5 impone al ricorso a forme di aggiudicazione e negoziali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore la piena espressione della propria "progettualità"⁶². Un ulteriore riferimento è rappresentato dal DPCM 30.03.2001 che costituisce un atto di indirizzo e coordinamento per l'affidamento da parte dei Comuni ai soggetti del terzo settore dei servizi-socioassistenziali previsti dalla L.328/2000.

⁶² Pellegrini R.M. (2008), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, G. Giapichelli Editore, Torino, p. 125.

3.5. La prevenzione in ambito scolastico

La scuola, in quanto luogo, emblematico di socializzazione, non è esente da pratiche di consumo, essa non deve lasciarsi prendere da due errori opposti e asimmetrici: “far finta” che il problema non sussista, per poi drammatizzare e reagire esageratamente quando la questione emerge perché ne va di mezzo la reputazione della scuola⁶³. Purtroppo, in alcuni casi, le scuole per mostrare che vigilano sui problemi e per mantenere posizioni severe, mettono in azione tutto il contrario di un’efficace azione preventiva che richiede: attenzione preliminare al problema, coordinamento tra le componenti scolastiche, supporto da parte dei servi specialistici, discrezione, tutela della privacy, non enfattizzazione ed etichettamento del “caso”, accurata valutazione delle modalità di coinvolgimento delle famiglie interessate (Grosso, 2012).

Le scuole sia a livello nazionale che europeo, sono i luoghi privilegiati della prevenzione, perché possono garantire l’attuazione di interventi strutturati, continuativi e articolati (Serpelloni et al., 2009). Il Consiglio dell’Unione europea invita gli Stati membri (5099/1/02 Cordroque 4 Rev 1) a «inserire programmi di promozione della salute e di prevenzione in materia di droga in tutte le scuole (...)» e a «promuovere lo sviluppo di questi programmi adeguando, all’occorrenza, le risorse e le strutture organizzative delle amministrazioni interessate, per realizzare compiutamente l’obiettivo anzidetto»⁶⁴.

I documenti della Rete europea delle scuole che promuovono salute (ENHPS-*European Network of Health Promoting Schools*) sottolineano il ruolo fondamentale della scuola nel perseguire obiettivi di promozione alla salute, grazie alla sua possibilità di raggiungere un’ampia fetta della popolazione giovanile, di coinvolgere e valorizzare le famiglie nella loro funzione educativa e di permettere la realizzazione di interventi a medio e lungo termine (Faggiano, Pani, 2012).

Come descritto nel capitolo precedente, la sola trasmissione delle informazioni agli studenti può avere effetti negativi, questo vale anche per il *drug testing*. L’idea di sottoporre gli studenti a esami clinici per scoprire l’eventuale uso di sostanze illecite arriva dall’America. In America le politiche dei test, si costruiscono sul fallimento degli interventi di prevenzione più diffusi, tra i più famosi il programma DARE (Drug Abuse

⁶³ Grasso L. e Grosso L. (2004), *Il tratteggio di una prevenzione possibile. La messa in rete di famiglie, scuole, amministrazioni locali, giovani*, Supplemento n.2 <<Animazione Sociale>> pp. 79-91.

⁶⁴ EMCDDA (2002), *Focus sulle droghe. Prevenzione in materia di droghe nelle scuole dell’UE*, OEDT, Lisbona.

Resistance Education)⁶⁵. Sempre per quanto riguarda l'utilizzo del *drug testing*, alcuni studi sugli esiti degli esami tossicologici evidenziano come gli screening siano costosi, debolmente associati ad una riduzione dei consumi complessivi di sostanze psicotrope e all'origine di un processo che mina la relazione fiduciaria tra studenti e insegnanti (Lombi 2102). Ma non lo sono neppure i genitori che in ogni caso, per ragioni di etica e di tutela del rapporto educativo, non dovrebbero stare a guardare i figli mentre urinano⁶⁶.

Solo un numero esiguo di Paesi europei è in grado di affermare che le proprie misure di prevenzione si basano sull'evidenza scientifica. La maggior parte dei programmi di prevenzione per le scuole in Europa non viene verificato e il numero degli abbandoni scolastici rimane ancora molto elevato (EMCDDA, 2002).

Abbiamo visto nel capitolo precedente i fattori di rischio, essi riguardano anche l'ambito scolastico, i motivi che portano a prestazioni scolastiche povere e l'abbandono scolastico sono un antecedente comune all'iniziazione all'uso di droghe. In caso di abbandono scolastico, non si dovrebbe rendere traumatica la separazione del contesto "cronicizzante", ma predisporre ulteriori impegni di formazione/lavoro idonei alle caratteristiche della persona, per auspicare ad una maggiore valorizzazione delle capacità personali e della conseguente ritrovata stima di sé (Grasso, Grosso, 2004). Per prevenire l'abbandono scolastico, in Germania e in Austria, sono stati realizzati programmi *Step by Step*, per aiutare gli insegnanti ad indentificare gli studenti a rischio. In Norvegia è stato predisposto un relativo manuale e in Francia durante la ricreazione gli studenti possono rivolgersi a dei "punti di riferimento", finalizzati alla prevenzione dei comportamenti a rischio⁶⁷.

Rispetto ai fattori di rischio nelle scuole e non solo, un altro elemento da esplorare, dovrebbe riguardare la conoscenza delle diverse motivazioni che spingono i ragazzi e le ragazze al consumo di sostanze psicotrope. Attualmente le strategie di prevenzione e di intervento, ignorano tali differenze di genere⁶⁸.

⁶⁵ Il programma DARE, venne introdotto a tappeto in tutte le scuole americane a cominciare dalle elementari, ai corsi partecipavano ex poliziotti ed ex tossicodipendenti per insegnare ai ragazzi a resistere alle pressioni dei pari e a osare (dare, appunto) di "dire no alla droga".

⁶⁶ Zuffa G. (a cura di) (2007) *Drug testing. L'esperienza americana*, in <<Fuoriluogo>>, marzo.

⁶⁷ Burkhart G. (2007), *Prevenzione in Europa*, EMCDDA, Lisbona.

⁶⁸ Serpelloni G., Genetti B., Roberto M. e et al. (2013) *I diversi fattori di rischio per l'uso di sostanze illecite tra le adolescenti 15-19 anni e i coetanei maschi*, in <<the Italian Journal Addiction>> vol.3, n.2, pp. 37-44.

Nella maggioranza degli Stati europei, per quanto riguarda la prevenzione, le strategie variano da Paese a Paese. Raramente nei Paesi europei, lo stato incorpora il ruolo nell'ambito del controllo della qualità, del monitoraggio e degli interventi preventivi nel mondo della scuola. Rappresenta un'eccezione la Spagna, che si avvale di un sistema di interventi preventivi coordinati e controllati che si sviluppano attraverso programmi nazionali nell'ambito scolastico. Un esempio, è uno studio di ricercatori spagnoli che ha messo a punto uno studio semi-sperimentale per valutare l'efficacia di un intervento di prevenzione del consumo di cannabis. Il programma è stato realizzato su un gruppo composto da 39 scuole messo a confronto con il gruppo di controllo, composto da 47 scuole nelle quali il programma non è stato realizzato. Delle 224 scuole, situate a Barcellona, 86 sono state valutate nel corso dell'anno scolastico 2005-2006, attraverso dei questionari somministrati all'inizio del programma e 15 mesi dopo la sua fine. Dei 4848 partecipanti (di età compresa tra i 14 e i 15 anni), 2803 sono stati assegnati al gruppo di intervento e 2043 al gruppo di controllo, in base al tipo e alla dimensione della scuola e al livello socio-economico. L'intervento è consistito in un programma di prevenzione dell'uso di cannabis rivolto alle scuole, suddiviso in quattro sessioni e sedici attività, realizzate in 6-10 ore, con materiali per i genitori e il coinvolgimento dei ragazzi attraverso attività informatiche. L'uso di cannabis nell'ultimo mese è stato valutato all'inizio del programma e quindici mesi dopo la sua fine. Al *follow up* dei quindici mesi, l'8,2% dei ragazzi e l'8,3% delle ragazze del gruppo d'intervento sono diventati consumatori di cannabis contro l'11,8% di maschi e l'11,6% di ragazze del gruppo di controllo. Queste differenze sono statisticamente significative, perché rappresentano una riduzione del 29% dei consumatori di cannabis nell'ultimo mese nel gruppo d'intervento rispetto al gruppo di controllo. L'incidenza di consumo di cannabis nell'ultimo mese è risultata infatti inferiore nelle classi che hanno aderito al programma. Il programma è risultato dunque efficace nel prevenire la progressione dell'uso di cannabis nell'ultimo mese, maggiormente nelle classi che hanno partecipato maggiormente al programma⁶⁹. Si evidenzia sempre più l'importanza di abbassare l'età della prevenzione. In Europa sono già operativi programmi specifici svolti nelle scuole materne ed elementari, ma la maggior

⁶⁹ Ariza C., Perez A., Sanchez-Martinez F. et al. (2013), *Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program*, <<Drug and Alcohol Dependence>>, Vol. 132, pp.257-264.

parte degli interventi negli Stati membri è concentrata nelle scuole superiori (EMCDDA 2002).

Abbiamo parlato nel precedente paragrafo di *Evidence-Based* e implementazione dei programmi: un esempio è dato dal programma *EU-Dap*, la cui efficacia viene segnalata da un numero sempre più crescente di rapporti⁷⁰. Il *progetto Eu-Dap* è una ricerca multicentrica volta a valutare attraverso uno studio randomizzato controllato, gli effetti di un programma di prevenzione (denominato “*Unplugged*”) realizzato nelle scuole dislocate in sette Stati dell’Unione Europea⁷¹. *Unplugged* è composto da dodici fattori di modulazione del rischio iniziazione, altre componenti dell’intervento sono: la sua natura interattiva, il docente come unico somministratore dell’intervento, il manuale molto dettagliato e il corso di formazione degli insegnanti (Faggiano, 2012). Hanno partecipato al progetto 170 scuole provenienti da sette Paesi europei (Austria, Belgio, Germania, Grecia, Italia, Spagna, Svezia) per un totale di 7.079 studenti. Gli studenti sono stati suddivisi in base allo status sociale medio nel bacino idrografico, sono stati randomizzati in base a tre varianti di intervento attivo (curriculum, coinvolgimento dei pari e coinvolgimento dei genitori) e ad un gruppo di controllo. Gli studenti sono quindi stati suddivisi tra gruppo di controllo (n. 3.532) e gruppo studio (n. 3.547). Il programma in fase di valutazione si basa su un approccio globale influenza sociale, è stato consegnato nel corso dell'anno scolastico 2004-2005 ad una popolazione tra i 12 e i 14 anni che frequentano la scuola media. Un questionario anonimo somministrato prima e dopo l'intervento è stato utilizzato per tenere traccia delle modifiche comportamentali e attitudinali. La valutazione del programma è stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario di follow-up a 6, 12 e 18 mesi dalla conclusione degli incontri. La sua efficacia nel ridurre l’uso di tabacco, alcol e sostanze è stata dimostrata in uno studio rigoroso, nelle scuole in cui era stato condotto il programma rispetto alle scuole di controllo, gli studenti dimostravano una riduzione del 30% della probabilità di fumare quotidianamente, del 28% di essersi ubriacati almeno una volta nell’ultimo mese, del 31% di essersi ubriacati almeno tre volte, e del 23% di aver usato cannabis (Faggiano,

⁷⁰ EMCDDA (2013), *Relazione Europea sulla droga. Tendenze e sviluppi*, OEDT, Lisbona.

⁷¹ Faggiano F., Richardson C., Bohrn K., Galanti M.R. e EU-Dap Study Group (2007) *A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-Dap design and study population Original Research*, in <<Preventive Medicine>>, pp. 170-173.

2007). Va comunque detto, che lo studio ha valutato il risultato dell'insieme, senza distinguere il ruolo di ognuno, né le e possibili interazioni. Infatti, la differenza di efficacia può essere riassunta in due grandi raggruppamenti di Paesi: in quelli in cui i programmi scolastici erano al tempo dello studio già diffusi e frequenti non si è osservata alcuna differenza tra scuole di controllo e scuole Unplugged; al contrario nei Paesi in cui non erano diffusi questi programmi, l'efficacia di Unplugged è stata molto superiore⁷².

I dati dimostrano che le strategie di prevenzione ambientale, volte a modificare gli ambienti culturali, sociali, fisici ed economici, possono essere efficaci nel cambiare le credenze normative e di conseguenza il consumo di sostanze (Burkhart, 2007).

In Europa, in generale è ancora raro il ricorso a interventi ambientali in ambito scolastico. In alcuni campi tuttavia sono stati fatti alcuni progressi, come il tentativo di favorire un ambiente scolastico protettivo ed elaborare politiche scolastiche in materia di stupefacenti (per esempio, emanando linee guida per rispondere al consumo o alla vendita di droga da parte degli studenti) (EMCDDA, 2013).

3.6. La prevenzione nell'ambito familiare

Oltre alla scuola, un altro ambiente molto importante per la prevenzione è la famiglia, che fornisce le basi essenziali di sicurezza. Infatti, le caratteristiche strutturali e funzionali del contesto primario, svolgono un ruolo centrale e critico nel benessere dei minori.

L'influenza dell'ambiente familiare sull'uso e abuso di sostanze è in gran parte conosciuto dai fattori di rischio e di protezione. In sintesi, i fattori protettivi maggiormente citati in letteratura sono: la supervisione genitoriale dei comportamenti sociali appropriata all'età, inclusi l'orario di rientro, la supervisione delle attività fuori casa, la conoscenza degli amici del figlio e il rafforzamento delle regole della casa; il successo nelle attività scolastiche e il coinvolgimento in attività extracurricolari; i forti legami con istituzioni pro sociali, come la scuola e le associazioni religiose e l'accettazione delle norme convenzionali contro una serie di comportamenti a rischio.

I programmi di prevenzione che coinvolgono la rete parentale dovrebbero per tale motivo agire su un duplice fonte: minimizzare i fattori di rischio e potenziare i fattori di protezione (NIDA, 2003). Numerosi studi hanno dimostrato che i figli di consumatori

⁷² Vigna-Tagliati F., Vadrucci S. e gruppi di studio Eu-Dap/Unplugged (2012) *La prevenzione scolastica nell'uso di sostanze*, in <<Medicina delle dipendenze>> n.6, pp. 35-45

problematici di droga, definiti come coloro che fanno uso di oppiacei e/o cocaina e crack, hanno un rischio molto elevato di sviluppare una serie di comportamenti negativi, come il consumo di alcol e droga. Quindi i problemi di sociali e di alcolismo in famiglia sono uno dei segnali più consistenti che mostrano un legame fra consumo di sostanze da parte dei genitori e futuro abuso di sostanze da parte dei figli (Burkhart, 2000).

E' interessante su questo punto, un manuale pubblicato nel 2012 dall'EMCCDA, "*Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs*"; le informazioni si basano su una raccolta dati che è stata effettuata in ventitré Paesi europei attraverso il *Reitox* (rete di punti focali nazionali, integra i dati dell'OEDT attraverso l'EDDRA). La seconda parte del manuale è orientata alla discussione dei problemi di famiglie con figli, nelle quali i genitori sono consumatori di droghe. Nel manuale vengono riportati diverse ricerche, tra queste uno studio danese ha recentemente scoperto che circa un terzo dei bambini che sono cresciuti con genitori tossicodipendenti avevano problemi più tardi nella loro vita di uso di sostanze. La pubblicazione informa che nessuna informazione precisa è disponibile su quanti tossicodipendenti in Europa vivono con i bambini e che a livello europeo, non vi è ancora alcuna legge specifica applicata ai figli dei tossicodipendenti. Nel manuale viene ripreso il concetto di resilienza: in psicologia si riferisce alla tendenza di un individuo far fronte allo stress e alle difficoltà. La resilienza può aiutare una persona "rimbalzare" a un precedente stato normale di funzionamento, o le persone possono utilizzare l'esperienza in futuro. Questo è un concetto importante per spiegare che nonostante l'esposizione di molti rischi, bambini che crescono in famiglie con problemi possono diventare adulti ben funzionanti. La resilienza è una tendenza naturale per alcuni individui, ma può anche essere promossa attraverso specifici interventi, ad esempio collegare i bambini con esperti al di fuori delle loro famiglie.

Gli Stati Membri dell'UE danno un diverso peso alle variabili relative alla famiglia (esempio, quelli che ritengono famiglia a rischio in cui i genitori abusano droga), infatti è molto difficile avere una fotografia equilibrata degli interventi di prevenzione basati sulla famiglia. Vale anche per l'importanza attribuita alla prevenzione selettiva basata sulla famiglia nei diversi Stati Membri⁷³.

Emerge da una lettura dei dati, che i Paesi europei prediligono la prevenzione universale rispetto a quella selettiva (Burkhart, 2004). Nel Regno Unito la campagna *FRANK* ha

⁷³ Burkhart G. (2004), *Report on selective prevention in the European Union and Norway*. EMCDDA, Lisbon.

elaborato un pacchetto di azioni per gruppi di intervento contro il consumo di alcol e stupefacenti per operatori della prevenzione, spiegando come fare per raggiungere le famiglie⁷⁴.

Il capostipite dei programmi di prevenzione a livello europeo, che ha ricevuto un'adeguata valutazione e si è dimostrato efficace, è “*Strengthening Families Programme*” (SFP), di cui abbiamo già accennato nel precedente capitolo. Il SFP è un buon esempio di programma training di abilità anche se fortemente complesso, che utilizza un approccio misto (abilità educative e di comunicazione per genitori, training sociale per i ragazzi e attività insieme per genitori/figli) e si sviluppa in sessioni settimanali di tre ore ciascuna, durante quattordici settimane (Orlandini, 2004).

Interessante, una recente ricerca⁷⁵, che sottolinea l'importanza d'investire sulla prevenzione sulla famiglia e sulla sua stabilità. I risultati della ricerca non sono stati raggiunti confrontando “buone famiglie” con situazioni familiari più critiche, bensì raffrontando sulla base di uno studio longitudinale con informazioni su oltre 10.000 studenti il capitale sociale familiare ossia come il legame tra genitori e figli (comunicazione e fiducia) col capitale sociale scolastico, ossia la capacità della scuola di essere un'ambiente positivo. La ricerca mostra che il capitale sociale della famiglia è utile per proteggere gli adolescenti da uso di alcol e marijuana, mentre il capitale sociale costruito dalle scuole ha sostanzialmente alcun effetto sui stessi risultati. Lo studio suggerisce che i genitori rimangono la chiave che influisce sullo sviluppo sociale dei bambini, anche quando passano più di sette ore a scuola, il capitale sociale familiare è molto più utile nella dissuasione all'uso di sostanze. Questo non significa che la scuola non dovrebbe più attuare interventi di prevenzione, ma si ottengono effetti maggiori se la famiglia viene coinvolta insieme alla scuola, perché la discussione entri anche fra le mura domestiche.

Un altro programma importante di prevenzione basato sull'evidenza scientifica, è denominato *Springboard*, tale programma è destinato alle famiglie irlandesi con svariate

⁷⁴ EMCDDA (2006), *Relazione annuale 2006: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, OEDT Lisbon.

⁷⁵ Dufur M., Parcel T.L & McKune B.A (2012), *Does Capital at Home Metter More tnaan Capital at School? The Case of Adolescent Alcohol and Marijuana Use*, <<Journal of Drug Issue>>, disponibile al sito internet: <http://jod.sagepub.com/content/early/2012/11/08/0022042612462220> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

difficoltà⁷⁶. Generalmente i progetti *Springboard* si basano su colloqui individuali con il bambino per valutarne i bisogni e definire gli obiettivi terapeutici. Questo costituisce l'11% del tempo totale dell'intervento e ammonta ad una media di 12 ore per bambino. Le altre attività sono: *counseling*, attività artistiche e di artigianato, gite e corsi di dopo scuola. Il lavoro di gruppo consiste in sessioni specifiche per sostenere gli obiettivi terapeutici o in programmi volti a favorire le abilità di vita e sviluppare il potenziamento della rete di sostegno. Il lavoro con le famiglie si sviluppa principalmente attraverso incontri con le famiglie stesse e attraverso il supporto e l'incoraggiamento ad affrontare i problemi. Secondo il servizio sanitario irlandese, la quota di bambini che corre un rischio di fare abuso di droga compreso tra moderato ed elevato o che rischia di dovere essere internata in un istituto si è dimezzata grazie alla partecipazione al programma *Springboard* (Burkhart, 2004).

3.7. La prevenzione delle dipendenze in ambito extra-scolastico

Gli interventi più significativi attuati al di fuori del contesto scolastico riguardano essenzialmente due aree: il mondo del lavoro e le situazioni ricreative.

I luoghi di lavoro, possono rappresentare dei fattori di rischio per lo sviluppo di condotte che comprendono il consumo di sostanze psicoattive (ad esempio, stress, alienazione, mobbing, conflittualità tra colleghi, scarso potere decisionale, ecc.).

Alcol e droga rappresentano un problema serio per una percentuale significativa della popolazione attiva, soprattutto in alcuni settori e occupazioni. Alcol e droghe possono essere consumati non solo sul posto di lavoro, ma anche prima e dopo il lavoro o durante le pause, con effetti importanti "al lavoro" (ad esempio, problemi di salute, prestazioni ridotte, infortuni, conflitti, assenze, ecc.) e conseguenze economiche per le imprese.

Dobbiamo comunque considerare come le richieste maggiormente pressanti del sistema capitalistico possano favorire l'assunzione di droghe per aumentare la performance (Lombi 2012). A tal proposito, è stato elaborato un documento che raccoglie un'analisi comparativa degli Stati dell'UE e della Norvegia, che si propone di: individuare le principali indagini statistiche nazionali ed europee, identificare la legislazione e gli accordi,

⁷⁶ National Drugs Strategy 2009-2016_2013. Progress Report to End 2013 disponibile al sito internet: http://www.dohc.ie/publications/National_Drugs_Strategy_2009-2016_2013_Review.html (Ultimo accesso: 14/06/2014).

individuare le informazioni sulle pratiche di verifica e di descrivere i programmi di prevenzione⁷⁷.

Riguardo alla prevenzione a livello europeo, EU-OSHA (agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro) prevede studi europei sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro relativi ad alcol e droghe, e supporta gli approcci di prevenzione e di promozione della salute. Va inoltre fatto riferimento specifico alla “*strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*”, pubblicato dalla Commissione europea nel 2006.

Questa strategia sottolinea l'importanza azioni volte ad affrontare i problemi posti dal consumo di alcol-correlati e di ridurre l'impatto negativo con la partecipazione attiva dei soggetti interessati. Per quanto riguarda la normativa, la maggior parte dei Paesi dispone di una legislazione o di un accordo generale con cui poter vietare, regolamentare e prevenire il consumo di alcol e droga sul lavoro. Dalla visione del documento, ritengo difficile effettuare una classificazione tra le diverse tipologie legislative e le modalità con cui vengono stabilite le limitazioni. Si può comunque parlare di approcci “disciplinari” con limiti all'uso di alcol/droga sul luogo di lavoro stabiliti da codici di lavoro o dagli statuti dei lavoratori (se ad esempio, un lavoratore si trova sotto l'effetto di alcol o droga, può essere sospeso o, in alcuni casi o Paesi dell'UE lo possono licenziare). Altri approcci, invece possono essere considerati preventivi. In questi casi l'uso di alcol/droga sul lavoro (o durante l'orario lavorativo) è regolamentato da leggi in materia di salute e sicurezza.

In generale, tali leggi responsabilizzano i datori di lavoro e li invitano a condurre le valutazioni dei rischi, nonché, quali Belgio, Danimarca e Germania, l'uso di alcol/droga sul lavoro è regolamentato da accordi collettivi. Strumento considerato di prevenzione, anche nei luoghi di lavoro sono i test volti ad accertare il tasso di alcolemia e l'uso di droga.

Negli USA si considerano obbligatori il *drug testing*; in Europa rappresenta un argomento controverso e sussistono notevoli differenze all'interno delle normative nazionali.

Un altro *setting*, nel quale abbiamo interventi di prevenzione è il contesto ricreativo, soprattutto negli ambienti di vita notturna. Gli interventi di prevenzione, riferiti ai contesti ricreativi giovanili, sono realizzati direttamente nei luoghi dove i giovani vivono e

⁷⁷ Corral A., Duràn J. & Isusi I. (2012) *Use of alcohol and drugs at the workplace, European Working Conditions Observatory*, disponibile al sito internet: http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn1111013s/tn1111013s_6.htm (Ultimo accesso: 14/06/2014).

si divertono, nel momento in cui fanno esperienza di relazioni, piacere, trasgressione e rischio, e dove è possibile entrare in contatto con le sostanze psicoattive⁷⁸.

Negli ambienti di vita notturna, l'uso di sostanze psicoattive è spesso causato dall'interazione di "diversi", in cui il consumo di stupefacenti è molto più elevato rispetto al resto della popolazione⁷⁹. Il nesso che collega il consumo di sostanze psicoattive a scopo ricreativo alla musica è dimostrato da tempo. Il ricorso a strategie basate sulla prevenzione e sulla riduzione del danno in ambienti ricreativi è segnalato soltanto da un terzo dei Paesi (EMCDDA, 2013), gli esperimenti effettuati in questo campo sono ancora limitati e frammentari (EMCDDA, 2002). Infatti, emerge dalla letteratura che in questo campo non c'è una solida e datata ricerca valutativa che possa affermare criteri *Evidence-Based* tali da fornire un aiuto a chi intende progettare ed operare nell'ambito ricreativo e nello specifico in quello notturno (Serpelloni, et. al., 2009). Secondo Webster (2002), in questi luoghi risultano più efficaci le informazioni volte a innescare condotte prudenti anziché astinenti. La strategia più utilizzata a livello europeo, si fonda sulla distribuzione di materiale informativo sulle droghe, sui problemi sanitari e legali correlati (Lombi, 2012). Un aspetto rilevante per la prevenzione, riguarda le regole per la sicurezza negli ambienti del divertimento, come l'aerazione (aria condizionata e ventilazione), la disponibilità di acqua potabile e la diminuzione del sovra-affollamento⁸⁰. Altri elementi importanti sono gli accordi con i gestori dei locali di divertimento notturno, la formazione del personale (buttafuori, baristi, ecc.), interventi per impedire il consumo da parte di minori attraverso sistemi di riconoscimento ed interventi da parte della polizia. Tuttavia, questi interventi hanno mostrato un'efficacia più limitata⁸¹.

⁷⁸ *Safer Nightlife Projects, a European proposition to promote safer nightlife and share good practices*, coordinated by Asociación Bienestar y Desarrollo, 2008, disponibile al sito internet: http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Activities/EXASS/guide_SaferNightLife_en.pdf (Ultimo accesso: 14/06/2014).

⁷⁹ EMCDDA (2002), *Focus sulle droghe. Il consumo ricreativo: una sfida chiave per l'UE. Servono strategie rivolte a ridurre il rischio*, OEDT, Lisbona.

⁸⁰ Guida inglese "ballare in sicurezza" disponibile al sito internet: www.drugscope.org.uk/resources/drugsearch/drugsearchpages/dancesafety (Ultimo accesso: 14/06/2014).

⁸¹ Sanza M. e Nasuelli F. (2011), *Interventi di prevenzione e misurazione di efficacia*, <<Sestante>>, Cesena, pp. 21-22.

3.8. La prevenzione a livello della comunità locale

Come ha messo in luce in un suo articolo Mario Croce, è tempo che la prevenzione si doti di un paradigma di riferimento condiviso, aiutando la città a dotarsi di una progettualità per accompagnare la crescita dei propri cittadini più giovani⁸².

L'OEDT definisce comunità come un ambiente geografico e amministrativo, distinguendo tra *community-located prevention* (facendo riferimento al contesto) e *community-based prevention* (che implicherebbe il coinvolgimento attivo della comunità⁸³).

La prevenzione selettiva imperniata sulla comunità è diffusa nei Paesi nordici e in Belgio, Paesi Bassi, Polonia e Regno Unito, mentre si sta diffondendo in Paesi che in passato si erano avvalsi più raramente di questo approccio (Francia, Italia, Ungheria, Portogallo) (EMCDDA 2006).

Un progetto di comunità di *EBP*, è stato sviluppato in Irlanda, denominato *Ballymun Youth Action Project* (BYAP). Il BYAP è nato nel 1981, dopo che un numero consistente di giovani della zona di Ballymun sono morti a causa di problemi legati all'uso di droga. Lo scopo del progetto era quello di trovare un modo per rispondere al consumo di droga che si stava insinuando nella comunità e di rispondere ai bisogni della popolazione giovanile, in cui vi era una forte necessità di prevenzione. Emblematica è una affermazione dei fondatori del progetto, di fronte alla paura e al bisogno di cambiamento: "Non abbiamo una risposta facile. Non sappiamo cosa fare. Nemmeno gli esperti. Ma insieme possiamo lavorare a questo"⁸⁴. Le strategie del programma sono: sviluppare una risposta comunitaria contro l'abuso di droga; offrire consigli, informazioni e sostegno alle persone che manifestano forme di dipendenza e a coloro che ci convivono; sviluppare servizi preventivi, soprattutto rivolti ai giovani in situazione di rischio o vulnerabili rispetto al possibile uso di droghe; intraprendere forme di educazione rivolte alla comunità sul tema dell'abuso di droga; collaborare con altre organizzazioni pubbliche o volontarie che si occupano di interventi sociali; promuovere la ricerca sul tema dell'abuso di droga nella zona.

Il filone principale del programma prevede le seguenti attività: *counseling* individuale, terapia di gruppo, gruppi di sostegno, consulenza, invii ad altri servizi, educativa di strada,

⁸² Croce M., Cassese C. Grosso L., Racca L., Rupo M. e Laboratorio "Giovani e consumi" di Vicenza (2014) *Fare prevenzione sui consumi giovanili di "sostanze"*, inserto del mese di <<Animazione Sociale>>, n.1 pp. 37-79.

⁸³ Definizione contenuta nel glossario disponibile sul sito internet dell'EMCDDA.

⁸⁴ Ulteriori informazioni, sono disponibili al sito internet: <http://www.byap.ie/> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

visite in carcere, in comunità e visite domiciliari. Una caratteristica fondamentale del programma è l'approccio *Inter-Agency*, che coinvolge le autorità, la comunità e il volontariato.

Una recente novità del programma è URRÚS (che in irlandese significa "forza" o "fiducia"), *Ireland's Community Addiction Studies Training Centre*, creato da BYAP che offre formazione di qualità su tutti gli aspetti legati al tema dell'uso di droga e a quello della dipendenza. Interessante, uno studio realizzato in sei comunità da due ricercatori svedesi. Lo studio si concentra principalmente sui cambiamenti nei comportamenti relativi al bere e le patologie ad esso correlate. Un sondaggio, effettuato su un campione di 8.092 ragazzi, tra i 15 e i 19 anni, delle sei comunità coinvolte nel programma di prevenzione, ha rilevato cambiamenti nel consumo di alcol, nel *binge drinking*⁸⁵, nella percezione della disponibilità di alcol, nell'accesso all'alcol attraverso i genitori e delle abitudini degli adulti riguardo alla fornitura di alcol ai ragazzi. Dall'analisi dei dati sono emersi significativi miglioramenti nelle comunità presso le quali sono stati realizzati i programmi, rispetto a quelle di controllo. L'assenza di risultati, dove emersa, è imputabile, secondo gli autori dello studio, alla scelta di strategie delle quali non era stata verificata l'efficacia. I programmi di prevenzione hanno infatti necessità di essere verificati prima di essere realizzati⁸⁶.

3.9. La prevenzione attraverso Internet

Un'indagine della Commissione europea ha rilevato che Internet rappresenta una delle fonti più popolari di informazione sull'uso di droghe, in generale, e su quelle illecite tra i giovani di 14-24 anni⁸⁷. L'Eurobarometro nel 2011 ha condotto una ricerca su un campione di 12.000 giovani di età compresa fra i 15 e i 24 anni e residenti nei 27 Stati membri nell'UE⁸⁸. Nella sintesi dei risultati, il 64% degli intervistati ha dichiarato di utilizzare Internet come fonte principale per reperire informazioni sulle droghe.

⁸⁵ *Binge drinking*: fenomeno di importazione nordeuropea che consiste nell'ubriacarsi (in genere nei fine settimana) bevendo cinque o più unità alcoliche in una sola occasione, dove una unità è pari a 12 grammi di alcol.

⁸⁶ Hallgren M. & Andreasson S. (2013), *The Swedish six-community alcohol and drug prevention trial: effect on youth drinking*, <<Drug and Alcohol Review>>n. 32 pp.504-511.

⁸⁷ Hillebrad J., Olszewski D. & Sedefov R. (2010), *Legal Highs on the Internet*, <<Substance Use & Misuse>>, vol.45 n.3 pp. 330-340.

⁸⁸ Eurobarometer (2011) *Youth attitudes on drug*. Analytical report, Gallup Europe.

Tale opzione aveva raccolto nel 2008 il 61% e nel 2004 il 34% dei consensi. Inoltre, dalla lettura di diversi articoli emerge un allerta verso il reperimento di sostanze (illecite e lecite) tramite internet. In Italia, una ricerca del Dipartimento Politiche Antidroga, ha analizzato attraverso il motore di ricerca Google i potenziali fornitori di sostanze stupefacenti, in nove mesi di attività sono stati individuati 34 siti in lingua italiana e sono state segnalate 237 pagine web⁸⁹.

L' OEDT controlla regolarmente la disponibilità online delle «droghe legali» tramite studi istantanei periodici mirati su Internet, il più recente dei quali è stato condotto nel gennaio del 2012, sono stati individuati 693 negozi online, in aumento rispetto ai 314 del gennaio del 2011 e ai 170 del gennaio del 2010⁹⁰. Da tali ricerche, emerge che fare prevenzione attraverso programmi innovativi, basati su Internet, permette di raggiungere molte persone, dislocate territorialmente, e a costi ridotti (Lombi, 2012).

A questo proposito, la *Recreational Drug European Network (ReaDNet)*⁹¹, mira a fornire diverse soluzioni multimediali incentrate sulla prevenzione delle tossicodipendenze, che si basano su informazioni tecniche e scientifiche. Il progetto, si pone diversi obiettivi tra cui informare professionisti e non sui progetti futuri nel campo della prevenzione utilizzando strumenti ICT.

Gli studi sull'efficacia dei progetti ad oggi sono pochi, sebbene quelli implementati presentino risultati incoraggianti (Lombi, 2012). I programmi inconcludenti che si sono basati su internet, avevano le seguenti caratteristiche in comune: moralistici e basati sulla paura; intrinsecamente teorici e didattici; e si sono focalizzati solo sulle sostanze tradizionali psicoattive (eroina, cocaina e alcol).

I programmi di prevenzione realizzati nelle scuole con l'ausilio della tecnologia informatica e internet hanno molti vantaggi rispetto a quelli tradizionali, primo fra tutti quello di avere percentuali di efficacia più elevate. In secondo luogo, sono più facilmente realizzabili perché non richiedono la presenza di educatori professionisti, possono essere

⁸⁹ Serpelloni G., Rimondo C. e Candio D. (2012), *Droghe e internet. Risultati di un'indagine sul mercato online italiano*, <<Italian Journal on Addiction>> vol.2 n. 5-6, pp. 13-18.

⁹⁰ DPA (2012) Relazione annuale al Parlamento 2012. Sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, disponibile al sito internet: www.dronet.org/monografia.php?monografie=91 (Ultimo accesso: 14/06/2014).

⁹¹ RedNet (www.rednetproject.eu) è un progetto di ricerca che mira a sviluppare e pilotare le informazioni innovative ed efficaci tecnologie della comunicazione (ICT). Strumenti ICT includono l'utilizzo di siti web interattivi, SMS, social networking (Facebook, Twitter), Multimediali (YouTube), applicazioni per Smartphone (iPhone), e seminari per professionisti negli ambienti di apprendimento virtuali (Second Life).

adattati alle esigenze dell'orario scolastico e hanno anche la capacità di fidelizzare i ragazzi che vi partecipano.

Infine, i costi per la loro realizzazione sono più ridotti, in quanto consentono ai professionisti di dedicare lo stesso tempo a più pazienti, grazie alla loro flessibilità e disponibilità costante online sono più facilmente fruibili da parte dei pazienti che apprezzano anche la privacy e l'anonimato. Tali programmi hanno, naturalmente, anche dei contro. Infatti, i potenziali destinatari potrebbero non disporre di un computer in casa e in alcuni casi alcuni contenuti potrebbero non essere disponibili perché bloccati da firewall in quanto contenenti parole relative alle droghe.

In Australia, un gruppo di ricercatori ha condotto il primo studio per esaminare l'efficacia di dieci programmi di prevenzione nelle scuole (sette basati sull'utilizzo di Internet e cinque sull'utilizzo di CDroom). Dei sette programmi per i quali erano disponibili i dati, sei hanno portato a riduzioni nell'uso di alcol, cannabis e tabacco, rilevate al *follow up* che è stato successivo alla conclusione del programma. Altri due programmi sono stati associati con una diminuzione dell'intenzione di usare tabacco e altri due hanno accresciuto significativamente le conoscenze dei ragazzi a proposito dell'alcol e delle droghe.

I risultati indicano che i programmi di prevenzione dell'uso di alcol e tabacco, realizzati nelle scuole attraverso l'utilizzo di computer e di Internet, hanno un potenziale di riduzione dell'uso di alcol e droghe, sia nell'immediato che come intenzione futura.

Una spiegazione, secondo gli autori della revisione, risiede nel fatto che le informazioni fornite nell'ambito di questi programmi, insieme alla validità dell'approccio tecnologico che consente di avvicinare i ragazzi, costituiscono un'efficace e promettente strategia di prevenzione rivolta ai giovani⁹².

Un team di ricerca europeo ha realizzato una revisione sistemica della letteratura disponibile sulla materia per esaminare le evidenze riguardo i programmi informatici di prevenzione. È emerso che i programmi che utilizzano il computer hanno un buon potenziale quando vengono indirizzati tanto a livello universale quanto ai consumatori di sostanze, soprattutto nel medio periodo. Tuttavia, osservano gli autori della revisione,

⁹² Champion K.E., Newton N.C., Barrett E.L. & Teesson M. (2013), *A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet*, in <<Drug and alcohol review>>, Volume 32, Issue 2, pp. 115–123.

sono necessarie valutazioni dei risultati di lungo termine per comprendere meglio la durata degli effetti di tali programmi.

Dati i benefici che i programmi che utilizzano il computer possono avere sui metodi tradizionali, sono necessarie anche ulteriori ricerche per approfondire il valore del contatto umano negli interventi sanitari e per comprendere meglio se, e quanto, il contatto professionale debba essere inserito in questo tipo di programmi⁹³.

⁹³ Wood S.K., Eckley L., Hughes K. et al. (2014), Computer-based programmes for the prevention and management of illicit recreational drug use: a systematic review, <<Addictive Behaviors>>, vol. 39 – issue 1, pp.30-38.

CAPITOLO 4

Tossicodipendenza e immigrazione

4.1. Lo scenario europeo del fenomeno migratorio

La globalizzazione dei flussi migratori, negli ultimi decenni, ha aumentato la diversità multiculturale delle nostre società. Ci rifaremo, da qui in avanti, ai dati dei rapporti sull'immigrazione della Caritas, in particolare allo studio, pubblicato nel 2013⁹⁴.

Oltre 232 milioni di persone – più del 3% della popolazione mondiale – hanno lasciato il proprio paese nel 2012 per vivere in un'altra nazione, mentre nel 2000 erano 175 milioni. I dati delle Nazioni Unite che riguardano gli spostamenti della popolazione nel mondo hanno stimato, nell'ultimo decennio, un consistente passaggio di migranti. In Europa è presente circa un terzo dei migranti (33%), mentre il 29% si trova in Asia e il 23% nell'America settentrionale. La crisi economica mondiale, che continua a colpire duramente molti Paesi europei, ha segnato la chiusura di una fase di straordinaria crescita dell'immigrazione avvenuta soprattutto nella parte meridionale del continente e, con ogni probabilità, si avvia a diventare un punto di svolta importante nella storia del fenomeno.

La popolazione straniera presente in Europa al primo gennaio 2012 ammonta a circa 34 milioni, il 6,8% della popolazione residente. In termini assoluti, i Paesi dell'UE con il maggior numero di stranieri residenti a inizio 2012 erano la Germania (7,4 milioni di persone), la Spagna (5,5 milioni), l'Italia (4,8 milioni), il Regno Unito (4,8 milioni) e la Francia (3,8 milioni di euro). I cittadini non comunitari in questi cinque Stati membri complessivamente rappresentavano il 77,1% del totale degli stranieri residenti nell'UE, mentre gli stessi cinque Paesi avevano una quota pari al 62,9% della popolazione dell'UE. Il peso relativo di questi ultimi Paesi è aumentato notevolmente negli ultimi anni proprio in corrispondenza di una crescita della pressione migratoria dovuta a fenomeni di esodo. In termini relativi, tra i 27 Stati membri dell'UE quello con la percentuale più alta di cittadini stranieri è Lussemburgo, dove rappresentavano il 43,8% della popolazione totale.

⁹⁴ Caritas /Migrantes (2014), *XXIII Rapporto Immigrazione 2013. Tra crisi e diritti umani*, Anterem, Roma.

Un'alta percentuale di stranieri (10% o più della popolazione residente) è stata osservata anche a Cipro, Lettonia, Estonia, Spagna, Austria e Belgio.

Analizzando la distribuzione per continente di cittadini di Paesi terzi che vivevano nell'UE a inizio 2012, la percentuale maggiore (38,5%) è costituita da cittadini di un Paese europeo al di fuori dell'UE, per un totale di 7,9 milioni di persone di cui oltre la metà erano cittadini di Turchia, Albania e Ucraina. Il secondo più grande gruppo continentale di immigrati proveniva dall'Africa (24,5%), seguito da Asia (22%), Americhe (14,2%) e Oceania (0,8%). Oltre la metà dei cittadini di Paesi africani che vivevano nell'UE nel 2012 proveniva dal Nord Africa, principalmente da Marocco e Algeria. Per quanto riguarda gli asiatici la provenienza principale è dal Sud o dall'Est asiatico, in particolare dall'India o dalla Cina, mentre i cittadini di Ecuador e Stati Uniti costituivano la quota maggiore di cittadini stranieri provenienti dalle Americhe e residenti nell'UE a inizio 2012.

4.2. Lo scenario Italiano del fenomeno migratorio

Al 1° gennaio 2013 la popolazione straniera in Italia è stimata dall'Ismu in 4 milioni 900mila (regolari e non), con un aumento di 275mila unità (+6%) rispetto all'anno precedente in cui i presenti erano 4 milioni 625mila⁹⁵. Relativamente alle provenienze, l'immagine che si ottiene all'inizio del 2013 è simile a quella degli ultimi anni quando, tra gli stranieri, i cittadini romeni sono la principale collettività immigrata, con un numero che si avvicina al milione di residenti, pari al 21% del totale. Gli altri cittadini comunitari, invece, hanno percentuali molto più basse che non superano il 2,4% della Polonia. Quindi, in Italia ogni 10 cittadini stranieri residenti circa 3 sono comunitari. Per quanto riguarda i cittadini non comunitari, invece, al 1 gennaio del 2013 sono risultati 3.764.236, di cui il 49,3% donne e il 24,1% minori. Si trova prima l'Albania con oltre 450 mila presenze e, a breve distanza, il Marocco. Seguono altre storiche collettività di stranieri che, nell'ordine, sono quella cinese, l'ucraina, la filippina e la moldava. Le prime cinque nazionalità rappresentano oltre il 50% del totale dei cittadini stranieri in Italia. La distribuzione regionale conferma un dato ormai storico, che vede il 61,8% degli immigrati nel Nord, il 24,2% nel Centro e il 14% nel Sud e nelle Isole. Tra i motivi della presenza straniera in Italia, analizzati sulla base della tipologia dei permessi di soggiorno rilasciati, prevalgono nettamente il lavoro (60,6%) e il ricongiungimento familiare (31,6), seguiti a distanza da

⁹⁵ Fondazione Ismu (2014), *Diciannovesimo rapporto sulle Migrazioni 2013*, Franco Angeli, Milano.

quelli per studio, motivi religiosi, residenza elettiva e differenti⁹⁶. Nel 2012 i permessi di soggiorno rilasciati per motivi di lavoro a soggetti extra UE sono stati in tutto 67mila durante il 2012, quasi dimezzati rispetto al 2011. Il calo è dovuto al persistere della crisi economica, che ha investito l'Italia.

Rispetto agli immigrati regolarmente presenti in Italia, è più complicato stimare la presenza degli irregolari e dei clandestini. Secondo Ismu la componente irregolare al 1° gennaio 2013 è stimata in 294mila unità (pari al 6% del totale delle presenze). L'Ismu nel suo rapporto ha esaminato i dati dell'UNCHR (agenzia ONU per i rifugiati). Dall'analisi emerge che a fine 2012, l'Europa accolse il 17 % dei rifugiati mondiali (10,5 milioni). In Europa infatti ci sono 1 milione e 800mila rifugiati, 245mila in più rispetto a inizio anno (+15,8%). Nella classifica dei principali Paesi europei di accoglienza, l'Italia occupa il sesto posto con 65mila persone (7mila in più rispetto al 2011, +12%), mentre la Germania è prima con 590mila unità, la Francia è seconda con 218mila e il Regno Unito è terzo con 150mila. Accanto alla migrazione "normale", esistono fasce di specifica fragilità, come quella dei richiedenti asilo e dei rifugiati, quella dei Rom e Sinti e per coloro che si trovano a vivere in condizione di irregolarità giuridica.

4.3. Migrazione, salute e diseguaglianze

Perché un paragrafo dedicato all'inclusione delle popolazioni appartenenti alle minoranze⁹⁷, nella ricerca sulla salute della popolazione europea? La politica e il diritto in tutta Europa, e in gran parte del mondo, ci impone di soddisfare equamente le esigenze sanitarie di migranti e delle minoranze⁹⁸. Quando queste differenze tra alcuni gruppi di popolazione, rispetto ad altri diventano misurabili, cominciano a sorgere dei problemi. Non solo perché queste iniquità sono inaccettabili, ma anche perché si associano a

⁹⁶ Ministero dell'interno (2008), *1° rapporto sugli immigrati in Italia 2007*, Roma.

⁹⁷ In questa tesi il termine "minoranze" sarà utilizzato soprattutto in riferimento a gruppi "etnici" sarà utilizzato per descrivere i migranti/minoranze etniche/popolazioni immigrate. Questo termine copre una vasta gamma di popolazioni di un paese, tra cui gli immigrati nuovi arrivati (sia con che senza documento), i richiedenti asilo, i lavoratori e studenti temporanei immigrati, le successive generazioni di immigrati che si sono stabiliti in un paese, gli immigrati inter-UE (alcuni dei quali sono percepiti come minoranze etniche in altri Paesi), e delle minoranze etniche delle popolazioni indigene. Tuttavia, è riconosciuto che c'è molto dibattito su questa terminologia, e che non esiste una definizione comune di tale popolazione in tutta Europa: ogni Paese li definisce in base a diversi criteri che sono legati al contesto sociale e ai processi di migrazione storiche del paese.

⁹⁸ Fernandes A. & Miguel JP. (2009), *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*, Portugal, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge.

conflitti sociali, locali, nazionali e globali, con gravi conseguenze per le persone e dei popoli. L'iniquità, infatti, è diversa dalla diseguaglianza, essa si verifica quando è la società civile stessa, attraverso le sue norme ed i suoi rappresentanti negano totalmente o parzialmente, eguali opportunità ad individui appartenenti a gruppi diversi⁹⁹. Ridurre le diseguaglianze in chiave "etnica" e le diseguaglianze in materia di salute è priorità importante per la ricerca sulla salute pubblica. Bhopal (2012) sostiene che il coinvolgimento attivo delle popolazioni migranti e minoritarie nella ricerca sulla salute della popolazione europea è necessaria, in quanto i dati mostrano diseguaglianze importanti, ma le prove, soprattutto sull'efficacia, sono molto rare. Dal punto di vista della salute pubblica, delle leggi e delle politiche in relazione alle sue applicazioni in campo sanitario, i dati sono essenziali per stabilire l'entità delle diseguaglianze di salute e le diseguaglianze nella fornitura di servizi sanitari. L'accesso ai sistemi sanitari è un fattore che influenza lo stato di salute di una popolazione¹⁰⁰. Scegliere tra gli interventi, significa stabilire le priorità, monitorare l'impatto degli interventi per ridurre ingiustizie e diseguaglianze¹⁰¹. Senza dati è impossibile mostrare se siano necessari interventi e servizi nuovi, e allo stesso modo, se gli interventi abbiano inciso sulle diseguaglianze. Riprendendo in considerazione la definizione di salute (Preambolo alla Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 1948), la Salute Globale è da intendersi come nuovo paradigma. Tale paradigma, è radicato nell'approccio teorico delle determinanti sociali di salute, è basato sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e sostanziato da ampie evidenze scientifiche, esso può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità¹⁰². La Salute Globale è una chiave di lettura dei temi sanitari legati all'immigrazione, in quanto esamina le diseguaglianze nella salute dal profilo globale a quello locale. Lo stato di salute (individuo, comunità e popolazione) è influenzato e determinato da molteplici fattori. Lo studio dei determinanti della salute costituisce la base e la sostanza della sanità pubblica, perché consente di analizzare (e possibilmente modificare) i fattori che in varia misura

⁹⁹ 3° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla salute globale (2008), *Salute globale e aiuti allo sviluppo*. Pisa, Edizioni ETS.

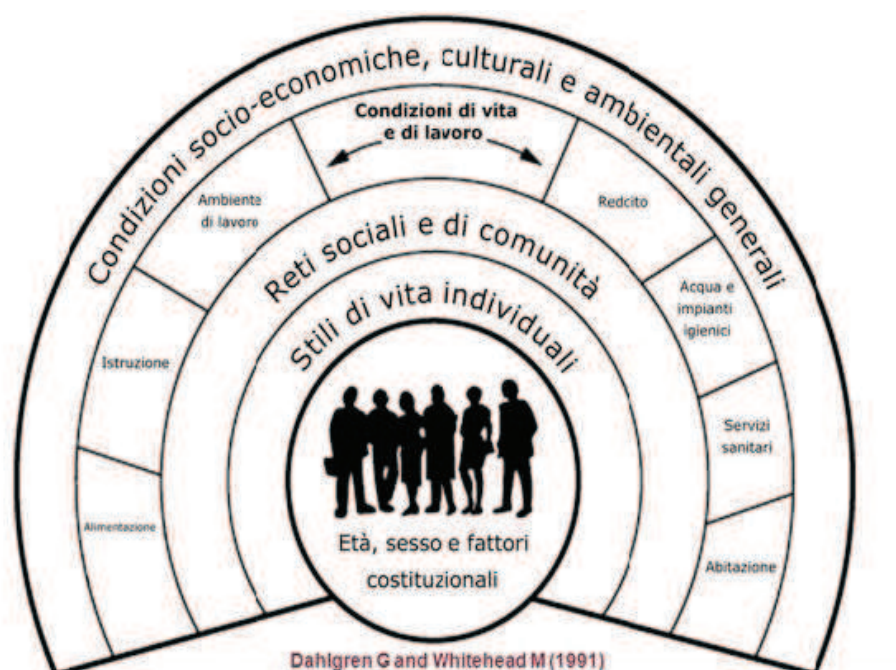
¹⁰⁰ Ausl Cesena (2012), *Immigrazione e droghe. Culture, consumi e ... offerta di Servizi*, <<Sestante>>, n. 35.

¹⁰¹ Bhopal RS. *Ethnicity, Race & Health in Multicultural Societies (2007,)* *Foundations for Better Epidemiology, Public Health, and Health Care*. Oxford, Oxford University Press.

¹⁰² Definizione di salute globale (RIISG – Rete Italiana per l'insegnamento della Salute Globale).

influenzano l'insorgenza e l'evoluzione delle malattie (OISG, 2008). Il modello europeo delle determinanti della salute (nella prossima figura), è espresso in una serie di strati concentrici, corrispondenti ciascuno a differenti livelli di influenza. Al centro c'è l'individuo, con le sue caratteristiche biologiche: il sesso, l'età, il patrimonio genetico: ovvero i determinanti non modificabili della salute. I determinanti modificabili, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale.

È un modello concettuale che da una parte riflette la cultura europea di *welfare state* fondata sul "diritto alla salute" e dall'altra fa propria la visione "multisettoriale" della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata. La sanità pubblica, per promuovere politiche e interventi di prevenzione, è alla ricerca delle cause delle cause (le determinanti distali)¹⁰³. Nonostante lo sviluppo e il radicamento dei diversi sistemi sanitari abbia concorso al miglioramento della salute in tutti i Paesi occidentali, l'accesso ai servizi sanitari continua ad essere difforme e diseguale (Ausl di Cesena, 2012). Il tema delle disuguaglianze sociali nella salute non riguarda solo l'Italia, ma coinvolge in diversa misura tutti i Paesi europei. Le disuguaglianze di salute sono state definite come una



¹⁰³ Le determinanti distali si collocano all'inizio di quella che può essere una lunga e complessa catena di cause (povertà assoluta, povertà relativa, status syndrome, prime fasi della vita, coesione sociale-capitale sociale, discriminazione razziale e servizi sanitari). Invece le determinanti prossimali hanno un diretto e relativamente immediato collegamento con un risultato di salute.

priorità nel corso del Consiglio Europeo di Lisbona, in quanto in molti Paesi europei, sono tuttora presenti situazioni di diseguaglianze di salute per alcuni gruppi socio-economici¹⁰⁴. A questo punto però dovremmo parlare di iniquità, perché le diseguaglianze nei servizi di salute sono evidentemente conseguenza di politiche economiche, sociali e sanitarie. Nei documenti proposti dalla commissione europea, ma anche da molti deputati, la salute è considerata sistematicamente più come uno strumento che come un fine, cioè un bene vitale. Essa è valutata importante per raggiungere altri scopi: perché “favorisce competitività” e perché “aiuta a vincere la competizione economica” (OISG, 2008). Mentre i dati europei sono sufficienti per stabilire che esistono disparità importanti¹⁰⁵, sono frammentari, incoerenti, incompleti e non sufficientemente completi per soddisfare le esigenze della politica o della sanità¹⁰⁶. I dati esistenti, solitamente, non forniscono una prospettiva nazionale, sono frutto, per lo più, di studi locali. Vi è anche una carenza di ricerca valutativa dei servizi sanitari, relativa all’accessibilità e al ricorso ai servizi sanitari da parte di minoranze migranti e gruppi etnici, adeguatezza dei servizi sanitari e dei modelli di impegno nel servizio sanitario¹⁰⁷. I numeri ufficiali hanno dei limiti, in quanto non esiste un sistema consolidato di raccolta e analisi dei dati. Questo è un problema per chi si occupa di salute e vuole determinare, ad esempio, misure di frequenza quali i tassi. Bonifazi (2007), in un testo di riferimento importante, ha scritto che i dati a disposizione degli studiosi sottostimano l’intensità della presenza straniera perché non tengono conto a chi ha, nel frattempo, acquisito la cittadinanza del paese ospitante¹⁰⁸. Gli esperti¹⁰⁹ di tutta Europa affermano il diritto all’assistenza sanitaria culturalmente sensibile per tutti gli immigrati. Vi è ampio consenso sui grandi principi di buona pratica, che dovrebbero essere attuati in tutta Europa. I fattori discussi da 134 esperti di 16 Paesi dell’UE, rientrano in nove categorie tematiche, che sono riassunte nella tabella sottostante¹¹⁰.

¹⁰⁴ Tognetti Bordogna M. (2011), *Gli immigrati tra innovazione organizzativa e cambiamenti culturali*, in <<Sociologia del Lavoro>>, n. 122, pp. 181- 193.

¹⁰⁵ Arnold M, Razum O, & Coebergh JW. (2010), *Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: an overview of the literature*, Eur J Cancer, n. 46(14), pp. 2647-2659.

¹⁰⁶ Rafnsson SB. & Bhopal RS. (2009), *Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in Europe*, Eur J Public Health, n. 19(5), pp. 484-491

¹⁰⁷ Nielsen SS, Krasnik A & Rosano A.(2009), *Registry data for cross-country comparisons of migrants’ healthcare utilization in the EU: a survey study of availability and content*, BMC Health Serv Res, n. 9.

¹⁰⁸ Bonifazi C. (2007), *L’immigrazione straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino.

¹⁰⁹ Devillé W., Uiters E., Westert G. & Groenewegen P. (2011), *Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study*, BMC Public Health.

Tema	Descrizione	Dettagli
<i>Facilità di accesso e parità</i>	Un sistema sanitario di facile accesso per i migranti	<ul style="list-style-type: none"> • Accessibilità alle stesse condizioni della popolazione generale: <ul style="list-style-type: none"> - in sistemi sanitari con accesso gratuito, libero ingresso alle cure per i migranti; -in sistemi sanitari basati sulle assicurazioni, i migranti devono avere il diritto di assicurarsi. • Rimuovere le barriere all'entrata delle cure secondarie; • i servizi sanitari speciali, dovrebbero essere resi disponibili nelle aree ad alto tasso di migrazione; • le ore di servizio devono adattarsi alle esigenze degli utenti, compresi i migranti; • i servizi dovrebbero essere accessibili: i governi dovrebbero fornire le risorse necessarie e dovrebbero adeguare la legislazione per raggiungere questo obiettivo; • informare gli operatori sanitari circa la legislazione relativa al diritto all'assistenza sanitaria per gli immigrati.
<i>Empowerment</i>	<i>Empower</i> per quanto riguarda le determinanti della salute e per la salute dei migranti	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire informazioni per i migranti nella loro lingua: <ul style="list-style-type: none"> -sui loro diritti e sul funzionamento del sistema di assistenza sanitaria e sociale; -sulla salute, sulla malattia e sulla prevenzione; -fornire una consultazione speciale alle persone che accedono la prima volta nel sistema sanitario. • Al di fuori del settore sanitario: <ul style="list-style-type: none"> -migliorare l'accesso al lavoro, così come le condizioni di lavoro e di vita. <p>Di conseguenza i migranti possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -migliorare la loro salute. Fornire opportunità per apprendere la lingua del paese ospitante, faciliterà l'integrazione nel paese ospitante e di conseguenza anche l'accesso alle cure sanitarie. • Partecipazione dei migranti e delle organizzazioni non governative (ONG) che si occupano di migranti nell'organizzazione dei servizi sanitari.

<i>Cure di qualità</i>	Garanzie di qualità delle cure	<ul style="list-style-type: none"> • I servizi dovrebbero considerare il paziente come un individuo; • cura di qualità, significa, prendere in considerazione la storia medica specifica della persona, lo sfondo sociale, dare sostegno psicologico individualizzato ed empatia; • gli operatori sanitari dovrebbero prendersi il tempo di ascoltare i pazienti e verificare che entrambe le parti si siano capite. • Altri fattori citati: <ul style="list-style-type: none"> -stabilire la fiducia; -ricercare il consenso informato; -garantire la continuità delle cure; -adattarsi alla cura e allo stile di vita della persona, della capacità di ricevere e di auto-gestire la cura.
<i>Comunicazione tra il fornitore di cura e il paziente</i>	Fornire interpretazioni e traduzioni	<ul style="list-style-type: none"> • Alta qualità di interpretazione nei servizi direttamente alla persona o per telefono; • i servizi dovrebbero tenere conto dei diversi livelli di alfabetizzazione, sia della salute sia della padronanza della lingua locale.
<i>Il rispetto verso i migranti</i>	Combattere la discriminazione e il pregiudizio, rispettare le differenze	<ul style="list-style-type: none"> • Gli operatori dovrebbero mostrare verso i pazienti rispetto, fiducia, interesse senza pregiudizi e con mente aperta. • i servizi sanitari non dovrebbero essere xenofobi o razzisti; • gli operatori sanitari devono essere motivati a fornire assistenza ai migranti con particolare attenzione alle loro esigenze e priorità specifiche; • una politica contro gli atti di discriminazione nelle strutture sanitarie, dovrebbe essere stabilita e attuata.
<i>Networking e all'esterno dei servizi di assistenza sanitaria</i>	La rete di cura: efficace e integrata	<ul style="list-style-type: none"> • Networking all'interno dei servizi sanitari e tra i servizi sanitari e sociali; • l'interdisciplinarietà è una priorità all'interno dei servizi sanitari; • il coordinamento tra i servizi di assistenza primaria, o tra cure primarie e servizi di assistenza sanitaria specifica per i rifugiati; • sostenere i migranti a sviluppare le loro reti sociali; • sostenere immigrati o persone di origine migrante che si occupano di altri migranti.
<i>Attività mirate</i>	Programmi mirati di	<ul style="list-style-type: none"> • Attività verso i gruppi migranti difficili da

<i>di sensibilizzazione</i>	sensibilizzazione nella prevenzione e nella cura	raggiungere: all'educazione, prevenzione e promozione.	di sanitaria, screening,
<i>Disponibilità dei dati</i>	Dati sui migranti, epidemiologia e ricerca	<ul style="list-style-type: none"> • I servizi sanitari devono essere dotati di conoscenze pertinenti sui fattori di salute e di rischio relativi alle popolazioni di cui si occupano. • Registri sanitari: <ul style="list-style-type: none"> ◦ dovrebbero registrare e monitorare la salute dei migranti, per facilitare la ricerca. ◦ dovrebbero essere in grado di integrare la mobilità dei pazienti nel pieno rispetto dei diritti umani. 	

4.4. La normativa a protezione del diritto alla salute per i migranti

La risoluzione “Salute dei Migranti” approvata durante la 61ma Assemblea mondiale della Sanità all’OMS di Ginevra (2008), lancia un appello agli Stati Membri perché promuovano politiche sanitarie sensibili verso i migranti. Ad essi, dovrebbe essere garantito un accesso equo alla promozione della salute, alla prevenzione e alla cura delle malattie senza discriminazioni di sesso, età, religione, nazionalità o razza. La risoluzione dell’OMS (n. WHA 61.17) riconosce il ruolo che la salute ha, per un effettivo processo di integrazione e inclusione sociale dei migranti, e richiama l’importanza di una raccolta disaggregata di dati sanitari per l’adozione di politiche e strategie basate sui fatti. Nel 2007 i Ministri europei della Salute hanno affermato che “le misure sanitarie per i migranti [...] promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l’integrazione e la partecipazione dei migranti all’interno dei Paesi ospitanti, promuovendo l’inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo” (Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni). In modo sintetico ed efficace i Ministri europei hanno voluto enfatizzare come le politiche sanitarie possono contribuire in modo determinante all’inserimento degli immigrati ed alla costruzione di una società basata sull’accoglienza, sull’integrazione e sulla crescita reciproca¹¹¹. Fino agli anni ’80, in Italia, non esistevano leggi specifiche sulla immigrazione. Dal 1986, diversi provvedimenti

¹¹¹ Greci S. e Hamand I.E. (2011), *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, Roma, in <<Italian Journal of Public Health>>, Vol. 8, n. 3.

normativi si susseguirono, anche se si rivelarono poco incisivi a causa, tra l'altro, della scarsità dei fondi dedicati. La legge principale sull'immigrazione vigente in Italia è il D.lgs. n. 286 del 1998 (Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni di straniero). Il decreto disciplina la condizione degli stranieri in Italia e stabilisce l'obbligatorietà dell'iscrizione al S.S.N. da parte dei cittadini stranieri presenti sul territorio italiano. L'assistenza sanitaria viene assicurata anche agli stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno. Ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno in Italia, definiti anche Stranieri Temporaneamente Presenti (S.T.P), devono essere comunque assicurate le cure ambulatoriali, assistenziali e ospedaliere. Va aggiunto che lo straniero non in regola con le norme sul soggiorno che faccia ricorso a cure mediche, non può essere segnalato alle autorità di pubblica sicurezza, fatto salvo il caso in cui sussista l'obbligo di referto, a parità di condizioni del cittadino italiano. Inoltre, sono assicurati agli stranieri irregolari: la tutela sociale della gravidanza e della maternità, le vaccinazioni, la salute del minore, gli interventi di profilassi, diagnosi e terapia delle malattie infettive, tutela della salute mentale. Circa la tossicodipendenza non ci sono riferimenti espliciti nella legge, ma essa è compresa tra le misure continuative e tra le terapie delle malattie infettive.

Nella legge Bossi-Fini (30 Luglio 2002, n.189) non figurano riferimenti espliciti alla tossicodipendenza, anche se tale disposizione ha modificato molte parti della disciplina in materia di immigrazione. La circolare n.5 del 24/3/2000 del Ministero della Sanità precisa, riferendosi esplicitamente agli stranieri irregolari, che ad essi vanno applicate le norme previste dalla legge 309/90 per i tossicodipendenti italiani: in particolare devono essere offerte le prestazioni a carattere sanitario e psicologico (anche in carcere) e gli interventi preventivi, curativi e riabilitativi. Da quanto previsto dalla circolare, consegue che vanno garantite anche agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso senza permesso di soggiorno, tutte le prestazioni erogabili dei servizi dipendenze, tra cui l'inserimento delle strutture riabilitative degli enti ausiliari. Vengono indicate come cure da garantire quelle urgenti, che non possono essere differite senza pericolo di vita o danno per la salute della persona e quelle essenziali, ovvero le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative alle patologie non pericolose nell'immediato breve

termine, ma che, nel tempo potrebbero determinare un maggiore danno alla salute o rischi per la vita.

La tossicodipendenza, potrebbe quindi rientrare nel novero delle cure essenziali, come affermato appunto dalla circolare sopra-citata, consentendo inoltre allo straniero di rimanere sul territorio nazionale, senza dover chiedere un permesso di soggiorno ad hoc per cure mediche¹¹². Però, la Corte di Cassazione, con la sentenza 15830/2001 non ha considerato la tossicodipendenza come malattia cronica dalla quale deriva un imminente pericolo di vita: ha escluso, quindi, che possano essere considerate cure urgenti o comunque essenziali, le cure di cui necessita un tossicodipendente e la persona che non si trova in una situazione patologica tale da permettere la richiesta di un permesso di soggiorno ad hoc, che invece viene concesso nel caso di cure urgenti o comunque essenziali.

Il cosiddetto “Pacchetto Sicurezza” (Legge 94/2009) non ha modificato le disposizioni in materia sanitaria. Introducendo il “reato di immigrazione clandestina” però, pone diverse preoccupazioni per i diritti degli stranieri e anche per la salute pubblica. Va ricordato, comunque che il divieto di segnalare alle autorità gli stranieri irregolari non viene abrogato dal “Pacchetto sicurezza”. Infatti, l’obbligo di referto sussiste solo per alcuni delitti e non per reato di immigrazione clandestina, che è un crimine contravvenzionale. Tuttavia, una situazione di ambiguità normativa riguarda i comunitari, in quanto un’interpretazione troppo “egualitaria” non ha tenuto conto della fragilità sociale di alcuni gruppi di popolazione, in particolare degli ultimi neo-comunitari (rumeni e bulgari – inizio 2007 - ed in minor misura polacchi, “entrati” nell’UE qualche anno prima), che non avendo i requisiti richiesti (tessera europea assicurazione malattia-TEAM) e lavorando in nero o trovandosi in condizione di marginalità (ereditata da periodi di irregolarità giuridica) non hanno titolo per accedere ai servizi sanitari¹¹³. In parte tale situazione è stata affrontata a livello regionale e da una nota ministeriale che, nell’ambiguità dell’impostazione, tuttavia invita ad “essere attivate, nei confronti di queste persone, anche per motivi di sanità pubblica nazionale, le campagne di vaccinazione, gli interventi

¹¹² A cura di Madeddu F., Fiocchi A. e Pianezzola P. (2006), *Tossicodipendenze marginalità e fragilità sociale. Interventi specialisti nelle strutture residenziali e semiresidenziali del welfare lombardo*, Franco Angeli, Milano.

¹¹³ Geraci S. (2007), *Gli immigrati e il “sistema salute” italiano*. In: Caritas/Migrantes. Immigrazione Dossier Statistico 2007. XVII Rapporto sull’immigrazione, Idos.

di profilassi internazionale e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive, ai sensi della vigente normativa nazionale” (precisazioni ministero Salute del 19.02.08). In questo senso va segnalato, a distanza di oltre 10 anni dall’entrata in vigore di molte delle norme suddette, come non ci sia ancora una uniformità di applicazione su tutto il territorio nazionale soprattutto per le disposizioni che regolano l’accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolarmente presenti e dei comunitari in condizione di fragilità sociale: alcuni ambiti di discrezionalità organizzativa (in base alla diversità del territorio regionale ed alla consistenza della presenza di stranieri) vengono presi a pretesto per non garantire adeguatamente i livelli assistenziali previsti dalla normativa nazionale e il clima politico più o meno “aggressivo” non favorisce percorsi di accessibilità ai servizi¹¹⁴. Vengono, individualizzate alcune cause (Reggio et. al, 2006), con l’aiuto di esperti nel settore come Grosso e Zuffa, su alcuni fattori che rimandano alle caratteristiche dei tossicodipendenti immigrati:

- Estrema mobilità dei soggetti irregolari che si muovono in base alle opportunità di lavoro, per cui diventa difficile stabilire rapporti continuativi, con i servizi pubblici;
- Difficoltà a conciliare gli orari di lavoro con quelli dei servizi pubblici (o ricerca del lavoro);
- Timore da parte degli immigrati nel farsi vedere in un servizio pubblico, rendendo in tal modo visibile la propria posizione. Tendono a tenere nascosti i propri problemi non rivolgendosi quindi ai servizi pubblici che si occupano di tossicodipendenza, per evitare la doppia stigmatizzazione di straniero e di tossicodipendente. Questa paura è dettata maggiormente dalla mancanza di informazioni che non da elementi reali.

Altri fattori causali sono tracciabili, invece, nell’approccio ai servizi:

- Scarsa applicazione della circolare n.5 del 2000;
- Inadeguatezza dei servizi ad affrontare l’utente immigrato: non tutti i servizi sono dotati di mediatori culturali;
- Tendenza all’innalzamento della soglia di intervento, che produce una “medicalizzazione” del fenomeno tossicodipendenza. I tossicodipendenti immigrati faticano ad accettare un *setting* non più “consueto” come la strada, ma contraddistinto da un’elevata strutturazione del percorso farmacologico.

¹¹⁴ Geraci S., Bonciani M. e Martinelli B. (2010), *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Roma, Imprinting srl.

Il dato che rimane costante in molte ricerche svolte nel nostro paese fino ad oggi è proprio la ridotta utilizzazione dei servizi pubblici da parte degli immigrati, regolari e non, e il ricorso strutturato alle strutture di volontariato cattolico e laico (sebbene queste ultime abbiano meno vincoli dal punto di vista burocratico e amministrativo, oltre ad essere riconosciute dagli stessi immigrati come un punto di riferimento ormai da molto tempo)¹¹⁵. Nonostante, infatti, la disposizione di legge conferisca piena affettività al diritto di salute degli stranieri irregolari, dando loro possibilità di accedere alle strutture sanitarie e garantendo loro l'anonimato e la segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, mancano le basi per facilitare l'accesso ai servizi pubblici di queste persone (Madeddu, 2006). Questo vale anche per gli altri Paesi europei, per esempio, in termini di servizi per le tossicodipendenze, uno studio ha dimostrato che vi è una notevole variazione nei servizi forniti per le minoranze etniche all'interno dei Paesi, ma nell'UE nel suo insieme, la politica sulla droga e la pratica riflettono maggiormente i bisogni della popolazione bianca¹¹⁶.

4.5. Tossicodipendenza e immigrazione: il caso italiano

In Italia, ormai da tempo, si sta sviluppando un'ampia letteratura sull'approccio culturalmente differenziato per i soggetti stranieri nel campo dell'antropologia medica, dell'etnopsichiatria e delle pratiche pedagogiche sociali. Tuttavia, per quanto riguarda la tossicodipendenza e l'alcol dipendenza fra le minoranze etniche immigrate, siamo ancora in una fase di sperimentazione, con produzione scientifica frammentaria. Il contrasto tra i livelli di ricerca in questo campo negli Stati Uniti e in Europa è forte. Gli USA sono un paese forgiato dall'in-migrazione, che, fino a poco tempo l'Europa è stata forgiata da emigrazione¹¹⁷. Nel 1993 negli USA è passata una legge, che ha richiesto ai ricercatori di progettare la loro ricerca in modo da includere le minoranze razziali ed etniche e le

¹¹⁵ Pellicia A. (2006), *Tossicodipendenza e immigrazione storie di vita*, Roma, Consiglio Nazionale delle Ricerche.

¹¹⁶ Fountain J. , Khurana J. e Underwood S. (2004), *Barriers to drug service access by minority ethnic populations in the European Union and how they can begin to be dismantled*. In Decorte, T. Korf, D.J. (eds.) *European studies on drugs and drug policy*. Brussels, VUB Press.

¹¹⁷ Monaci P. (2001), *Tossicodipendenze e immigrazione un approccio psicosociale*, L'Hermattan Italia, Torino.

donne, come prerequisito per ottenere finanziamenti¹¹⁸. I dati epidemiologici sulla tossicodipendenza degli stranieri in Italia sono ancora molto parziali.

Paola Monaci, affrontando la questione, attribuisce questa mancanza di dati a diverse ragioni (Monaci, 2001):

- Difficoltà di reperire dati statistici attendibili o di fare delle stime sulla prevalenza del fenomeno nella fascia degli irregolari, la cui consistenza è imprecisabile;
- Raccolta di dati spesso metodologicamente poco corretti;
- Mancanza di rilevazioni sistematiche da parte dei servizi pubblici per le tossicodipendenze;
- Scarso accesso alle strutture sanitarie, da parte degli stranieri;
- Assenza di una politica organica d'intervento a livello nazionale, sul problema degli stranieri tossicodipendenti.

A tutte queste valide ragioni potremmo aggiungere la grave assenza nelle principali indagini di carattere sociologico sulle tematiche dell'immigrazione, di dati specifici sul fenomeno della tossicodipendenza (ad esempio, nel rapporto nazionale Caritas, non vi è alcuna informazione a riguardo). A ciò va aggiunto, oltre a specifiche caratteristiche di mobilità ed invisibilità che rendono difficile un rapporto continuativo con la rete dei servizi sanitari per soggetti che non risiedono stabilmente in un determinato territorio o senza il permesso di soggiorno, che la popolazione straniera difficilmente accede ai servizi per le dipendenze (Monaci, 2001).

In Italia, le poche ricerche significative, orientate allo studio del fenomeno della tossicodipendenza tra la popolazione immigrata, vengono realizzate sulla popolazione detenuta, cioè quella parte di popolazione visibile e controllabile attraverso i circuiti giudiziari, coinvolta nei reati legati allo spaccio di sostanze stupefacenti e quindi anche nei problemi di consumo, anche se questi non sono sempre sovrapponibili (Monaci, 2001). I dati epidemiologici sulla tossicodipendenza degli immigrati, riflettono implicitamente meccanismi di etichettamento e criminalizzazione¹¹⁹.

¹¹⁸ Devillè W., Greacen T., Bogic M. et. Al (2011) Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice?, BMC Public Health, n. 11.

¹¹⁹ Ruggiero V. (2008), *Stranieri e illegalità nell'Italia criminogena*, in <<Diritto immigrazione e cittadinanza>>, n.2.

In base agli ultimi dati disponibili (30 aprile 2014), i detenuti nelle carceri italiane sono 59.683, mentre gli stranieri detenuti sono 20.521, pari al 34% dei detenuti in Italia¹²⁰. Sempre in base agli ultimi dati disponibili, (31 dicembre 2013) i detenuti per reati previsti dalla legge sulla droga (TU 309/90), siano essi tossicodipendenti o no, sono 34.005, di cui 9.732 sono stranieri¹²¹. Accanto alla “fascia nera”, caratterizzata da coloro che sono arrivati con l’intenzione di delinquere o con una carriera illegale già iniziata nel paese d’origine, spesso spacciatore diviene colui che individua tale strada quale importante e facile via di guadagno in un contesto di assenza di opportunità (percorso che facilmente raggiungono, oppure l’immigrato divenuto consumatore per acquistare ciò che gli serve finisce per essere manodopera utilizzata dalle organizzazioni criminali) (Russo, 2011).

A livello europeo l’EMCDDA di Lisbona, tra il 1999 e il 2002, ha condotto uno studio sui livelli di consumo di droghe tra gli immigrati appartenenti a 16 Paesi dell’UE, tra cui l’Italia. L’indagine ha rilevato che, pur riscontrando differenze culturali nel consumo di sostanze stupefacenti tra i vari gruppi di immigrati nei vari Paesi dell’UE, molti cittadini immigrati si trovano in situazioni di esclusione sociale/emarginazione, aumentando il fattore di rischio all’esposizione delle sostanze stupefacenti. L’EMCDDA (2000) ha riferito che i membri di alcune minoranze etniche in tutti e 16 i Paesi dell’UE esaminati, sono rappresentati “dai dati socio-demografici ed economici disponibili, la maggior parte delle popolazioni non-bianche, tra cui zingari, minoranze invisibili e clandestini sono concentrati in aree segnate da indici di esclusione sociale [...], sebbene l’uso e l’abuso di farmaci non è delimitato dal settore nella società, la sua elevata prevalenza e i problemi sociali associati sono particolarmente marcati, nei settori e nelle località segnate dall’esclusione sociale”. Questa situazione continua ad essere avvertita in tutta Europa (EMCDDA, 2012). Tuttavia, è importante segnalare che l’appartenenza ad una minoranza etnica non è necessariamente un indicatore di vulnerabilità al consumo e all’uso problematico di droga (EMCDDA, 2008), ma può essere un fattore protettivo a ragione dei codici culturali e religiosi del comportamento (Burkhart et al, 2008).

¹²⁰ Ministero della Giustizia, Detenuti presenti – dati aggiornati al 30 aprile 2014, disponibili al seguente sito internet: www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?previousPage=mg_1_14&contentId=SST1006763 (Ultimo accesso: 14/06/2014).

¹²¹ Ministero della Giustizia, Detenuti per tipologia di reato – dati aggiornati 31 Dicembre 2013, disponibili al seguente sito internet: www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?previousPage=mg_1_14&contentId=SST978025 (Ultimo accesso: 14/06/2014).

Un ambito di osservazione del fenomeno immigrazione e tossicodipendenza è costituito dal servizio ospedaliero¹²². Secondo l'analisi di tutte le dimissioni degli ospedali pubblici e privati della Regione Emilia Romagna e dei soggetti residenti ricoverati fuori Regione con diagnosi sia principale che secondaria ICD IX. Nel periodo compreso tra l'17/7/1994 ed il 31/12/2009, erano stati dimessi con diagnosi di abuso e di dipendenza o psicosi o avvelenamenti da droghe 28.330 italiani, 2594 non nativi e 1.641 italiani ricoverati in strutture di altre Regioni. Nel periodo considerato, tra i dimessi con diagnosi collegata ad abuso/dipendenza di sostanze illegali, la quota di soggetti nati all'estero rappresentava l'8%; tra questi le femmine erano il 29.6%, l'età media al ricovero 31.3 anni per i maschi e 33.6 per le femmine, il 51% utilizzava oppioidi, il 12% cocaina, il 10% cannabis. Dal 1994 al 2009 era in aumento il numero complessivo, la quota sul totale, l'età media al ricovero e la percentuale di femmine. Per quanto riguardava le sostanze di abuso, si osservava una chiara distribuzione sulla base della provenienza, infatti la prevalenza maggiore di uso di oppioidi era tra i soggetti provenienti da altri Paesi europei e dall'Africa mediterranea, di cocaina dall'America Latina, di cannabis dalle altre nazioni africane e di abuso concomitante di alcol dai Paesi dell'Europa dell'Est. L'analisi delle zone di provenienza, offriva ulteriori elementi di riflessione. Infatti riferiva un quadro complesso dove le differenze emergevano nell'asse nord/sud e la componente "economica" sembrava sostituire quella propriamente "etnica". Si può dunque supporre che i migranti possono avere un accesso facilitato alle sostanze d'abuso, proprio per la loro posizione di vulnerabilità. Vivendo adiacenti ad altri gruppi, diminuendo le differenziazioni difensive è più possibile e probabile una contaminazione con usi fatti da altre culture (Russo, 2011). Ad esempio, i rom acquisiscono l'uso di eroina da noi occidentali, in quanto questa non era una sostanza adoperata nella loro cultura. Il popolo rom non era preparato a dover interagire con l'eroina, in quanto, in genere, la sua "legittima" sostanza di abuso è stata l'alcol. L'utilizzo dell'eroina ha impedito la regolamentazione interna della famiglia rom, in quanto i giovani tossicodipendenti, al contrario degli alcolisti, non vengono accettati in famiglia e quindi non vengono aiutati. L'esposizione al sangue e il pericolo di contagio creano l'espulsione dalla famiglia. In oltre, l'uso di eroina non permette rispetto tra giovani e l'anziani, mettendo a rischio il sistema di difesa sociale che i rom hanno

¹²² Pavarin R.M., Marini S., Sanchini S. e Turino E. (2011), *Cannabis: analisi dei ricoveri ospedalieri negli stranieri e dipendenza da sostanze illegali*, Italian Journal on Addiction, Roma, Vol. 1, n. 5-6.

costituito per differenziarsi e separarsi dai *gange*. Lo studio curato da Monaci (2001) risulta, ad oggi, la sintesi più completa del panorama di riflessioni e delle sperimentazioni attivate sul territorio nazionale, ad esso, quindi, ci rifacciamo per un'analisi generale, fondata su considerazioni di fondo utili ad inquadrare ulteriormente il fenomeno:

- C'è una prevalente presenza maschile e una maggioranza di soggetti irregolari che abusano sostanze;
- L'età dei tossicodipendenti stranieri tende a ruotare intorno ai 20-30 anni, con segnali allarmanti per quanto riguarda la presenza di minori;
- La sostanza più usata rimane l'eroina seguita da alcol o cocaina;
- I soggetti che si sottopongono ad un trattamento, solitamente rimangono in contatto con il servizio per un breve periodo, che non supera mai i 30 giorni;
- I soggetti provenienti dal nord Africa, soprattutto i magrebini, consumano eroina per via inalatoria piuttosto che per via endovenosa: questo spiega la percentuale nettamente inferiore rispetto alla popolazione italiana, di patologie infettive correlate (HIV, epatiti, ecc.).

Intervengono quindi diverse variabili a livello mentale che si sommano al disagio psichico che il processo migratorio comporta: viene messa alla prova la loro capacità di riadattamento, sono privi di una rete sociale di riferimento e sono accompagnati da vissuti di isolamento e abbandono (Madeddu, 2006).

Cianconi (2013), pone l'accento su tre condizioni capaci di determinare l'ingresso nell'orbita delle sostanze d'abuso: disagio migratorio, fallimento del sogno migratorio e sindrome della persa via¹²³. Sono tre le teorie che analizzano la dimensione del disagio migratorio: la teoria dell'eradicazione, il *goal starving stress* (stress da raggiungimento dello scopo) della letteratura anglosassone e il disagio integrativo. Nella prima teoria, il disagio di migrare deriva dal doversi muovere in una terra non propria, lontana dagli affetti e dalla cultura di appartenenza. Per *goal starving stress* si intende, invece, il disagio come frutto dello stress derivato dalla continua tensione cui i migranti sono sottoposti (e si auto-sottopongono) per raggiungere gli scopi (sogno migratorio) che si sono preposti. La teoria del disagio integrativo riguarda, anzi, le difficoltà di inserimento che i migranti incontrano nell'interazione con il contesto sociale del Paese ospitante.

¹²³ Cianconi P. (2013), *Addio ai confini del mondo. Per orientarsi nel caos postmoderno*, Franco Angeli, Milano.

Fallimento del sogno migratorio: tra gli eventi negativi, quello che è più rappresentativo del pericolo di uno scollamento, rispetto al progetto sociale (legato alla costituzione di una società interculturale), sia del gruppo che migra sia del popolo di accoglienza, è il fallimento del sogno migratorio. Il fallimento del “progetto migratorio” può portare a condividere i territori ed i problemi della tossicodipendenza, dell'emarginazione e della criminalità¹²⁴. Il migrante va così incontro ad un'esperienza di carenza protettiva, ad un sentimento che può divenire angosciante e per certi individui, in certe situazioni, veramente drammatico (Pelliccia, 2006).

La sindrome della persa via: colpisce i migranti, la cui via verso la realizzazione del sogno migratorio si è chiusa (fallimento). Vittima della sindrome è infatti il migrante che ha “perso” il progetto migratorio e non ce l'ha fatta né a trovare una soluzione, né a tornare al paese d'origine; cioè un immigrato che non riesce più, per una qualsiasi ragione a legalizzarsi o a lavorare, perché ad esempio ha subito un arresto, un infortunio sul lavoro, una crisi finanziaria o esistenziale che lo ha bloccato.

L'utilizzo di sostanze, quindi, può essere vissuto come un modo per “scaldarsi” ed evadere da una situazione di solitudine, di nostalgia della propria terra e per trovare consolazione in un momento di difficoltà e di adattamento alla nuova società. Le sostanze possono non far sentire il dolore, alleviare l'ansia e calmare i morsi della fame e, inoltre, qualunque sia l'effetto ricercato, alcol e droghe sono un bene di facile reperibilità nelle zone frequentate dagli immigrati (Madeddu, 2006).

4.6. Le generazioni successive e l'uso di sostanze

Una riflessione va fatta, a proposito delle generazioni successive alla prima e al loro uso di sostanze, completamente diverso da quello della prima generazione. Per generazione successiva facciamo riferimento ai figli degli immigrati, ragazzi nati nel paese ospitante, oppure arrivati in tenera età o già in fase adolescenziale. Oltremodo è parte delle successive generazioni di immigrazione chi è figlio di coppie miste (lui immigrato lei no o viceversa), o chi rientra nella sfera dei minorenni immigrati non accompagnati¹²⁵. Questa

¹²⁴ Dal convegno immigrazione e abuso di sostanze, tra integrazione ed esclusione sociale. Il ruolo dei servizi. 2000. Appunti, disponibili al seguente sito internet: <http://www.psychiatryonline.it/node/1540> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

¹²⁵ Per minore straniero non accompagnato «si intende il minorenne non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'UE che, non avendo presentato domanda di asilo politico, si trova per qualsiasi causa nel

fascia di popolazione utilizza sostanze stupefacenti in modo assai simile a quello degli adolescenti italiani (Russo, 2011). I minori stranieri non accompagnati, a causa di traumi e comportamenti aggressivi o auto-distruttivi, possono essere coinvolti nelle reti della piccola criminalità ed avvicinarsi alle sostanze, il rischio aumenta per quei minori che sono rimasti a lungo soli e senza un alloggio. La prevenzione della delinquenza giovanile è considerata, a livello internazionale, parte essenziale degli interventi sociali di prevenzione del crimine, pertanto dovrebbe svolgere un ruolo fondamentale in tutti i programmi nazionali di giustizia minorile. Secondo il *General Comment* n.10 delle Nazioni Unite “una politica globale per la giustizia minorile deve affrontare, tra i suoi elementi fondamentali, la prevenzione della delinquenza giovanile”. Diventa molto importante, intercettare il minore, in modo che sia possibile richiedere un permesso di soggiorno che ne tuteli i diritti minimi. Tuttavia, per garantire qualità e continuità delle prestazioni socio-sanitarie, il permesso di soggiorno temporaneo non è sufficiente. Un altro problema a cui i programmi sociali, che si occupano di minori non accompagnati, devono far fronte è la mancanza di un tessuto comunitario capace di collaborare nei percorsi di socializzazione e di inserimento¹²⁶. Come descritto precedentemente, l’esclusione sociale non aiuta ad uscire dal mondo delle sostanze e per quanto riguarda la prevenzione, è fondamentale per questi minori, che venga debellato l’isolamento sociale. Per i minori non accompagnati, sarebbe molto più incisivo il dialogo e l’incontro con un connazionale consapevole, che sia riuscito a venire a capo di una situazione ambivalente o analoga, cioè qualcuno che sia riuscito a ridefinire la sua posizione nella società (Campani, Salimbeni, 2006).

4.7. Immigrazione e prevenzione della tossicodipendenza

I dati sulla prevalenza del consumo di droga tra le minoranze delle popolazioni etniche nel suo complesso sono sparsi. Ad esempio il Progetto Scuola Europea sull’Alcol e droghe (ESPAD, 2012), avevano chiesto nel 2011 ad oltre 10.000 studenti delle scuole dai 15 ai 16 anni in circa 36 Paesi, informazioni sull’uso di droga, ma non avevano domandato agli

territorio dello Stato privo di assistenza e rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell’ordinamento italiano.

¹²⁶ Campani G. e Salimbeni O. (A cura di) (2006), *La fortezza e i ragazzini. La situazione dei minori stranieri in Europa*, Franco Angeli, Milano.

intervistati la loro etnia¹²⁷. Un'eccezione è il British Crime Survey (indagini sul crimine in Inghilterra e in Galles), i dati dal 2006 al 2009 erano stati combinati per determinare l'uso della droga per etnia¹²⁸. Infine, in Irlanda (Nacd e Ipsos), durante l'indagine sul consumo di droga, avevano chiesto agli intervistati dettagli riguardanti l'etnia¹²⁹.

Come descritto nei capitoli precedenti, l'obiettivo prioritario dei programmi di Prevenzione è far pendere la bilancia tra i fattori di rischio e fattori di protezione, verso gli elementi di protezione. I diversi fattori di rischio e protezione hanno effetti diversi sugli individui secondo la loro età, etnia, culture e ambiente. Qualsiasi intervento di prevenzione e cura della tossicodipendenza nei cittadini stranieri, non può prescindere dalla conoscenza dei caratteri distintivi di ordine culturale e dei modelli comportamentali che ne derivano. Infatti, la differenza della modalità d'uso potrebbe far supporre l'esistenza di fattori di tipo culturale che svolgono funzioni protettive rispetto alla diffusione di patologie infettive. Diviene molto importante comprendere le diverse culture, per questo durante tutte le fasi dei progetti di prevenzione è fondamentale riconoscere e integrare la cultura del target di riferimento¹³⁰. Brotherhood e Sumnall¹³¹ delineano le norme sulla qualità della prevenzione: la sensibilità culturale assicura che l'intervento è attraente, e quindi ha più probabilità di essere efficace con la popolazione target. La mancanza di sensibilità culturale può essere un ostacolo al reclutamento dei partecipanti [...]. Per esempio, i segni all'interno della sede dell'intervento e i materiali d'intervento devono essere facilmente comprensibili dalla popolazione target e il contenuto dell'azione dovrebbe essere culturalmente rilevante (ad esempio la conoscenza delle pratiche e delle norme culturali legate alla droga). Il grado d'impegno con la popolazione target, durante la fase preparatoria, diventa un fattore significativo quando non viene visto come qualcosa fatto per le minoranze etniche, ma costruito con loro¹³². La semplice sostituzione di volti multirazziali, alle solite facce bianche, nei

¹²⁷ ESPAD (2012), *The European School Project on alcohol and other drug. The 2012 Espad Report, Stockholm, Substance Use Among Studies in 36 European Countries.*

¹²⁸ Per ulteriori informazioni è possibile rivolgersi al seguente sito internet: <http://www.crimesurvey.co.uk/> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

¹²⁹ Ipsos Mori & NACD (2011), *General Population Survey on Drug Prevalence 2010/1011*, Technical Report, Dublino.

¹³⁰ Annibale (2012), *I determinanti sociali nell'uso di sostanze*, in <<Medicina delle Dipendenze>>, n. 5.

¹³¹ Brotherhood, A. & Sumnall H.R. (2011), *European drug prevention quality standards, EMCDDA Manuals No7*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.

¹³² EMCDDA (2013) *Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies*, OEDT, Lisbona.

messaggi di prevenzione e nei materiali stampati, non è sufficiente (EMCDDA, 2013). Bashford¹³³ dimostra che la competenza culturale è un processo sofisticato, in cui si dovrebbe riconoscere che le competenze culturali individuali e organizzative sono interdipendenti: una non può essere efficace senza l'altra. Non importa quanto sono qualificati e competenti gli individui, è necessario anche il sostegno dell'organizzazione al fine di ottenere un'efficiente competenza culturale. Analogamente, per quanto sia ben sviluppata, un'organizzazione non sarà in grado di soddisfare le esigenze di una popolazione culturalmente diversa, se non si avvale di esperti e personale competente. La competenza culturale è un elemento essenziale per lo sviluppo di interventi mirati, sia a livello culturale sia a livello multiculturale. Gli operatori che si occupano di prevenzione possono aumentare la propria competenza culturale:

- Ricordando che gli individui sono sempre membri di gruppi socio-culturali e mantenendo alta la consapevolezza per il rispetto del gruppo;
- Riconoscendo l'importanza della famiglia nucleare, ma anche della famiglia allargata, che in molte comunità rappresenta un'importante rete sociale di sostegno dell'individuo;
- Riconoscendo il grado di assimilazione culturale dei soggetti di recente immigrazione, poiché le strategie comunicative efficaci con la popolazione di terza generazione non possono essere efficaci con popolazioni di recente immigrazione, a causa delle differenze nei valori di acculturazione;
- Comprendendo che la cultura è una "visione del mondo", per cui risulta necessario imparare i valori fondamentali e le filosofie che guidano le scelte ed i comportamenti, della popolazione oggetto di prevenzione (CSAP, 1994).

Le numerose fonti d'informazione sull'attuazione degli interventi di prevenzione sulla tossicodipendenza, si concentrano sulle etnie (o almeno in parte comprendono un esame delle minoranze), il loro contenuto non può essere direttamente trasferibile ad una determinata minoranza etnica della popolazione locale, in uno specifico contesto. Tuttavia, l'attività dei servizi ha compreso elementi stabiliti di prevenzione adattati per soddisfare le specifiche esigenze delle popolazioni (EMCDDA, 2013):

¹³³ Bashford, J. (2010), *A basis framework for cultural competency*, in Fountain, J., Hicks, J., *Delivering race equality in mental health care: report on the findings and outcomes of the community engagement programme 2005–2008*. International School for Communities, Rights and Inclusion, University of Central Lancashire, Preston, p. 76.

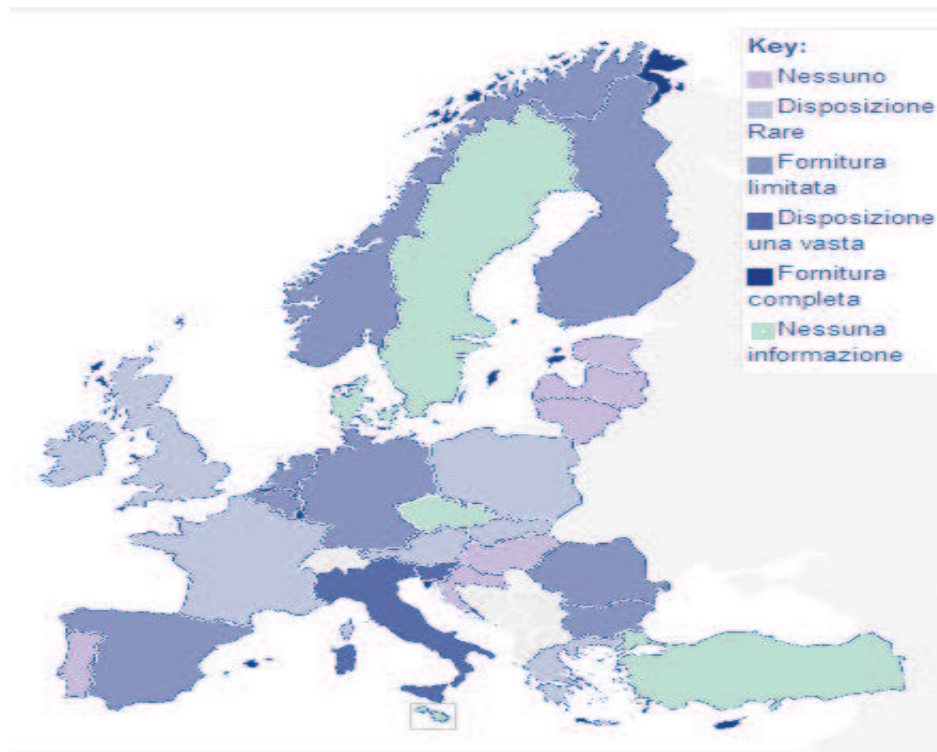
- L'azione più comune è la fornitura di informazioni sui servizi, sulla dipendenza e sulle droghe;
- Il ricorso all'educazione fra pari / uso di *peer educator*;
- Assistenza nell'accesso agli alloggi, al lavoro, all'istruzione e ai servizi sanitari;
- Attività finalizzate ad aumentare la fiducia in se stessi, corsi di genitorialità, corsi di sviluppo delle competenze, supporto nelle attività ricreative e nelle opportunità di socializzazione.

Nel report dell'EMCDDA (2006), viene registrato un incremento a livello europeo dei progetti che si rivolgono ai giovani appartenenti alle minoranze: "i principali sottogruppi destinatari della prevenzione selettiva nelle scuole, sono gli studenti con problemi comportamentali sociali, problemi scolastici o problemi familiari, gli studenti immigrati e gli studenti appartenenti a minoranze etniche" (EMCDDA, 2006). Per i ragazzi stranieri è necessario adattare gli interventi alle specificità culturali dei ragazzi (stili di vita, contesti di appartenenza, religioni, pressioni sociali, ecc.) tenendo conto dei ruoli, dei significati attribuiti al comportamento sessuale nelle specifiche culture d'origine e del confronto fra tali modelli e quelli presenti nella cultura del paese di immigrazione. Inoltre, alcuni ragazzi provenienti da contesti stranieri, possono avere difficoltà ad individuare i servizi di prevenzione e di relazionarsi con alcune figure professionali, per loro non consuete¹³⁴.

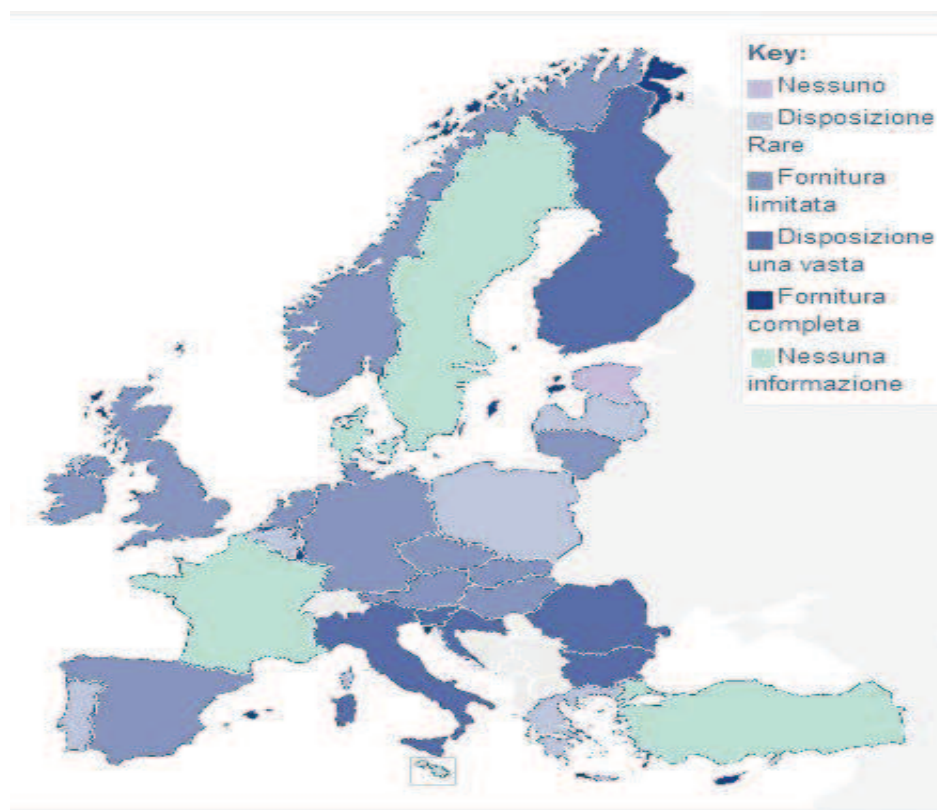
L'OEDT, ogni tre anni, elabora un profilo di prevenzione dettagliato per ogni paese dell'Ue.

Per quanto concerne la prevenzione selettiva, possiamo trovare un riferimento sugli immigrati e i gruppi etnici. Dalle immagini nella pagina seguente, possiamo osservare la situazione europea e notare che l'Italia, in entrambe le immagini, ha una disposizione molto vasta di progetti.

¹³⁴ In adolescenza. Guadagnare salute. Linee di indirizzo per la prevenzione. Guida scaricabile al sito internet: www.inadolescenza.it (Ultimo accesso: 14/06/2014).



EMCDDA (2011) - Gli immigrati: "gruppi che sono recentemente arrivati in un paese e che si sforzano di adattarsi culturalmente ed economicamente".



EMCDDA (2011) - I gruppi etnici: "gruppi che hanno vissuto per più di una generazione (o molto di più) in un paese, conservando la propria identità, norme, valori e lingua".

CAPITOLO 5

Gli studi di caso: progetti europei a confronto

5.1. I modelli di prevenzione delle dipendenze patologiche in ambito europeo

I gruppi etnici influenzati da fattori di vulnerabilità tendono ad essere diversi a seconda dello Stato Membro in cui vivono (es. russo-tedeschi rimpatriati in Germania, immigrati magrebini in Spagna), ciò dimostra che le differenze etniche o culturali, da sole, non possono costituire fattori di vulnerabilità. A rendere più difficoltoso un confronto reale va ad aggiungersi il fatto che non tutti gli Stati Membri redigono un resoconto dei rispettivi interventi. L'OEDT, sottolinea per le minoranze etniche che le informazioni sui contenuti e sul funzionamento degli interventi di prevenzione sono frammentari e incompleti (EMCDDA, 2013). Monaci (2001) individua due approcci concettuali significativi per l'Europa, che si caratterizzano per la loro organicità e rilevanza organizzativa: il modello "*Race Equality Approach*" e il modello etnopsichiatrico, diffuso in Francia da Devereux che, partito dal contesto psichiatrico, viene oggi proposto come modello nel campo delle dipendenze patologiche.

Race Equality Approach: il progetto nasce negli anni '80 in ambito accademico a Londra, precisamente nella *Race and Culture Policy Research Unit* (RCPRU). Il modello concettuale rivisita criticamente i concetti di razza, etnia e cultura. Sostiene l'importanza dell'utilizzo di tali concetti nel campo del monitoraggio statistico, come in quello delle politiche sociali. Questo progetto fornisce un approccio, al problema della diffusione di atteggiamenti discriminatori nei confronti delle minoranze.

L'approccio etnopsichiatrico: deriva dal lavoro teorico sviluppato da Georges Devereux che lavora negli anni '30 sul campo con i Sedang Moi, una tribù del sud Vietnam e, successivamente, con gli indiani Mohave dell'Arizona. Per affrontare situazioni psicopatologiche degli immigrati, Devereux era convinto che bisognasse combinare approccio sociologico e approccio psicologico, in una prospettiva "complementaristica".

In oltre, era necessario non perdere di vista la dinamicità del vissuto della persona, la sua storia reale. Dentro la quale vi erano gli elementi culturali di origine, ma anche le contaminazioni avvenute attraverso un processo di acculturazione spesso brutale e poco

rispettoso dell'identità personale¹³⁵. Tobie Nathan, collaboratore di Devereux negli anni '70 e suo erede, evidenzia due principi fondamentali del pensiero del maestro: il primo riguarda l'importanza cruciale da attribuire a tutto ciò a cui i fattori clinici del caso non possono dare spiegazione, come ad esempio i fattori di tipo culturale, ai quali generalmente non viene dato peso. Il secondo principio è una critica al metodo psicoanalitico che rischia di distruggere l'integrità della persona sostituendosi e nel produrre ad essa ciò che l'individuo si impegna per sua natura a elaborare. In questa prospettiva, la tossicodipendenza viene interpretata come difficoltà di una chiara identificazione culturale dei giovani immigrati di seconda generazione. Il sistema normativo e sociale della società francese è debole e materialmente poco accessibile, esso induce al conformismo da una parte, ma esclude dall'altra (Monaci, 2001). Ad esempio, i giovani sono sospesi tra il sistema culturale dei genitori e il sistema normativo della società ospitante, quindi le famiglie hanno particolari difficoltà a gestire i cambiamenti di ruolo al proprio interno. Secondo Yakub (1993, in Maddeddu, 2006), la tossicomania dei soggetti immigrati assomiglia a quella degli autoctoni, anche se va sempre inscritta in un contesto socio-etnico particolare. A suo parere si può interpretare la dipendenza in tre modi:

- Tossicomania dell'anomia: dettata da un contrasto interno dell'individuo, in merito alla sua identità contraddistinta da una devianza sia per le leggi del paese d'accoglienza che per quelle del paese d'origine;
- Tossicomania d'acculturazione: contraddistinta dall'uso di droghe all'interno di reti amicali devianti che forniscono appartenenza e senso di adeguatezza;
- Tossicomania difensiva: che si collega alla perdita dei legami affettivi e di quei riferimenti che in passato avevano funzione di contenimento. Solitamente, interrompono la tossicodipendenza quando ritornano alle loro reti affettive o durante il *ramadam*.

Yahyaoui (1992, in Monaci 2001), propone un'ottica di tipo sistemico per analizzare le possibili dinamiche messe in atto dai soggetti coinvolti in un progetto terapeutico e di prevenzione. Lo studioso sostiene l'importanza di stabilire legami affettivi e alleanze

¹³⁵ Goussot A. (A cura di) (2010), *George Devereux: psicologia transculturale e meticcio*. disponibile al sito internet: sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/altro/georges-devereux-psicologia-transculturale-e-meticcio(Ultimo accesso: 14/06/2014).

significative con le famiglie dei giovani immigrati tossicodipendenti, all'interno di un lavoro di rete fra servizi e attori della comunità.

Successivamente verranno approfondite le situazioni specifiche nei vari paesi europei, prevalentemente in termini di esempi pratici di progetti di prevenzione per le popolazioni appartenenti alle minoranze etniche. Questi esempi, sono classificati in base a tre livelli nella banca dati dell'EDDRA¹³⁶.

- 1° livello: sono progetti senza valutazioni scientifiche;
- 2° livello: sono progetti promettenti, in cui vi sono le valutazioni formali e di processo;
- 3° livello: sono progetti Evidence-Based.

5.2. Austria

5.2.1. ANABABA – Çocuklarımızı Güçlendirelim ANABABA "Mam & Dad"¹³⁷

(Potenziare la prevenzione delle dipendenze con i genitori emigrati)

SINTESI	
Valutazione EDDRA	Livello 2
Tipologia di intervento	Prevenzione
Tipo di approccio	Etnico
Destinatari	Comunità
Fascia d'età	/
Copertura annuale	300
Sostanze trattate	/
Tipo di valutazione	Valutazione di processo e valutazione dei risultati
Data di inizio	01/2008
Data di fine	12/2010

Situazione iniziale

L'obiettivo del progetto ANABABA era quello di raggiungere i genitori di origine turca; per sensibilizzarli nel campo della promozione della salute e della prevenzione delle dipendenze. Le informazioni acquisite dovevano essere integrate nell'educazione dei figli, per evitare lo sviluppo dei comportamenti di dipendenza. Tra le attività del progetto vi

¹³⁶ Disponibile al sito internet: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples/quality-levels> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

¹³⁷ Disponibile al sito internet: http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=AT1202&tab=overview (Ultimo accesso: 14/06/2014).

era la produzione di un film in lingua turca insieme ai genitori, ai bambini e ai giovani di Vorarlberg. Il film era stato visionato dai moderatori con competenze linguistiche turche, in quanto essi erano accettati nella comunità turca. I moderatori turchi aiutavano anche durante gli incontri informativi, della durata di quattro ore. Il filmato mostrato durante gli incontri era stato prodotto nell'ambito del progetto; era stato poi dato ai partecipanti un DVD da portare a casa, insieme al libretto informativo. L'obiettivo del cortometraggio era quello di mostrare ciò che i genitori possono fare per rendere più forte la personalità dei loro figli¹³⁸.

I consigli pratici durante la formazione erano: 1) dare amore. I bambini e i giovani hanno bisogno di sicurezza e fiducia in se stessi; 2) discutere è ammesso. Attraverso la discussione si acquisiscono competenze nel difendere le proprie opinioni, argomentare le proprie tesi e accettare il pensiero altrui; 3) capacità di ascolto. Ascoltare i figli, dare loro la giusta attenzione. I bambini hanno bisogno di un ascolto "aperto" da parte dei genitori in modo che possano parlare delle loro esperienze e delle loro preoccupazioni; 4) le regole. Utili non solo per proteggere i bambini dai pericoli, ma anche per favorire loro una guida e sicurezza. Senza confini e regole i bambini sono soli, disorientati e sopraffatti; 5) tempo libero. Imparare a sopportare la noia dei bambini. Non essere un animatore solista e non acquistare ogni giocattolo. Riservare tempo per stare con i bambini e garantire spazi aperti; 6) mostrare le emozioni. I bambini devono imparare che essi sono autorizzati a mostrare i loro sentimenti, sia positivi che negativi; 7) avere il tempo. I bambini imparano le attività di cooperazione nella famiglia, questo è molto importante per il futuro. Il tempo che i bambini trascorrono insieme genitori, aiuta a rafforzare i rapporti.

Assunti di base/teorie

Oltre ai molti luoghi di socializzazione, la famiglia rimane una zona essenziale per la sperimentazione dei bambini e dei giovani. La famiglia dà forma al sentimento, base per la vita, ed è estremamente importante per lo sviluppo di abilità di vita e per i fattori preventivi/protettivi. Il progetto presuppone la discussione e la riflessione sui problemi, attraverso l'aiuto dei moderatori di origine turca. Il film non è un documentario classico didattico, ma racconta una serie di eventi che possono accadere in famiglia.

¹³⁸ Per visionare il cortometraggio è possibile accedere al seguente sito internet: www.supro.at/home/eltern/anababa/ (Ultimo accesso: 14/06/2014).

Valutazione

Hanno avuto luogo 31 laboratori a cui hanno preso parte 1.035 partecipanti. La maggioranza dei quali ha dimostrato soddisfazione per la forte partecipazione (da parte dei genitori). Sottolineando l'importanza dei moderatori di origine turca, nel coinvolgere i partecipanti.

La valutazione dei risultati ha confermato che la procedura scelta ha permesso di raggiungere più facilmente il gruppo target, inoltre si otteneva anche un miglioramento delle competenze educative dei genitori. L'analisi dei dati, dopo il dodicesimo mese, ha rilevato che i partecipanti ricordavano maggiormente le questioni relative all'educazione dei figli, rispetto le informazioni riguardanti la prevenzione delle dipendenze. I partecipanti non erano in grado di ricordare l'esistenza di una connessione tra il mondo dell'educazione e lo sviluppo delle dipendenze. Grazie alla distribuzione del DVD è stato possibile ottenere un "effetto moltiplicatore" (ad esempio, raggiungendo parenti e amici).

5.3. Belgio

5.3.1. Pilot project drug prevention targeting youngsters from ethnic minorities^{139 140}

SINTESI	
Valutazione EDDRA	Livello 1
Tipologia di intervento	Prevenzione
Tipo di approccio	Etnico
Destinatari	Comunità
Fascia d'età	/
Copertura annuale	96
Sostanze trattate	Tabacco, cannabis, alcol
Tipo di valutazione	Valutazione di processo
Data di inizio	01/09/2011
Data di fine	28/02/2013

Situazione iniziale

Nelle Fiandre vi era una mancanza di dati riguardanti l'uso di alcol e droghe da parte dei giovani, appartenenti a minoranze etniche. Leveque (2007) aveva fatto qualche ricerca

¹³⁹ Disponibile al sito internet:

http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=VAD999&tab=overview

¹⁴⁰ Per un approfondimento si veda il seguente sito internet: <http://www.vad.be/doelgroepen/etnisch-culturele-minderheden/%20in-de-kijker.aspx> (Ultimo accesso: 14/06/2014).

sulle condizioni di salute e di assistenza sanitaria dei belgi con origini turche e marocchine. La prevalenza del consumo di cannabis era maggiore tra i due gruppi, rispetto ai belgi nativi (19,5% contro 11,3%). Nel settembre 2010 VAD aveva invitato 10 organizzazioni fiamminghe, con competenze sulle minoranze etniche, che lavoravano nel campo dell'alcool e delle sostanze illecite, per una sessione di brainstorming. L'obiettivo principale era scrivere una proposta di progetto, per un intervento mirato verso i giovani appartenenti alle minoranze etniche. Gli esperti, durante l'incontro, avevano concluso che erano già in essere alcuni progetti nelle Fiandre, destinati ai giovani delle minoranze etniche; ma che questi progetti erano spesso organizzati a livello locale e le esperienze non venivano condivise ad un livello superiore. Dall'incontro finale tra gli esperti era emerso che non esisteva un metodo o un intervento specifico adattabile a tutti i diversi gruppi etnici. Il suggerimento era stato quello di proporre nel progetto un metodo molto generale denominato RAR¹⁴¹, che doveva essere applicato a livello locale al fine di sviluppare un'attività di prevenzione per una determinata minoranza etnica.

Assunti di base/teorie

Nell'incontro tra esperti erano stati elaborati una serie di principi rilevanti per lo sviluppo della prevenzione sulla droga, verso i giovani appartenenti alle minoranze etniche.

Come ad esempio l'inclusione e la collaborazione a livello locale delle minoranze, il coinvolgimento dei giovani, il lavoro di comunità e l'utilizzo di un approccio multilivello.

Importanti fattori pre-ricerca erano: la collaborazione tra le organizzazioni e la condivisione dei risultati della RAR. Durante la fase d'intervento, i fattori importanti di sviluppo erano: decidere i provvedimenti da prendere in merito ai fattori di protezione e di rischio, coinvolgere il gruppo target per lo sviluppo dell'intervento, utilizzare argomenti culturalmente accettati (salute, tabacco, ecc.), introdurre argomenti tabù come l'uso di droghe illecite, sviluppare attività che contrastino la noia, coinvolgere la famiglia nel suo complesso (non solo i giovani) e tenere conto degli interessi specifici e delle esigenze di informazione del gruppo target. Nell'esecuzione dell'intervento, un fattore importante era avvalersi di professionisti della stessa origine etnica, conoscere la cultura, distinguere

¹⁴¹ La RAR, non utilizza solo un singolo strumento, ma un insieme di strumenti qualitativi per la pianificazione della prevenzione. La RAR aiuta ad ottenere informazioni veloci sulle interpretazioni culturali e sui significati, sui punti di vista della Comunità, sulle esigenze dei gruppi più vulnerabili. Le diverse sorgenti di dati vengono utilizzate per la triangolazione. Questi dati sono utili per la valutazione dei bisogni e per dare un significato maggiore alle valutazioni dei risultati.

tra il metodo e il contenuto di un intervento. La RAR è un metodo strutturato, radicale, collaborativo e partecipativo.

Valutazione

10 persone provenienti da 4 organizzazioni, avevano seguito un corso di quattro giorni su come effettuare una RAR. 52 operatori regionali e 121 operatori locali di prevenzione hanno ricevuto informazioni sul sito web, in cui era possibile scaricare materiali informativi a riguardo. Era stata redatta una guida per la realizzazione di azioni di prevenzione, che descriveva la situazione e i problemi locali, il consumo di stupefacenti, le motivazioni per l'utilizzo delle droghe, i possibili canali di attivazione della prevenzione e la rete dei contatti appartenenti alla comunità etnica di minoranza.

5.4. Paesi Bassi

5.4.1. The Arrazi Prevention Project¹⁴²

SINTESI	
Valutazione EDDRA	Livello 1
Tipologia di intervento	Prevenzione
Tipo di approccio	Etnico
Destinatari	Adulti
Fascia d'età	/
Copertura annuale	96
Sostanze trattate	Tabacco, cannabis, alcol, cocaina e derivati, ecstasy, anfetamine, metafetamine, inalanti/solventi
Tipo di valutazione	Valutazione dei risultati, valutazione di processo
Data di inizio	01/01/1993
Data di fine	01/01/2000

Situazione iniziale

Gli adolescenti di origine marocchina, rispetto ad altri gruppi in Olanda, presentano più problemi per l'abuso di sostanze stupefacenti e criminalità. Si ritiene che i loro genitori non siano informati sulla società olandese e sulle strutture disponibili di assistenza ai tossicodipendenti. L'inclinazione di base culturale è un fattore limitante, che induce a non parlare di questi problemi. In base ai risultati di uno studio precedente al progetto, i

¹⁴² Disponibile al sito internet:

http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=783&tab=overview (Ultimo accesso: 14/06/2014).

genitori marocchini vorrebbero ricevere direttive sull'educazione dei figli a rischio e sapere di più sulla genitorialità e sulla prevenzione della criminalità connessa alla droga.

Assunti di base/teorie

La famiglia è uno dei fattori più importanti che influenza il comportamento di un adolescente (il secondo fattore per questa fascia di età, è rappresentato dal gruppo dei pari). Per diminuire i problemi legati alla droga, è necessario (ma non sufficiente) consentire il confronto su questi problemi tra gli altri significativi (genitori, familiari) dei tossicodipendenti, tra tossicodipendenti adolescenti e tra coloro che commettono azioni criminali legate alla droga. L'approccio teorico presume che la criminalità minorile sia causata da problemi riscontrati nell'ambiente (la famiglia, i coetanei, la scuola, la disoccupazione, la società). In questa valutazione il modello ambientale è il punto di partenza.

Valutazione

Quasi tutti i genitori marocchini avevano sottolineato l'importanza di questo corso, soprattutto perché era stato avviato da gruppi di affinità marocchini e diretto verso i genitori. Il 25% dei partecipanti aveva considerato il corso molto importante, contro il 3% dei genitori non-partecipanti (gruppo di controllo). Le donne erano più positive ed erano più inclini a raccomandare il corso agli altri genitori, rispetto ai partecipanti di sesso maschile. Molti genitori sembravano già conoscere il ruolo del sistema giudiziario olandese e le forze di polizia, mentre meno del 40% aveva considerato non sufficiente la sua conoscenza sulla criminalità legata alla droga. La necessità di informazioni sul sistema scolastico, i problemi giovanili e la cura dei giovani, era molto più elevata (57%). I genitori erano stati più disposti a parlare liberamente riguardo agli argomenti di droga e di criminalità, rispetto al gruppo di controllo. La posizione "non si dovrebbe parlare di droga, perché è una vergogna" era stata confermata per il 53% dei non partecipanti, contro il 12% dei partecipanti. I partecipanti avevano espresso la necessità di continuare in futuro i corsi di formazione, salvo che venissero progettati sempre da organizzazioni marocchine.

5.5. Portogallo

5.5.1. Young Net¹⁴³

SINTESI	
Valutazione EDDRA	Livello 1
Tipologia di intervento	Prevenzione
Tipo di approccio	Etnico
Destinatari	Bambini/giovani
Fascia d'età	11-25
Copertura annuale	122
Sostanze trattate	Tabacco, cannabis, alcol, cocaina e derivati, ecstasy, anfetamine, metafetamine, inalanti/solventi
Tipo di valutazione	Valutazione dei risultati, valutazione di processo
Data di inizio	01/10/2002
Data di fine	30/09/2004

Situazione iniziale

A Lisbona, nel quartiere Casalinho da Ajuada, vivono circa 600 famiglie di provenienza diversa: caucasici, africani e rom. L'esistenza di questi gruppi con culture diverse può causare problemi, conflitti e violenze. Questo quartiere è conosciuto per la mancanza di strutture sociali per il tempo libero, culturali e sportive. I giovani che vivono in questa zona hanno comportamenti aggressivi a scuola, bassa resistenza alla frustrazione, incapacità di risolvere i conflitti e trascorrono la maggior parte del loro tempo libero per strada. Inoltre, una diagnosi, nel 2000, aveva indicato un tasso del 50% di assenteismo scolastico. L'obiettivo principale del programma era: accrescere la motivazione e l'interesse verso la scuola; offrire sostegno scolastico; fornire orientamento scolastico e lavorativo.

Assunti di base/teorie

Secondo il modello dello sviluppo sociale (Catalano et al. 1996), il bambino impara i modelli di comportamento in famiglia, a scuola, nei gruppi di pari e nella comunità. Quando la socializzazione è consistente, si sviluppa un legame tra l'individuo e il gruppo

¹⁴³ Disponibile al sito internet:

http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5196&tab=overview(Ultimo accesso: 14/06/2014).

sociale (famiglia, classe o il gruppo dei pari). Il comportamento sociale è indotto dalle norme e dai valori delle persone, a cui l'individuo è più legato. Alcune teorie basate sullo sviluppo delle competenze (Jessor e Jessor 1977, Bandura 1986, Akers 1979) ritengono che i comportamenti delinquenti in generale e l'abuso di droga in particolare, avvengono per la mancanza di alcune competenze. Vale a dire: saper assumere decisioni, risolvere i problemi e trattare i problemi con soggettività. La capacità personale di autogestione (Botvin 1995) insegna agli studenti come esaminare l'immagine di sé e gli effetti sul comportamento; aiuta a fissare gli obiettivi e tenere traccia dei progressi personali; ad identificare le decisioni quotidiane e a cogliere in esse le influenze da parte degli altri; ad analizzare le situazioni problematiche, e considerare le conseguenze di ciascuna soluzione alternativa, prima di prendere decisioni; ridurre lo stress e l'ansia, e guardare le sfide personali in una luce positiva. Secondo la teoria di Jessor (1993), i problemi comportamentali sono basati sull'interazione dinamica tra il comportamento, l'ambiente e la personalità. Vivere in un ambiente con problemi di abuso di droga e/o in basse condizioni sociali ed economiche, può favorire nei giovani l'uso di sostanze stupefacenti. Pertanto è importante sottolineare la socializzazione e la percezione di comportamenti adeguati.

Valutazione

All'inizio del progetto, i giovani che avevano partecipato erano dei seguenti gruppi etnici: 23 africani, 4 zingari, 5 caucasici e 1 dall'Angola. Alla fine del progetto erano: 48 africani, 38 zingari, 27 caucasici e 2 dall'Angola. Il 71% dei giovani aveva acquisito maggiori informazioni sulle scuole e sulle alternative professionali, il 79% aveva chiuso l'anno scolastico con successo, il 50% aveva riferito di aver fatto progressi a scuola. Il 71% dei giovani aveva rilevato cambiamenti positivi nel suo livello di autostima e il 62% nella sua resistenza alla frustrazione.

5.6. Spagna

5.6.1. Sports for immigrants: Programme for Immigrants' Children and Young People in Barcelona¹⁴⁴

SINTESI	
Valutazione EDDRA	Livello 1
Tipologia di intervento	Prevenzione
Tipo di approccio	Etnico
Destinatari	Bambini/giovani
Fascia d'età	6-19
Copertura annuale	25
Sostanze trattate	Tabacco, cannabis, oppiacei, alcool, ecstasy, cocaina e derivati, anfetamine, metanfetamine, inalanti / solventi
Tipo di valutazione	Valutazione dei risultati, valutazione di processo
Data di inizio	01/10/2001
Data di fine	/

Situazione iniziale

Il numero di immigrati provenienti dal nord Africa, dall'Africa sub-sahariana e dai diversi paesi dell'America Latina è sempre più consistente in Spagna e, in particolare, in Catalogna.

Questi immigrati, per lo più giovani, soli o accompagnati dalle loro famiglie, vivono in una condizione socio-economica e culturale di particolare vulnerabilità rispetto allo sviluppo di problemi comportamentali e di adattamento nel nuovo ambiente.

L'integrazione dei figli degli immigrati e dei giovani è una delle priorità maggiori della società. La strategia del progetto è offrire a questi giovani spazi e attività da condividere con bambini e giovani catalani. L'attività che permette questa integrazione deve essere stimolante, interessante e deve facilitare le interazioni.

Le attività sportive sono adatte a questo obiettivo d'integrazione, perché sono motivanti, giocose e permettono di divertirsi, al di là del linguaggio e delle barriere culturali.

¹⁴⁴ Disponibile al sito internet:

http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=2918&tab=overview (Ultimo accesso: 14/06/2014).

Inoltre, gli utenti del programma potevano beneficiare dell'allenamento sportivo, sia dal punto di vista fisico (resistenza cardio respiratoria, resistenza e forza muscolare, regolazione del ciclo sonno-veglia, promozione del cambiamento nelle abitudini igieniche e alimentari, adozione di uno stile di vita più sano, ecc) sia psicologico (aumento dell'autostima, abbassamento dei livelli di ansia, di aggressività e dei sintomi depressivi).

Assunti di base/teorie

L'obiettivo di prevenire l'isolamento e di promuovere la normale partecipazione nell'ambiente sociale di residenza è un fattore specifico di protezione, per la comunità di immigrati che risulta particolarmente vulnerabile. La possibilità di stringere amicizie o avere contatti con i pari non-migranti, stimola l'integrazione e lo sviluppo di comportamenti adattivi. Lo sport è un settore di attività che fornisce un contesto sociale adeguato per la prevenzione delle alterazioni comportamentali, (tra le quali è incluso il consumo di droga ed i problemi correlati), dal momento che promuove i valori corretti per l'integrazione e la partecipazione equa (senso di appartenenza). Lo sport è presente in molte attività di carattere preventivo nei bambini, adolescenti e giovani in Spagna. L'attività sportiva permette lo sviluppo e la promozione di stili di vita sani, incentivando comportamenti e atteggiamenti salutari, e allo stesso modo permette di stabilire relazioni e modelli di riferimento.

Valutazione

I partecipanti erano adolescenti senza famiglia (eccetto in un caso) che, prima di partecipare al programma, avevano relazioni solo con altri immigrati. Dopo il programma, il 100% degli adolescenti si era integrato nel nuovo gruppo e aveva iniziato ad avere contatti con altri adolescenti di ambienti diversi. Il 100% degli adolescenti che aveva fatto parte del programma aveva intrapreso delle attività sportive: il 76% fitness, l'8% arti marziali, l'8% aerobica e l'8% sport di squadra. Prima di iniziare le attività sportive del programma, il 60% degli adolescenti fumava tabacco e il 20% hashish. Nel momento in cui avevano iniziato a praticare attività fisica in modo regolare, questo consumo si era ridotto nella totalità dei casi. Non avevano smesso di fumare ma, nel 40% dei casi, avevano ridotto della metà il numero delle sigarette.

5.6.2. *Paco Natera: Programme for Immigrant Minors*¹⁴⁵¹⁴⁶

Sintesi	
Valutazione EDDRA	Livello 1
Tipologia di intervento	Prevenzione
Tipo di approccio	Etnico, di genere
Destinatari	Bambini/giovani
Fascia d'età	12-18
Copertura annuale	20
Sostanze trattate	Tabacco, cannabis, oppiacei, alcool, ecstasy, cocaina e derivati, anfetamine, metanfetamine, inalanti / solventi
Tipo di valutazione	Valutazione dei risultati
Data di inizio	01/06/1999
Data di fine	30/06/2002

Situazione iniziale

Questo è un programma dell'Andalucia (Spagna) per minori di origine marocchina per lo più senza permesso di soggiorno che, al principio o a un certo punto del loro arrivo in Spagna, hanno vissuto in strada con altri minori. La maggioranza è stata fermata dalla polizia locale e condotta in centri per bambini/adolescenti. Molti faticano ad adattarsi a questi centri e ad apprendere la nuova lingua. Normalmente questi minori emigrano per motivi finanziari, e non mantengono i contatti con le loro famiglie d'origine quando raggiungono l'Andalusia. Alcuni sniffano solventi, consumano hashish e alcol. Questi bambini/adolescenti faticano ad adattarsi alle strutture spagnole, per la mancanza di sostegno nel processo di integrazione e per l'inaccessibilità alle politiche di immigrazione che rendono ostico l'ottenimento del permesso di soggiorno e la ricerca del lavoro.

Il profilo: maschi, dai 14 ai 18 anni, arrivati in Spagna clandestinamente senza famiglia. Frequentemente questi adolescenti presentano problemi comportamentali dovuti alle privazioni sperimentate nella famiglia d'origine ed alle esperienze traumatiche affrontate

¹⁴⁵ Disponibile al sito internet:

www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=2609&tab=overview (Ultimo accesso: 14/06/2014).

¹⁴⁶ Defenso del Pueblo Andaluz (2004), Menores inmigrantes en Andalucía: La atención en los centros de protección del Menores, BOPA, n.18, pp. 60-61.

nel processo migratorio. Questi ragazzi, vivono situazioni ad alto rischio che possono sfociare in seri problemi comportamentali come delinquenza e consumo di sostanze. Partendo da questa realtà, il programma denominato “Parco Natura” è una risposta di prevenzione indicata, in base alla categorizzazione proposta da Gordon (1983), ed è rivolto alla realtà degli adolescenti immigrati di origine marocchina che raggiungono Cordoba e le altre città dell’Andalucia. Il programma viene implementato nel “Centro per la Protezione dei Minori”. Il gruppo d’intervento può includere fino ad otto minori che vivono nella struttura e di cui viene migliorato il comportamento attraverso attività quotidiane. L’interazione tra l’operatore e gruppo è un fattore fondamentale nel processo di cambiamento che si sta cercando di raggiungere.

Assunti di base/teorie

Gli adolescenti che migrano non accompagnati, sperimentano molteplici situazioni di rischio che li rendono vulnerabili a problemi comportamentali diversi, tra cui: la delinquenza, il traffico e il consumo di droga. Questi minori si trovano nella fase evolutiva della loro vita, l’adolescenza, caratterizzata dai cambiamenti fisici, emotivi e sociali.

L’obiettivo perseguito dal programma è ridurre i fattori di rischio e promuovere i fattori di protezione, in modo che essi possano affrontare il processo di immigrazione nelle migliori condizioni possibili. Per raggiungere l’obiettivo d’integrazione sociale, un requisito fondamentale è l’ottenimento della documentazione identificativa, che si rende necessaria ai fini della normalizzazione sociale e di un impiego occupazionale.

Il programma educativo viene definito secondo due dimensioni: psicoterapeutica ed educativa. La prima comprende una valutazione preliminare, sessioni individuali attraverso cui si esegue il “Programma di Sviluppo Individuale” e interventi di gruppo. La dimensione educativa si articola attraverso il “Progetto Educativo Individuale” (PEI) e comprende 4 aree di lavoro: formativa e culturale; sviluppo delle abilità e delle abitudini; ricreazionale e del tempo libero; orientativa. Il programma ha la durata di 6-9 mesi, nonostante possa essere esteso se necessario. Una volta che l’intervento è terminato, il Governo Autonomo dell’Andalusia, decide sul rientro in famiglia o l’invio ad altri centri educativi.

Valutazione

Durante il periodo 2001-2002 il programma ha preso in carico 20 adolescenti immigrati di origine magrebina e ne ha “dimessi” 9. Le dimissioni sono avvenute perché i soggetti hanno raggiunto gli obiettivi educativi desiderati. I miglioramenti degli adolescenti che hanno raggiunto gli obiettivi fanno riferimento a queste aree: 1) Salute: vaccinazioni, crescita in base all'età, attenzione verso la propria salute, ecc. 2) Emozionale: espressione di sentimenti, aumento dell'autostima e della fiducia in sé stessi, capacità di far fronte ai conflitti, rafforzamento dei legami affettivi, ecc. 3) Cognitiva: sviluppo delle capacità intellettuali e linguistiche. 4) Sociale: sviluppo di abilità sociali e di integrazione nella società, uso adeguato del tempo libero. 5) Famiglia: il contatto periodico con la famiglia di origine. Il 20% degli adolescenti immigrati aveva proseguito il programma al momento della valutazione e il 35% lo aveva abbandonato volontariamente. Solo il 20% degli adolescenti che aveva partecipato al programma nel periodo 2001-2002 aveva ottenuto il permesso di soggiorno che avrebbero permesso loro di regolarizzare la propria situazione una volta terminato il programma.

5.6.3. Kamelamos Guinar¹⁴⁷

SINTESI	
Valutazione EDDRA	Livello 2
Tipologia di intervento	Prevenzione
Tipo di approccio	Etnico
Destinatari	Bambini/giovani
Fascia d'età	06-18
Copertura annuale	42
Sostanze trattate	Tabacco, cannabis, alcol, cocaina e derivati
Tipo di valutazione	Valutazione dei risultati, valutazione dell'impatto, valutazione di processo
Data di inizio	01/01/2003
Data di fine	31/12/2003

¹⁴⁷Disponibile al sito internet:

http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=5277&tab=overview (Ultimo accesso: 14/06/2014).

Situazione Iniziale

Il nome del programma attuato a Santiago de Compostela (Galizia) “Kamelamos Guinar” riflette la filosofia del progetto, cioè consente ai bambini e agli adolescenti “zingari”¹⁴⁸ di parlare e dire quello che sentono/vedono. Questo programma prende in considerazione le loro differenze culturali come punto di partenza, combinando le strategie di prevenzione con la necessità d’integrare la popolazione. La situazione dei minori zingari è tipica dei gruppi socialmente svantaggiati. Per ragioni di differenza culturale, la comunità zingara a Santiago evita le campagne di prevenzione rivolte al grande pubblico (sesso, droga e così via sono considerati tabù). Questo, insieme alle caratteristiche elencate di seguito, ne fanno una popolazione con evidenti fattori di rischio: 1) Assenteismo a scuola o mancanza di scolarizzazione. 2) Primi matrimoni da adolescenti (solo il 51,2% è consapevole di come si contraggono le malattie sessualmente trasmissibili). 3) Alti tassi di natalità. 4) Alto tasso di famiglie con problemi di tossicodipendenza nella zona (85,7%). 5) Difficoltà d’integrazione sociale, di partecipazione culturale e d’occupazione lavorativa (l’81,1% trova che fumare cannabis sia un comportamento normale). Nella comunità zingara l’AIDS provoca forti implicazioni, come la paura, la negazione e l’occultamento. In aggiunta, ci sono gruppi di zingari che possono essere maggiormente a rischio, rispetto al resto della comunità. In questi gruppi più marginali, l’uso della droga è più elevato e vi è una maggiore esposizione al rischio di contagio eterosessuale. La mancanza d’informazione e di sistemi di protezione è aggravata dal fatto che si tratta di piccole comunità, con una popolazione molto giovane.

Assunti di base/teorie

Il modello delle competenze (Albee, 1982): l’intervento consiste nell’anticipare i problemi per prevenirli. Nell’equazione di Albee sono considerate due principali strategie per prevenire le ricadute o l’aggravamento del processo cronico: la prima è rivolta a diminuire lo stress, la vulnerabilità costituzionale o entrambi; la seconda mira all’aumento dei rapporti sociali, delle abilità di *coping* e delle competenze in generale¹⁴⁹. Gli obiettivi del modello sono: promuovere la competenza sociale e sviluppare le comunità/organizzazioni

¹⁴⁸ Il termine spagnolo “gitanos” viene tradotto in italiano con il termine “zingaro”

¹⁴⁹ Corazza P. (2011), *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, Milano, pg. 408.

competenti. Questo modello si concentra su due tipi di persone: da un lato, le persone che non hanno mai usato droghe, dall'altro, gli individui vulnerabili, attuando strategie preventive in base alle loro esigenze. La maggior parte della teoria scientifica oggi valida, deriva da studi psicologici e psicosociali della condotta individuale, tuttavia ignora il contesto sociale dei soggetti, quando, invece, il comportamento, è il risultato dell'interazione dell'individuo con il suo ambiente.

Valutazione

Nel 2003, secondo il rapporto di valutazione, il numero di attività era cresciuto del 15% rispetto all'anno precedente. Il numero di partecipanti in tutte le attività era cresciuto di 5 ragazzi con un profilo di abuso d'alcol/cannabis/tabacco. Un totale di 47 ragazzi aveva partecipato, ad intermittenza, nel tempo libero. Durante tutto l'anno, il gruppo target aveva organizzato quattro eventi musicali e delle esibizioni di flamenco (sul razzismo e sulla droga) per la comunità. Nel 2003 avevano portato il loro messaggio di prevenzione a 500 giovani adulti/adolescenti, producendo un numero crescente di richieste, essendo trasmesso da i giovani e per i giovani. Due interviste radiofoniche erano state mandate in onda, in cui i giovani zingari descrivevano il programma.

CONCLUSIONI

Dall'indagine effettuata al Ser.D di Villafranca (Vr), sembra emergere, in accordo con la letteratura esaminata, una significativa diffusione del consumo di sostanze psicotrope tra i giovani.

Tale consumo varia in funzione dei diversi contesti, delle differenti culture e delle fasi della vita delle persone. Il fenomeno della tossicodipendenza, oggi, si presenta sempre più articolato e in costante evoluzione. La sua complessità non è circoscritta alla sola popolazione italiana, ma è globale.

Diviene necessario integrare i diversi modelli e le informazioni provenienti dalla ricerca scientifica sulla prevenzione delle dipendenze. Occorre, anche in base alle esperienze degli altri Paesi, creare interventi di prevenzione che siano culturalmente sensibili e tengano conto di contesti multiculturali e dell'organizzazione dei servizi pubblici e privati. Ad esempio, per riuscire ad ottenere dei risultati relativamente positivi, occorre che nell'ambito della prevenzione, gli immigrati presenti in Italia e negli altri Paesi europei, siano chiamati a collaborare alla realizzazione dei programmi, e siano, quindi, essi stessi agenti di sviluppo. In questo modo le competenze dei diretti interessati vengono valorizzate attraverso l'incoraggiamento della responsabilizzazione individuale e dell'*empowerment* sociale.

Nella situazione attuale, tenendo conto dei problemi legati alle risorse e alla scarsità di personale, quali scelte debbono essere attuate nei progetti di prevenzione nel settore delle tossicodipendenze?

Per gli addetti ai lavori nei servizi socio-sanitari, è necessario riqualificare la prevenzione, che, per essere efficace, non può essere circoscritta entro ristretti confini territoriali.

I fattori culturali messi in luce dai progetti di prevenzione esaminati, che valorizzano le reti familiari e sociali e che descrivono alcuni aspetti particolari per specifici gruppi, sono a mio parere da considerarsi validi per la costruzione di ulteriori programmi di prevenzione nel contesto italiano.

In tale prospettiva, è bene tener conto delle evidenze scientifiche dei progetti di prevenzione, valutando attentamente il rapporto costo/beneficio. Visti gli elevati costi è auspicabile, quindi, che le diverse fasi di programmazione siano ricondotte all'analisi degli esiti che producono.

Infine, ritengo che sarebbe opportuno approfondire la strategia della “riduzione del danno”, che concentra l’attenzione sulle situazioni già compromesse, senza necessariamente richiedere una riduzione del consumo delle sostanze in uso (Zuffa, 2002).

Seguendo tale strategia, l’operatore impedisce che i danni connessi all’uso di droghe si sommino, e pone un rallentamento all’aggravarsi delle conseguenze per la salute. Sono un esempio i programmi di sostituzione degli aghi e le altre iniziative tese a rendere aghi e siringhe largamente e prontamente disponibili per i tossicomani.

BIBLIOGRAFIA TESI

- Akers R. L., Krohn M. D., Lanza-Kaduce L. & Radosevich, M. (1979), *Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory*, *American Sociological Review*, 44, 636-655.
- Albee G. W. (1982), *Preventing psychopathology and promoting human potential*. *American Psychologist*, 37, pp. 1043-1050.
- Andreasson S. (2010), *Premature adoption and dissemination of prevention programmes*, *Addiction*, 105(4), pp. 583–584.
- Ariza C., Perez A., Sanchez-Martinez F., Dièguez M, Espelt A. Pazarin M.I., Suelvves J.M., De la Torre R. & Nebot M. (2013), *Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention program*, in <<Drug and Alcohol Dependence>>, Vol. 132, pp.257-264.
- Arnold M., Razum O. & Coebergh J.W. (2010), *Cancer risk diversity in non-western migrants to Europe: an overview of the literature*, *Eur J Cancer*, n. 46 (14), pp. 2647-2659.
- Ausl di Cesena (2012), *Immigrazione e droghe. Culture, consumi e ... offerta di Servizi*, *Sestante*, n. 35.
- Bandura A. (1986), *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bashford J. (2010), *A basis framework for cultural competency*, in <<Fountain, J., Hicks, J., *Delivering race equality in mental health care: report on the findings and outcomes of the community engagement programme 2005–2008*>>. International School for Communities, Rights and Inclusion, University of Central Lancashire, Preston, p. 76.

- Bertelli B. (a cura di) (2007), *Servizio sociale e prevenzione*, Franco Angeli, Milano, pp. 15-32.
- Bhopal R.S. (2007), *Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies: Foundations for Better Epidemiology, Public Health, and Health Care*, Oxford University Press, Oxford.
- Bhopal R.S., Liu J.J., Davidson E., Bianco M., Johnson M.R.D. & Netto G. (2012), *Adapting health promotion interventions to meet the needs of ethnic minority groups: mixed methods evidence synthesis*, Health Technology Assessment Monograph Series, In Press.
- Blackman, S. (2004), *"Chilling Out": the cultural politics of substance consumption, youth and drug policy*. Maidenhead: McGrawHill-Open University Pres.
- Bonifazi C. (2007), *L'immigrazione straniera in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Botvin G. J., Baker E., Dusenbury L., Botvin E. M. & Diaz, T. (1995), *Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a White middleclass population*. *Journal of the American Medical Association*, 273, pp. 1106–1112.
- Brotherhood A. & Sumnall H.R. (2011), *European drug prevention quality standards*, EMCDDA Manuals n.7, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Burkhart G. (2001), *Intervenciones preventivas en la primera infancia en Europa*, in <<Adicciones : revista de socidrogalcohol>>, 13(1), pp. 89-100
- Burkhart G. (2004), *Report on selective prevention in the European Union and Norway*. EMCDDA, Lisbon.
- Burkhart G. (2007), *Prevenzione in Europa*, EMCDDA, Lisbona.
- Burkhart G. & Hillebrand, J. (2008), *Resource tool for using evidencebased prevention and evaluation in practice*, *Drugs: Education, Prevention & Policy* 15(4), pp. 424-428.

- Campani G. e Salimbeni O. (a cura di) (2006), *La fortezza e i ragazzini. La situazione dei minori stranieri in Europa*, Franco Angeli, Milano.
- Campanini A. (2013), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, pp. 457-462.
- Catalano, R., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. & Abbott, R. (1996), *Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model*, *Journal of Drug Issues*, 26(2), 429-455.
- Caritas/Migrantes (2014), *XXIII Rapporto Immigrazione 2013. Tra crisi e diritti umani*, Anterem, Roma.
- Celata C. (2012), *Gli attori della prevenzione: una rassegna non esaustiva*, in <<Medicina delle Dipendenze>>, n.6, pp. 64-71.
- Champion K.E., Newton N.C., Barrett E.L. & Teesson M. (2013), *A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet*, in <<Drug and alcohol review>>, Volume 32, Issue 2, pp. 115–123.
- Cipitelli C. (2011), *Oltre la comunicazione dissuasiva. La comunicazione del rischio*, in <<Medicina delle Dipendenze>>, n. 1, pp.41-47.
- Cipolla C. e Lombi L. (2011), *Dalle prevenzioni “aggettivate” ad interventi coordinati e sequenziali nel ciclo delle droghe*, Franco Angeli, Milano.
- Cois A. (2012), *I determinanti sociali nell'uso di sostanze*, in <<Medicina delle Dipendenze>>, n. 5.
- Corral A., Duràn J. & Isusi I. (2012), *Use of alcohol and drugs at the workplace*, *European Working Conditions Observatory*, disponibile al sito internet: http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn1111013s/tn1111013s_6.htm (Ultimo accesso: 12/06/2014).

- Croce M., Cassese C., Grosso L., Racca L., Rupo M. e Laboratorio "Giovani e consumi" di Vicenza (2014), *Fare prevenzione sui consumi giovanili di "sostanze"*, inserto del mese di <<Animazione Sociale>>, n.1 pp. 37-79.
- Cianconi P. (2013), *Addio ai confini del mondo. Per orientarsi nel caos postmoderno*, Franco Angeli, Milano.
- Corazza P. (2011), *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, Milano, pg. 408.
- CSAP – Center for Substance Abuse Prevention (1998), *Preventing Substance Abuse Among Children and Adolescents: Family-Centered Approaches, Practitioner's Guide. Prevention Enhancement Protocols System (PEPS) Series*, National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information, Rockville.
- CSAP – Center for Substance Abuse Prevention (2001), *Science – based substance abused prevention*, in MD: Substance Abuse and Mental Health Service administration, Rockville.
- Defenso P.A. (2004), *Menores inmigrantes en Andalucía: La atención en los centros de protección del Menores*, BOPA, n.18, pp. 60-61.
- Devillè W., Greacen T., Bogic M., Dauvrin M., Dias S., Gaddini A., Koitzsch N.J., Karamanidou C., Kluge U., Mertaniemi R., Puigpinós R.R., Sárváry A., Soares J., Stankunas M., Straßmayr C., Welbel M. & Priebe S. (2011), *Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice?*, BMC Public Health, n. 11.
- Devillè W., Uiters E., Westert G. & Groenewegen P. (2011), *Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study*, BMC Public Health.
- Dipartimento Politiche Antidroga (2013), *Relazione annuale al Parlamento 2013: uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia*, disponibile al sito internet:

<http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2013/presentazione.aspx>. (Ultimo accesso: 13/06/2014)

Dufur M., Parcel T.L. & McKune B.A. (2012), *Does Capital at Home Metter More tnaan Capital at School? The Case of Adolescent Alcohol and Marijuana Use*, in <<Journal of Drug Issue>>, disponibile al sito internet: <http://jod.sagepub.com/content/early/2012/11/08/0022042612462220> (Ultimo accesso: 13/06/2014).

EMCDDA (2000), *2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*, OEDT, Lisbon.

EMCDDA (2002a), *Focus sulle droghe. Il consumo ricreativo: una sfida chiave per l'UE. Servono strategie rivolte a ridurre il rischio*, OEDT, Lisbona.

EMCDDA (2002b), *Focus sulle droghe. Prevenzione in materia di droghe nelle scuole dell'UE*, OEDT, Lisbona.

EMCDDA (2003), *Focus sulle droghe n.10*, European Monitoring Centre for Drug Adiction, OEDT, Lisbona.

EMCDDA (2006), *Relazione annuale 2006: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, OEDT, Lisbona.

EMCDDA (2008), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, OEDT, Lisbon.

EMCDDA (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, OEDT, Lisbon, pp. 7-12, disponibile nel sito internet: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention> (Ultimo accesso: 07/03/2014).

- EMCDDA (2012), *Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition)*, OEDT, Lisbon, disponibile al sito internet: www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention_update.
- EMCDDA (2013), *Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies*, OEDT, Lisbon.
- EMCDDA (2013a), *North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?*, OEDT, Lisbon, disponibile al sito internet: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/north-american-drug-prevention-programmes>. (Ultimo accesso: 07/03/2014).
- EMCDDA (2013b), *Relazione Europea sulla droga. Tendenze e sviluppi*, OEDT, Lisbona.
- ESPAD (2012), *The European School Project on alcohol and other drug*. In <<The 2012 Espad Report: substance Use Among Studies in 36 European Countries>>, Stockholm.
- Eurobarometer (2011), *Youth attitudes on drug*. Analitical report, Gallup Europe.
- Faggiano F. e Pani P. P. (2012), *La prevenzione primaria dell'uso di sostanze un po' funziona, un po' no; comunque maneggiare con cautela*, in <<Medicina delle Dipendenze>>, n. 6, pp. 5-8.
- Faggiano F., Richardson C., Bohrn K., Galanti M.R. & EU-Dap Study Group (2007), *A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: The EU-Dap design and study population Original Research*, in <<Preventive Medicine>>, pp. 170-173.
- Fernandes A. & Miguel J.P. (2009), *Health and Migration in the European Union: Better Health for All in an Inclusive Society*, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge, Portugal.
- Fondazione ISMU (2014), *Diciannovesimo rapporto sulle Migrazioni 2013*, Franco Angeli, Milano.

- Fountain J., Khurana J. & Underwood S. (2004), *Barriers to drug service access by minority ethnic populations in the European Union and how they can begin to be dismantled*, in <<Decorte, T. Korf, D.J. (eds.) European studies on drugs and drug policy>>, VUB Press Brussels.
- Jonkman, H. B., Haggerty, K. P., Steketee, M. et al. (2009), *Communities that Care, core elements and context: research of implementation in two countries'*, Social Development Issues 30(3), pp. 42–57.
- Geraci S. (2007), *Gli immigrati e il "sistema salute" italiano*, in <<Caritas/Migrantes. Immigrazione Dossier Statistico 2007>>. XVII Rapporto sull'immigrazione, Idos.
- Geraci S., Bonciani M. e Martinelli B. (2010), *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*, Imprinting srl, Roma.
- Grasso L. e Grosso L. (2004), *Il tratteggio di una prevenzione possibile. La messa in rete di famiglie, scuole, amministrazioni locali, giovani*, Supplemento n.2 di <<Animazione Sociale>> pp. 79-91.
- Gordon, R. S. (1983), *An operational classification of disease prevention*. Public Health Reports, 98, pp. 107–109.
- Greci S. e Hamand I.E. (2011), *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, Italian Journal of Public Health, Roma, Vol. 8, n. 3.
- Grosso L. (2012), *Prevenire senza mai abbandonare*, in << Animazione sociale>>, n. 267, pp. 28-39.
- Hallgren M. & Andreasson S. (2013), *The Swedish six-community alcohol and drug prevention trial: effect on youth drinking*, in <<Drug and Alcohol Review>> n. 32 pp.504-511.
- Hillebrad J., Olszewski D. & Sedefov R. (2010), *Legal Highs on the Internet*, <<Substance Use & Misuse>>, vol.45 n.3 pp. 330-340.

- Ipsos Mori & NACD (2011), *General Population Survey on Drug Prevalence 2010/1011*, Technical Report, Dublino.
- Jessor, R., & Jessor, SL (1977), *Comportamento problema e sviluppo psicosociale: uno studio longitudinale di giovani*, New York: Academic Press.
- Jessor R. (1993), *Successful adolescent development among youth in high-risk settings*. *American Psychologist*, 48, pp. 117–126.
- Lanzetti C., Lombi L. e Marzulli M. (a cura di) (2008), *Metodi quantitativi e qualitativi per la ricerca sociale*, Franco Angeli, Milano, pp- 54-61.
- Lavanco G e Mandalà M. (2004), *Peer o poor education? Verso gruppi di auto – riflessione partecipata*, in <<Animazione sociale>>, vol. 5, pp. 53-58.
- Leone L. e Celata C. (2006), *Per una prevenzione efficace*, Il sole 24 Ore, Milano, p.2.
- Levecque k., Lodewyckx O. & Vranken J. (2007), *Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups*, *Journal of Affective Disorders*, Elsevier
- Lombi R. (2012), *Le politiche della droga in Europa. Prevenzione, gestione e recupero*, Franco Angeli, Milano.
- Madeddu F., Fiocchi A. e Pianezzola P. (2006), *Tossicodipendenze, marginalità e fragilità sociale. Interventi specialistici nelle strutture residenziali e semiresidenziali del welfare lombardo*, Franco Angeli, Milano.
- Marino V. e Benedusi M. (a cura di) (2010), *Fare prevenzione: appunti e linee guida regionali sulla prevenzione delle dipendenze*, pubblicazione del Dipartimento delle Dipendenze ASL di Varese, Tipolitografia Galli & C., Varese.
- Maturo A. (2008), *L'habituazione come categoria della in "dipendenza" sa cannabis*, in Cipolla C. (a cura di), *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali*, Franco Angeli, Milano.

- Ministero dell'interno (2008), *1° rapporto sugli immigrati in Italia 2007*, Roma.
- Mirisola C. (2012), *Di dove sei? Diritti e doveri tra Salute e Immigrazione*, Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà, Roma.
- Monaci P. (2001), *Tossicodipendenze e immigrazione un approccio psicosociale*, L'Hermattan Italia Torino.
- Mrazek P.J. & Haggerty R.J. (1994), *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, National Academy Press, Washington DC.
- NIDA (2003), *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescent. A research – based guide for parents, educators and community leaders*, disponibile al sito internet: www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf, (Ultimo accesso: 13/06/2014).
- Nielsen SS, Krasnik A & Rosano A. (2009), *Registry data for cross-country comparisons of migrants' healthcare utilization*, in the EU: a survey study of availability and content, BMC Health Serv Res, n. 9.
- OISG-Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (2008), *Salute globale e Aiuti allo sviluppo. Diritti, Ideologie, Inganni*, ETS, Pisa.
- Orlandini D., Nardelli R. e Bottignolo E. (a cura di) (2004), *Prevenzione delle dipendenze in ambito scolastico. Dagli aspetti teorici agli aspetti teorici – operativi*, pubblicazione dell'Az. ULSS n.1, Grafiche Venete srl, Quarto d'Antino (VE).
- Parsons T. (1965), *Il sistema sociale*, Comunità, Milano, pp. 11-20.
- Pavarin R.M., Marini S., Sanchini S. e Turino E. (2011), *Cannabis: analisi dei ricoveri ospedalieri negli stranieri e dipendenza da sostanze illegali*, Italian Journal on Addiction, Roma, Vol. 1, n. 5-6.

- Pellegrini R.M. (2008), *Manuale di legislazione dei servizi sociali*, G. Giapichelli Editore, Torino, p. 125.
- Pellicia A. (2006), *Tossicodipendenza e immigrazione storie di vita*, Consiglio Nazionale delle Ricerche Roma.
- Perkins H.W. & Berkowitz A.D. (1986), *Perceiving the community norms of alcohol use among students: some research implications for campus alcohol education programming*, In <<International Journal of the Addictions>>, 21, pp. 961–76.
- Piani P.P (2001), *Nuove e vecchie droghe: uso, abuso e prevenzione*, Bologna, Il Mulino, n.2, pp. 235-242.
- Rafnsson S.B. & Bhopal R.S. (2009), *Large-scale epidemiological data on cardiovascular diseases and diabetes in migrant and ethnic minority groups in Europe*, Eur J Public Health, n. 19(5), pp. 484-491.
- Reggio C., Colombo G. e Mauri R. (a cura di) (2006), *Progetto Mosaico-area immigrati*, Regione Lombardia e Università degli studi di Milano Bicocca, relazione attività Unità Mobile redatta dalla Cooperativa di Bessimo, Milano.
- Ruggero V. (2008), *Stranieri e illegalità nell'Italia criminogena*, in <<Diritto immigrazione e cittadinanza>>, n.2.
- Russo V. (a cura di) (2011), *Comunicazione e strategie di intervento nelle tossicodipendenze*, Carrocci, Roma.
- Sanza M. e Nasuelli F. (2011), *Interventi di prevenzione e misurazione di efficacia*, in <<Sestante>>, Cesena, pp. 21-22.
- Serpelloni G., Bonci A. e Rimondo C. (2009), *Cocaina e minori, Linee d'indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze*, Dipartimento Politiche Antidroga, Sommacampagna.

- Serpelloni G., Genetti B. e Roberto M. (2013), *I diversi fattori di rischio per l'uso di sostanze illecite tra le adolescenti 15-19 anni e i coetanei maschi*, in <<the Italian Journal Addiction>> vol.3, n.2, pp. 37-44.
- Serpelloni G., Rimondo C. e Candio D. (2012), *Droghe e internet. Risultati di un indagine sul mercato online italiano*, in <<the Italian Journal on Addiction>> vol.2 n. 5-6, pp. 13-18.
- Serpelloni G. (a cura di) (2014), *Consumi di sostanze stupefacenti in Italia. Andamento nel lungo periodo dei consumi, una riflessione complessiva dell'impatto degli interventi*, Dipartimento Politiche Antidroga, Sommacampagna.
- Stone A.L., Becker L.G. & Humber A.M. (2012), Review of risk and protective factors of substance use and problem use emerging adulthood, in <<Addictive Behaviors>>, vol. 37, n. 7, pp. 747-775.
- Tognetti Bordogna M. (2011), *Gli immigrati tra innovazione organizzativa e cambiamenti culturali*, in << Sociologia del Lavoro>>, n. 122, pp. 181- 193.
- Vanni A. (2009), *Adolescenti. Tra dipendenze e libertà*, San Paolo, Alba (Cuneo), pp. 239-264.
- Vigna-Tagliati F., Vadrucci S. e gruppi di studio Eu-Dap/Unplugged (2012), *La prevenzione scolastica nell'uso di sostanze*, <<Medicina delle dipendenze>> n.6, pp. 35-45.
- Webster R. (2002), *Safer Clubbing. Guidance for Licensing Authorities, Club Managers and Promoters*, disponibile al sito internet: www.csdp.org/research/safer_clubbing_txt.pdf (Ultimo accesso: 13/06/2014).
- WHO (1986), *Ottawa Charter for Health Promotion*, disponibile al sito internet: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html (Ultimo accesso: 13/06/2014).
- WHO (1999), *HEALTH21: the health for all policy framework for the WHO European Region*, disponibile al sito internet:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf (Ultimo accesso: 13/06/2014).

WHO (2001), *The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope*, disponibile al sito internet: <http://www.who.int/whr/2001/en/> (Ultimo accesso: 13/06/2014).

Wood S.K., Eckley L. & Hughes K. (2014), *Computer-based programmes for the prevention and management of illicit recreational drug use: a systematic review*, in <<Addictive Behaviors>>, vol. 39 – issue 1, pp.30-38.

Zani C. e Cicognani E. (2004), *Psicologia della salute*, Bologna, Il Mulino.

Zuffa G. e Meringolo P. (2002), *Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità*, Unicopoli, Milano.

Zuffa G. (a cura di) (2007), *Drug testing. L'esperienza americana*, in <<Fuoriluogo>>, marzo.

Ringraziamenti

Desidero ringraziare il Prof. Alessio Surian, relatore di questa tesi, per avermi seguito in ogni fase di questo lavoro, per la grande disponibilità e cortesia dimostratemi, e soprattutto l'aiuto fornito durante la stesura.

Ringrazio la Dott.ssa Assistente Sociale Alessandra Benedetti coinvolta in questo lavoro per la disponibilità, la passione e per il tempo che mi ha dedicato.

Ringrazio mia madre Loretta, soggetto di scambi e discussioni quotidiane, ma anche di entusiasmo e idee che di questo lavoro e della mia vita ha seguito tutte le fasi; ringrazio mio padre Vittorio per l'instancabile sostegno e l'amore.

Ringrazio mio fratello Diego, che con i suoi pregi e difetti è probabilmente la persona più importante della mia vita.

Ringrazio Valentino per la pazienza e la disponibilità infinita, e per aver condiviso con me riflessioni ed emozioni su questa tesi, ma non solo. Grazie per la serenità che mi fai vivere ogni giorno.

Un ringraziamento speciale a Serena, che con me ha condiviso questo pezzo di vita importante.

Ringrazio me stessa per aver saputo sfruttare questa occasione e per essermi impegnata almeno quanto basta.