

Allegato B 2

Instant Book

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

INDICE

Gli elementi chiave	1
1.1 Elementi chiave	3
Gli Esperti	5
2.1 Il Coordinatore	7
2.2 Gli Esperti	8
2.3 I Facilitatori	12
Il Metodo	13
3.1 Il Metodo	15
3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo	16
Fase Preparatoria - La raccolta dei contenuti	17
4.1 I contributi preliminari	19
4.2 Le criticità	19
4.3 Le possibili soluzioni	28
Riunione Preliminare - La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro	37
5.1 Il contesto dei lavori	39
5.2 Le criticità rilevate	40
5.3 La lettura delle criticità	43
5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni	44
5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni	46
5.6 Le proposte operative	47
Tavolo Tecnico	49
6.1 Introduzione ai lavori della prima giornata	51
6.1.1 Introduzione del Coordinatore	51
Tavola Rotonda A - Ruolo della scuola	55
6.2 Tavola Rotonda A – Ruolo della scuola	57
6.2.1 La prevenzione nel setting scolastico basata sulle evidenze scientifiche	58
6.2.2 Prevenzione nelle scuole	60
6.2.3 L'istituzione scolastica autonoma come punto di partenza per le attività di informazione e sensibilizzazione	62
6.2.4 Potenziamento e aggiornamento dei centri di informazione e consulenza (c.i.c.) istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90	64
6.2.5 Stigma ed esclusione sociale: quando la presa in carico è l'inizio del disagio	66
6.2.6 Politiche antidroga: ruolo della famiglia e della scuola	68
6.2.7 Sintesi Tavola Rotonda A – Ruolo della Scuola	70

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tavola Rotonda B - Interventi di comunità	72
6.3 Tavola Rotonda B - Interventi di comunità	74
6.3.1 Cultura, prevenzione e territorio	75
6.3.2 Il ruolo dell'informazione e mass media nella prevenzione e la presa in carico precoce	77
6.3.3 I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'	79
6.3.4 Considerazioni su prevenzione e presa in carico precoce	81
6.3.5 Combattere lo stigma per anticipare la diagnosi	83
6.3.6 Sintesi Tavola Rotonda B – Interventi di Comunità	85
Tavola Rotonda C - Strategie nazionali	88
6.4 Tavola Rotonda C – Strategie nazionali	90
6.4.1 Interventi e formazione evidence-based	91
6.4.2 Spunti sulla prevenzione	93
6.4.3 Linee di indirizzo istituzionali	95
6.4.4 Sintesi Tavola Rotonda C – Strategie nazionali	97
6.5 Introduzione ai lavori della seconda giornata	99
6.5.1 Introduzione del Coordinatore	99
6.5.2 Domande e risposte	100
Relazione Tecnica del Coordinatore	114
7.1 Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche	116
Le statistiche	122
8.1 Gli Esperti	124
8.2 Il pubblico iscritto	125
Appendice	130
9.1 Dr.ssa Franca Beccaria – La prevenzione nel setting scolastico basata sulle evidenze scientifiche	132
9.2 Dr.ssa Giovanna Grillo – Potenziamento e aggiornamento dei Centri di l'informazione e Consulenza (C.I.C.) istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90	137
9.3 Dr.ssa Floriana Colombo – I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'	140
9.4 Dr. Giuseppe Barletta – Considerazioni su prevenzione e presa in carico precoce	146
9.5 Dr.ssa Rachele Donini – Interventi e formazione evidence-based	149
9.6 Dr.ssa Maria Migliore – Linee di indirizzo istituzionali	153

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Gli elementi chiave



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

1.1 Elementi chiave

1. Rilancio dell'attività di prevenzione e presa in carico precoce e reintroduzione di fondi dedicati
2. Ruolo della scuola e del sistema educativo rispetto alla prevenzione e all'identificazione dei soggetti a rischio
3. Potenziamento e aggiornamento della funzione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC), istituiti dall'ART. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di prevenire ed identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti
4. Standard europei per la prevenzione e l'European Prevention Curriculum (EUPC)
5. Ruolo di informazione e mass media nella prevenzione in particolare su NPS. Abuso di alcol e gioco d'azzardo
6. Indicazioni per la presa in carico precoce nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale
7. Integrazione con il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Gli Esperti



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

2.1 Il Coordinatore

Prof. Fabrizio Faggiano

Biografia	<p>Professore Ordinario di Igiene presso l'Università del Piemonte Orientale (UPO), di formazione epidemiologo, negli anni ha coordinato progetti europei e nazionali di sviluppo e valutazione di interventi e politiche di prevenzione primaria e di promozione della salute, in particolare nel settore delle dipendenze patologiche e dei comportamenti a rischio.</p> <p>Membro dell'agenzia nazionale <i>Santé Publique France</i> dal 2015, attualmente è membro del Network Italiano di <i>Evidence-based Prevention</i>, che ha l'obiettivo di dare supporto agli estensori PRP per l'adozione di strategie e interventi dotati di prove di efficacia. È fra gli animatori del sito www.tobaccoengame.it.</p> <p>Dal 2017 è direttore dell'Osservatorio Epidemiologico e coordina il progetto Dedalo, volare sugli anni, per la promozione di un invecchiamento sano.</p>
Esperienze specifiche in relazione al Tavolo Tecnico	<p>Principal investigator di EUDAP, progetto europeo che ha elaborato e valutato il programma <i>Unplugged</i>, per la prevenzione dell'uso di sostanze. È membro del <i>Cochrane Drugs and Alcohol Group</i> e del Comitato Scientifico dell'EMCDDA. Dal 2009 al 2016 è stato International Expert per UNODC e UNESCO per la prevenzione delle dipendenze.</p> <p>È stato direttore dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze del Piemonte dal 1998 al 2016, nel 2000 è stato coordinatore del Gruppo Nazionale di Epidemiologia delle Tossicodipendenze, dal 2001 al 2003 è stato membro del Sottocomitato Scientifico Alcool del CCM.</p>

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

2.2 Gli Esperti

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Antonio Affinita (MOIGE)	Direttore Generale MOIGE - Movimento Italiano Genitori Onlus - esperienza ventennale in ambito sociale ed educativo per la tutela e la protezione dei minori	Esperienza ventennale sulla prevenzione delle dipendenze nei minori maturata tramite progetti, indagini e la partecipazione a tavoli tecnici istituzionali
Giuseppe Barletta (ASL ROMA 4)	Direttore UOC SERD Governo della Rete e Accreditamento Strutture ASL Roma 4. Lavoro nel SERD dal 1991. Medico specialista in Psicologia Clinica. Membro della Consulta Nazionale degli OPERATORI e degli esperti delle tossicodipendenze - Presidenza del Consiglio dei Ministri. Coordinatore di numerosi progetti territoriali di prevenzione, anche nel DGA	Ho coordinato numerosi progetti di prevenzione nel territorio di competenza, sia nelle scuole che in ambiti più ristretti, presso i comuni della ASL "on the road". Negli ultimi anni coordinatore progetto di prevenzione del Gioco d'Azzardo della ASL Roma 4 con interventi specifici nelle scuole
Franca Beccaria (Istituto Eclectica Torino)	Sociologa, PhD, ha fondato Eclectica, istituto di ricerca e formazione (www.eclectica.it), abilitazione a professore associato in sociologia. È vice-direttrice dell' <i>European Master on Drugs and Alcohol Studies</i> (www.emdas-to.it), ha insegnato sociologia della salute presso l'Università di Torino, è associate professor (<i>title of docent</i>) presso la <i>Faculty of Social Science</i> , Università di Helsinki, è affiliata al <i>Centre for Research on Addiction, Control and Governance</i> (CEACG), Helsinki	Ho coordinato numerosi progetti di prevenzione per target diversi sui temi delle dipendenze che prevedevano la formazione di operatori socio-sanitari e adulti significativi, il coinvolgimento di <i>stakeholder</i> e la <i>peer education</i> . Tra questi, Diario della salute, incluso dall'EMCDDA in Exchange
Pietro Canuzzi (Ministero Salute)	Dirigente sanitario presso il Ministero della Salute	Esperienze di natura tecnica nel settore delle dipendenze con profilo sanitario
Floriana Colombo (CEAL Lombardia - CNCA)	Consulente e progettista presso enti pubblici e privati, esperta di coesione e inclusione sociale. Ex Presidente di A77 Coop Soc Milano, di recente incorporata in Cooperativa Lotta contro l'emarginazione, opero da quasi 30 anni come coordinatrice operativa in interventi di prevenzione. Già docente all'Università di Padova, insegno nel corso di Laurea per educatori professionali sociali, alla IUSVE di Venezia. Sono fra i Master Trainer formati sull'EUPC, <i>European Prevention Curriculum</i>	Ho esperienza pluridecennale di coordinamento operativo in progetti giovani, in ricerche intervento con le comunità locali, e di riduzione dei rischi anche con unità mobili nei luoghi della movida. Più di recente ho coordinato programmi di prevenzione e contrasto del GAP

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Rachele Donini (Regione Liguria)	Psicologa, psicoterapeuta; Project manager di progetti della commissione europea; Master Trainer europeo per EMCDDA nella formazione sul curriculum europeo di prevenzione (EUPC); consulente dell'associazione internazionale professionisti delle dipendenze (ISSUP); componente della società europea di prevenzione (EUSPR). Contributor del manuale edito da EMCDDA sugli <i>standard</i> di qualità e del curriculum di prevenzione, autrice della guida di formazione sugli <i>standard</i> europei	Responsabile per 12 anni della struttura semplice di prevenzione delle dipendenze patologiche nel Ser.D, partecipazione a progettazione europea sulla costruzione di un curriculum sulla prevenzione basata su evidenze di efficacia, implementazione di progetti nazionali, regionali e locali
Alessio Guidotti (ItanPUD)	Presidente associazione ITANPUD network italiano delle persone che usano droghe, users, educatore professionale OSS, partecipazione CSIDP 2018, operatore/progettazione in ambito della RdD e RdR da 8 anni, partecipazione coordinamento ITARDD (2017/2018), partecipazione alla stesura Carta diritti della persone che usano droghe, partecipazione alla redazione Ristretti Orizzonti su tematiche droga correlate, case manager in progetto di inclusione sociale	ITANPUD, users, operatore e progettazione su riduzione dei rischi progetti in ambito scolastico (2014, 2015, 2016), coordinamento di progetti "peer to peer" finanziati da INPUD ed EURONPUD in compartecipazione unità di strada RdR Altrestrade (<i>want to be peer</i>)
Giovanna Grillo (FICT)	Istituto Superiore Di Sanità e Ministero della Salute, referente delegata progetto per la prevenzione delle patologie infettive (Covid-19) nei tossicodipendenti. Supervisore del centro Soranzo (Venezia), presidente e direttrice della Cooperativa Sociale Casa Emmaus Iglesias (SU) dipendenze, psichiatria e immigrazione. Presidente del coordinamento delle comunità sarde. Delegata forum del III Settore consulte nazionali carceri e socio-sanitario. Rappresentante INTERCEAR per la Regione Sardegna	Responsabile progetti dal 2008 sulla dispersione scolastica, disagio e povertà educativa, con molteplici attività di prevenzione e individuazione precoce di problematiche legate al disturbo alimentare e dipendenze
Paolo Merello (Comitato regionale Intercear Liguria)	Educatore Professionale. Direttore generale CeIS Ge. Presidente del Coordinamento Regionale degli Enti Accreditati sulle dipendenze COREAD e Vice Presidente INTERCEAR. Consigliere della FICT. Membro dell'osservatorio Regionale sul gioco d'azzardo DGR 533/2016. Membro della Consulta Nazionale degli esperti e degli operatori sociali sulle tossicodipendenze; Membro Osservatorio Nazionale per il contrasto alla diffusione gioco d'azzardo presso il Ministero della Salute	Coordinamento di interventi di prevenzione nelle scuole e sul territorio. Partecipazione a vari Comitati scientifici e tavoli tematici

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Maria Migliore (Ministero Salute)	Dirigente Medico del Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 6 – Prevenzione dipendenze, salute mentale e doping. Incarico: “Analisi e studio della prevenzione, cura e riabilitazione dei problemi alcol correlati (attuazione della Legge 125/2001) e delle dipendenze, con particolare riferimento alla popolazione giovanile”. Laurea in Medicina e Chirurgia. Specializzazione in Patologia Clinica	Incarico: “Analisi e studio della prevenzione, cura e riabilitazione dei problemi alcol correlati (attuazione della Legge 125/2001) e delle dipendenze, con particolare riferimento alla popolazione giovanile”. Coordinamento Tavolo Tecnico per la realizzazione del PNP 2020-25 in materia di Dipendenze
Edoardo Polidori (AUSL della Romagna)	Laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva (Sanità Pubblica). Lavoro nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze dal 1982 (Faenza), dapprima come medico e, dal 1985, con ruolo di direzione. Dal 2007 sono Direttore di Struttura Complessa dell'UO Dipendenze Patologiche di Forlì e, dal 2019, Direttore dell'UODP di Rimini. Autore di numerosi eventi e progetti formativi sul tema della prevenzione, rivolti ad un pubblico di adolescenti, genitori e educatori	Anni di interventi nel mondo della scuola rivolti ad insegnanti, genitori, studenti e personale tecnico (ATA). Progetti specifici per contattare giovani consumatori di cannabis e loro genitori. Progetti con associazioni formali ed informali di adolescenti
Antimo Ponticciello (Ministero Istruzione)	Direttore Generale presso la Direzione generale per lo studente, l'inclusione e l'orientamento scolastico del Ministero dell'istruzione da agosto 2020. Prima di tale incarico ha rivestito il ruolo di dirigente di seconda fascia presso la Direzione generale del personale scolastico del Ministero e presso alcuni settori dell'Ufficio scolastico regionale dell'Emilia-Romagna. Laurea in giurisprudenza. Abilitazione all'esercizio della professione di avvocato. Master in International Business Administration	Nel ruolo di Direttore generale della Direzione generale per lo studente, l'inclusione e l'orientamento scolastico ha curato il capitolo dell'integrazione dell'offerta formativa anche sul tema della prevenzione delle dipendenze. Partecipa a diversi comitati e tavoli di lavoro su temi legati alle politiche giovanili. È componente del comitato attuativo del Protocollo di intesa Ministero dell'istruzione-Ministero della giustizia relativamente al Programma speciale per l'istruzione e la formazione negli istituti penitenziari e nei servizi minorili della giustizia. È componente del tavolo interministeriale pandemia, disagio giovanile e NEET presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministro per le politiche giovanili
Paola Sacchi (Regione Lombardia)	Medico psichiatra, dal 16 luglio 2019 alla data odierna Dirigente della struttura Salute mentale, dipendenze, disabilità e sanità penitenziaria DG Welfare/UO Rete Territoriale Regione Lombardia. Dal 1/4/2017 al 1/4/2019 Direttore Struttura Complessa Servizio dipendenze ASST Santi Paolo e Carlo. Partecipazione ad oltre 250 convegni relativi alle tematiche delle dipendenze e della salute mentale, di cui ad oltre 50 come relatrice. Incarichi di docenza in ambito universitario e presso altri enti	Ideazione e direzione equipe diagnosi e trattamento precoce nell'ambito del servizio dipendenze di ASST Santi Paolo e Carlo. Definizione e stesura di atti programmatori regionali per l'implementazione di azioni e servizi di prevenzione in area dipendenze e salute mentale

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Nome e Cognome	Biografia	Esperienze specifiche
Sonia Salvini (Regione Liguria)	Funzionario amministrativo di Alisa (Azienda Ligure Sanitaria della Regione Liguria), referente per la Regione Liguria del Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze, partecipa a diversi sottogruppi tecnici di consulenza al Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e Dipartimento Politiche Antidroga. Coordinatrice progetto ASAP TRAINING il cui fine è la prevenzione al consumo di sostanze attraverso efficaci e comprovati interventi preventivi, sulla base di quanto stabilito dall'Osservatorio Europeo (EMCDDA)	Ha collaborato alla stesura del Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025. Componente del Tavolo di Coordinamento Regionale del Piano Regionale di Prevenzione e responsabile del Programma Predefinito Dipendenze. Coordinatore regionale del sottogruppo Dipendenze nel tavolo regionale Offerta Formativa sui temi della Salute nelle scuole. Collabora con i NOT delle Prefetture e il Tribunale per i minorenni al monitoraggio del fenomeno di consumo tra i giovani e presa in carico precoce
Patrizia Saraceno (CEIS)	Vice Presidente del CeIS don Mario Picchi, una realtà che conta 50 anni di storia con interventi di cura e prevenzione delle dipendenze, già esperta nazionale per il contrasto del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave, dirigente di organismi del Terzo Settore, consulente e interlocutrice presso tavoli istituzionali, Vice Presidente Fondazione Pro Yungas	Trenta anni di esperienza al CeIS per il trattamento delle dipendenze e il lavoro sia sul campo che a livello istituzionale e progettuale per la prevenzione
Paolo Sciascia (Ministero Istruzione)	Dirigente dell'Ufficio III - Direzione generale per lo studente, l'inclusione e l'orientamento scolastico. Ministero dell'istruzione	Ho coordinato dal 2018 il tavolo di lavoro sul progetto denominato "Cuora il futuro". Un'iniziativa nata dalla collaborazione tra MI e DPA per la prevenzione dell'uso e diffusione delle sostanze stupefacenti tra i giovani in età scolare

2.3 I Facilitatori

Nome e Cognome	Biografia
Marco Betti (Federsanità - Toscana)	Ha conseguito il dottorato in sociologia economica ed è stato assegnista di ricerca presso le università di Firenze, Siena e Teramo. I suoi principali interessi riguardano lo sviluppo locale, le relazioni industriali e i modelli di sviluppo. Per Federsanità si occupa dei processi di programmazione, innovazione e costruzione di reti di servizi in ambito sociosanitario integrato e sanitario territoriale.
Paolo Martinez (FUTOUR)	Fondatore della società Futour, laureato in Geografia e Sociologia all'Oxford Polytechnic e facilitatore certificato IAF lavora da oltre 20 anni nella creatività e partecipazione applicate al management dell'innovazione, trasferimento tecnologico e sviluppo territoriale, in Italia e all'estero, per conto di clienti pubblici e privati.
Mauro Soli (Federsanità - Toscana)	È stato docente presso l'Università Politecnica delle Marche e l'Università di Siena in Programmazione e Progettazione sociale; è stato consulente per il PIN dell'Università di Firenze; Project manager e consulente per le Regioni Toscana e Umbria su progetti per l'inclusione sociale, la disabilità e la non autosufficienza; Promotore Sociale e Coordinatore di Zona per le Zone Sociali dell'Umbria; per Anci Toscana è stato responsabile del Progetto Regionale Botteghe della Salute. Attualmente è capoprogetto AT PON Inclusione per PricewaterhouseCoopers e per Federsanità si occupa delle attività legate all'area dell'integrazione sociosanitaria.

Il Metodo

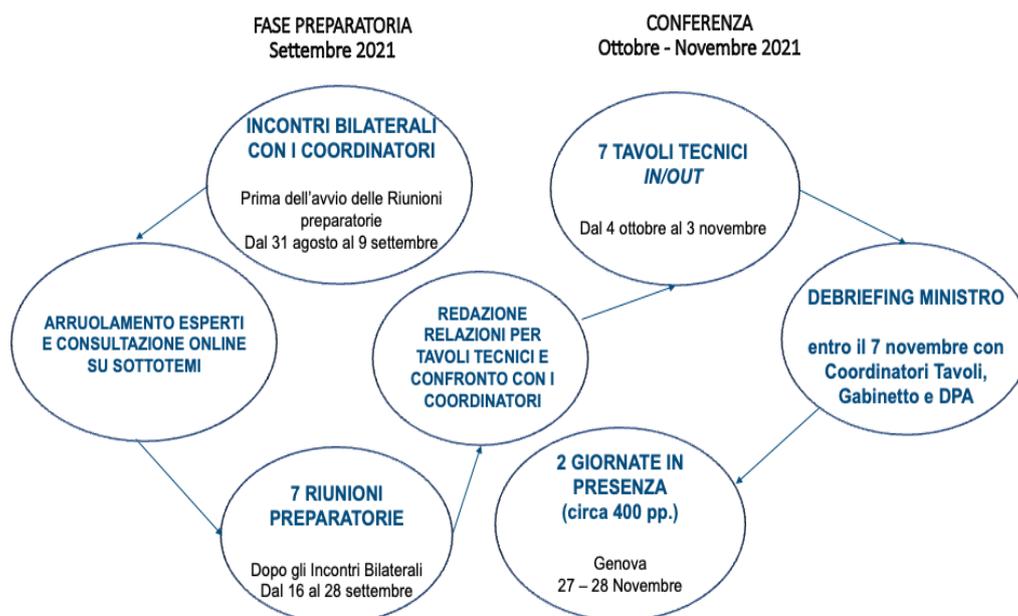
Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

3.1 Il Metodo

L'obiettivo primario della VI Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, come previsto dall'art. 1, comma 15 del Testo Unico sugli Stupefacenti (D.P.R. 309/1990), è quello di "individuare eventuali correzioni alla legislazione antidroga dettate dall'esperienza applicativa". Un secondo obiettivo consiste nel raccogliere *input* utili alla formulazione del nuovo Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe. Per la progettazione e implementazione del processo di preparazione della Conferenza, il Dipartimento per le Politiche Antidroga si è avvalso del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Al fine di raggiungere lo scopo prefissato è stato ideato un processo partecipativo che, a partire dalla normativa attualmente vigente in materia, e attraverso l'individuazione di punti di forza, criticità e la formulazione di possibili soluzioni espresse da tutti gli attori coinvolti, possa fornire ai *policy maker* una base di conoscenza su cui costruire le eventuali proposte di revisione legislativa e di programmazione.

Figura 1. Il processo di costruzione della Conferenza



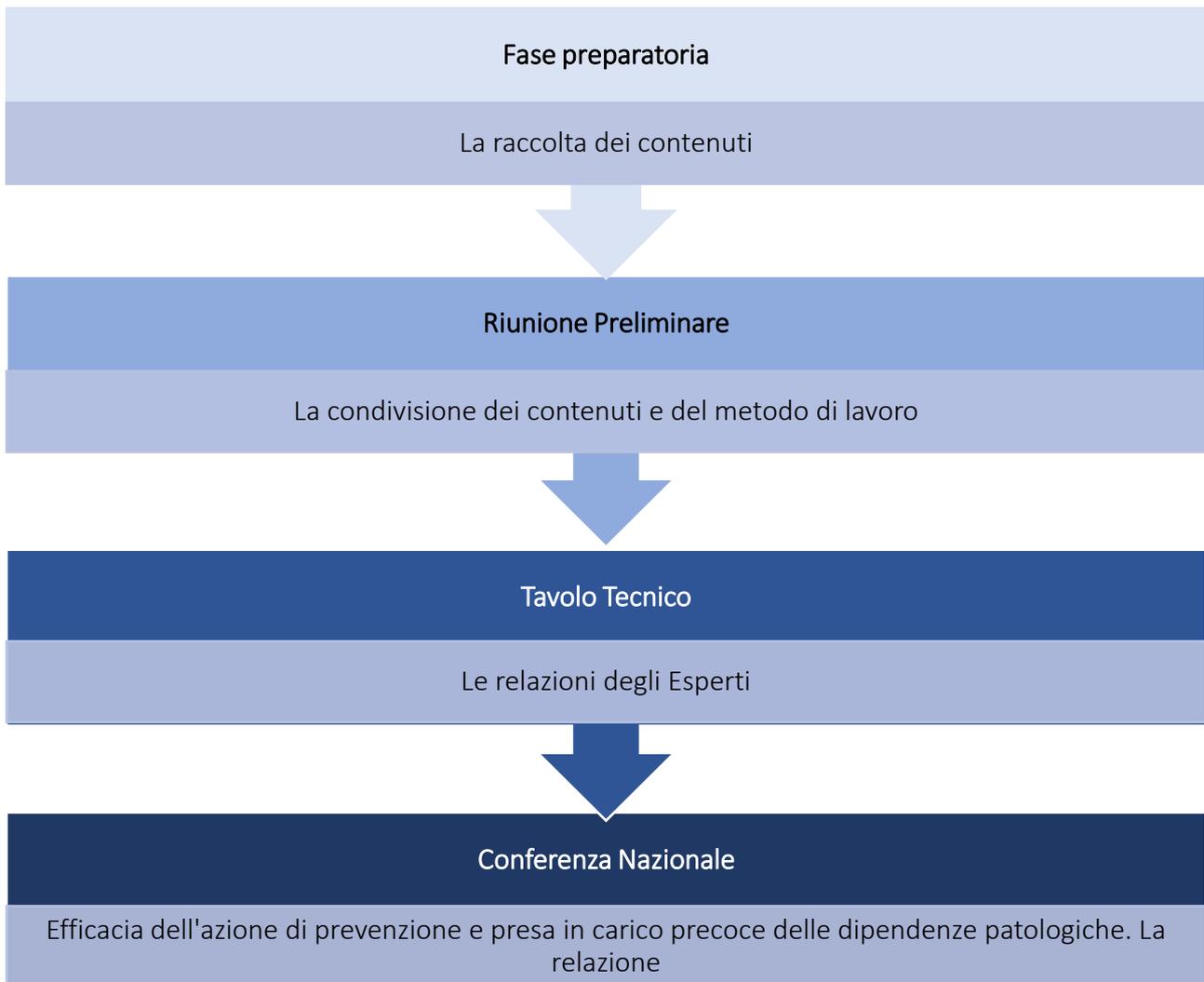
Sia la fase preparatoria sia quella operativa della conferenza adottano un approccio basato sul metodo apprezzativo (*appreciative inquiry*¹). Ciascun Esperto, in vista dell'avvio della Riunione Preparatoria ha prodotto e condiviso una breve biografia, l'indicazione delle competenze in relazione alla specifica tematica e un documento condiviso su criticità e possibili soluzioni per ciascun elemento chiave. La condivisione dei materiali avviene in modalità *online* sulla piattaforma Basecamp.

¹ https://en.wikipedia.org/wiki/Appreciative_inquiry

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tutto il percorso si avvale della presenza di esperti facilitatori che aiutano a raggiungere obiettivi condivisi per ogni fase della Conferenza dando struttura al dialogo tra i partecipanti attraverso metodi, tecniche e strumenti di facilitazione digitale (GroupMap) per agevolare la raccolta di proposte e la definizione di priorità.

3.2 Le principali fasi di sviluppo del processo



Fase Preparatoria - La raccolta dei contenuti



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

4.1 I contributi preliminari

Nelle fasi preliminari alla Riunione Preparatoria gli Esperti sono stati invitati a esprimere e condividere con gli altri partecipanti criticità e possibili soluzioni in relazione a ciascun elemento chiave trattato dal Tavolo. Questo processo ha garantito un approccio partecipativo e trasparente sulle priorità evidenziabili da tutti gli attori coinvolti e da ciascun punto di vista.

Il materiale raccolto costituisce il punto di partenza dei lavori del Tavolo, dove tutti i commenti e i differenti punti di vista divengono il valore aggiunto del processo collettivo e partecipato di individuazione delle priorità e costruzione delle proposte operative.

Ciascun contributo, messo a disposizione degli altri Esperti, è quindi confluito nel lavoro del Coordinatore che lo ha utilizzato per fare una sintesi inclusiva di tutte le posizioni emerse.

4.2 Le criticità

L'elenco delle criticità raccolte è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) Rilancio dell'attività di prevenzione e presa in carico precoce e reintroduzione di fondi dedicati

Bisogna evitare una distribuzione "a pioggia" garantendo però a tutti i servizi la possibilità di avere un minimo su cui sviluppare progetti

Attualmente i fondi finiscono in gran parte su alcuni mega-progetti che vengono annualmente riproposti, con il coinvolgimento di realtà altre (Lega tumori, istituti oncologici) che nulla c'entrano con le tossicodipendenze. Occorrerebbe una maggior chiarezza su cifre e destinatari, oltreché sulle finalità

Abbassamento età del disagio
Aumento dispersione scolastica
Aumento fattori di rischio
Assenza interventi integrati
Assenza medicina territoriale
Riferimenti e tempistica presa in carico
Assenza supporto situazioni di criticità
Assenza supervisione al collegio dei docenti
Assenza gestione educativa del tempo in particolare nel sud Italia
'Clinicalizzazione' precoce e assenza alternative educative ed esperienziali di vita

Necessaria un'attenzione specifica sul *target* adolescenziale che richiede personale, tempi, spazi dedicati, non assimilabili con la prevenzione ed il trattamento di tipologie di utenza più avanti nell'età

La prevenzione è una cosa diversa dalla presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Assenza di modelli uniformi da adottare sul territorio nazionale riguardo la presa in carico precoce e questo vale per tutti i target sensibili

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Assenza di una rete territoriale coordinata per la "early detection"

La Promozione della Salute e la Prevenzione sono concetti culturalmente acquisiti, con modelli di riferimento validamente attuati, manca invece un modello condiviso per l'intercettazione precoce

Sistema di prevenzione e presa in carico precoce da implementare

Carenza di fondi dedicati

In Italia molti interventi di prevenzione non sono supportati da prove di efficacia perché non valutati, ma neppure basati su approcci teorici e metodologici validati

Differenze di approcci tra chi ritiene fondamentale inserire le droghe nella cornice più ampia della promozione della salute e chi ritiene che gli interventi debbano essere costruiti sul rischio specifico

La presa in carico precoce è ostacolata da servizi troppo spesso organizzati per *target* "classici". Le nuove generazioni di consumatori, anche quando il consumo diventa problematico per il loro funzionamento sociale, non si identificano con la figura del tossicodipendente e non trovano canali di accesso adeguati

Assenza di coordinamento tra i servizi e le agenzie che hanno una prossimità con gli adolescenti

Difficoltà da parte del personale, sanitario e non, di riconoscere i segnali del disagio

Titolarità del trattamento

Necessità di un cambiamento culturale rispetto alla percezione del tema dipendenze a partire dal mondo sanitario

A livello pratico operativo, prevale la matrice culturale che identifica il consumo di sostanze come una malattia e che non fa un distinguo tra i differenti modelli di consumo, es. tra consumo consapevole e consumo problematico. Per molti spesso il primo è solo predittivo del secondo

Non esiste la centralità della persona come evocata dal PNP 2020-2025

Rispetto alla presa in carico precoce abbiamo una posizione molto critica anche in considerazione del fatto che abbiamo assistito a un progressivo depotenziamento degli interventi di prevenzione, intesi come attenzione al territorio, alle sue potenzialità e criticità per sviluppare opportunità per le persone che lo abitano

Riguardo la presa in carico precoce esistono misure a livello regionale (vedi *voucher* adolescenti Regione Lombardia) che hanno la finalità di agire tempestivamente in situazioni di disagio differenziate che riguardano giovani e le loro famiglie - *target* 14 -24 anni. Tali misure sono però poco flessibili e vincolate a *standard* di processo troppo rigidi per la tipologia di *target*, con prestazionalità, procedure e tempi di erogazione vincolanti (simili a quelli dei POR FSE) che di fatto li impoveriscono e li rendono poco efficaci e accessibili

Rischio di formulazione di strategie o campagne di informazione che non intercettino il reale fabbisogno dei ragazzi e delle famiglie

2) Ruolo della scuola e del sistema educativo rispetto alla prevenzione e all'identificazione dei soggetti a rischio

Incapacità della scuola di parlare di droghe e di considerarle un ambito di studio, un tema che riguarda la storia dell'uomo e, inevitabilmente, la contemporaneità

Dispersione scolastica
Espulsività del collegio dei docenti

Difficoltà a coinvolgere la famiglia
Difficoltà a gestire nella scuola attività di supporto, di individuazione delle risorse, di individuazione dei soggetti a rischio, di gestione delle attività extracurricolari, difficoltà a lavorare sul gruppo classe

Il ruolo della scuola è cruciale nella prevenzione, pertanto il suo coinvolgimento va previsto e pensato seguendo le modalità che dimostrano di essere efficaci. Vanno dismessi interventi ormai evidentemente inutili o controproducenti e vanno implementati interventi basati su evidenze di efficacia

Esistono modelli oramai validati da anni di interventi efficaci nelle scuole che purtroppo non sono attuati in modo uniforme neppure nella metà delle scuole italiane

Scarsa conoscenza e competenze del personale scolastico e delle famiglie sul tema delle dipendenze/tossicodipendenze
Assenza di strumenti necessari per azione di prevenzione e informazione sui rischi connessi all'uso/abuso di sostanze psicoattive e psicotrope
Scarso coinvolgimento delle famiglie nelle attività di prevenzione e informazione

Interventi improvvisati e *spot*, non basati su evidenze
Interventi di tipo informativo sui rischi dei consumi di droghe
Scarso coinvolgimento di figure educative (insegnanti, famiglie, ATA, animatori)
Interventi realizzati a macchia di leopardo, pertanto alcuni ragazzi nel loro ciclo formativo non incontrano l'opportunità di essere coinvolti in alcun intervento con un impatto significativo sulle disuguaglianze di salute e sociali
Molti interventi di prevenzione non hanno obiettivi chiari rispetto al tema droghe oppure presentano obiettivi contraddittori determinati dai valori di riferimento del soggetto attuatore, come ad esempio l'equiparare l'uso alla dipendenza

Difficoltà all'identificazione da parte dei docenti
Coinvolgimento familiare
Coinvolgimento dei ragazzi

La scuola ha difficoltà al riconoscimento dei problemi connessi alle dipendenze e all'individuazione delle situazioni problematiche
Difficoltà di lavoro di rete tra diverse istituzioni; poco investimento ad oggi sulle competenze interne (dirigenti, docenti e altre figure di supporto psicopedagogico già presenti)

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Ad oggi risulta assente un Piano Nazionale di Prevenzione focalizzato su giovani e giovanissimi, considerando che nel 2019 il 20% della popolazione tra 15 e 34 anni ha usato cannabis nell'ultimo anno (dati EMCDDA)

Gli interventi risultano alquanto repressivi in quanto solitamente attuati dalle forze dell'ordine, piuttosto che da esperti e professionisti dell'area socio-sanitaria, e in totale assenza di partecipazione di operatori pari, con poche aperture al dialogo e al dibattito. L'identificazione, stando ai servizi attuali, risulta più pregiudizievole che altro, andando in realtà a inquinare il rapporto che dovrebbe essere di ascolto e supporto, in congiunto con le più recenti ricerche scientifiche

Com'è noto i ragazzi che stanno bene insieme a scuola e che hanno un legame forte con la scuola e con gli insegnanti al pari di altri adulti significativi, sono meno propensi a sviluppare comportamenti ad alto rischio negli ambienti di vita, oltre che avere migliori risultati di apprendimento a scuola. Spesso il ruolo della scuola viene sottovalutato, e ancora oggi in alcune comunità locali viene vissuto e guardato prevalentemente quale luogo di controllo dei comportamenti indesiderabili o di rischio e/o di valutazione del puro rendimento scolastico

Il settore delle dipendenze è in continua evoluzione, si ritiene pertanto decisivo agire con tempestività ed efficacia delle azioni destinando risorse dedicate

3) Potenziamento e aggiornamento della funzione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC), istituiti dall'ART. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di prevenire ed identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti

Isolamento delle figure che gestiscono lo sportello nelle scuole. Quasi sempre sono giovani professionisti con poca o nessuna esperienza nell'ambito dell'uso di sostanze stupefacenti

Assenza di centri CIC

Inesistenza di fondi

Inesistenza di attività continuative e realmente incisive

Inesistenza di monitoraggio e valutazione a breve e lungo termine sugli interventi svolti

Dei CIC non si sente più parlare, sono praticamente scomparsi, causa la progressiva perdita di personale disponibile ma anche un rapporto poco chiaro con le scuole

L'esperienza insegna che oggi i giovani accedono con più facilità ai CIC. Vanno garantite riservatezza ed una buona comunicazione dell'offerta da parte dei dirigenti e degli istituti nei quali il servizio viene attivato

La comunicazione fra operatori presenti negli sportelli e personale scolastico è cruciale

I CIC risultano poco incisivi nel contesto scolastico

Attualmente i CIC sono depotenziati e spesso affidati a figure con un orientamento psicologico mentre risulta sottoutilizzato l'approccio educativo

I ragazzi e le ragazze attraversano spesso momenti di difficoltà emotiva e relazionale che può essere superata con un ascolto non giudicante e patologizzante, i CIC troppo spesso godono di una connotazione negativa e il fatto stesso di rivolgersi al CIC produce stigma

Spesso gli operatori dei CIC non hanno una formazione specifica sul tema delle sostanze e questo può compromettere l'efficacia dei loro interventi (influenzati da una visione personale del problema)

Servizi che attualmente per lo più sono temporanei e questa condizione li rende inefficaci

L'attuale realtà di presenza dei CIC nel contesto scolastico è molto diversificata e a volte lasciata solo alla libera iniziativa delle direzioni scolastiche

Oltre alla carenza di finanziamenti dedicati manca totalmente una visione strategica e di sistema di questa possibile risorsa

I CIC risentivano della matrice repressiva e punitiva della legislazione italiana proibizionista e della conseguente medicalizzazione e patologizzazione del consumo di sostanze psicoattive, non permettendo la diffusione di informazioni basate su evidenze scientifiche né tantomeno la costruzione di relazioni basate sulla fiducia e sulla confidenzialità. L'accesso concreto dei beneficiari potenziali risultava ostacolato dalle pratiche dell'istituzione. Concretamente non sono in attività da decenni

Può essere uno degli strumenti di prevenzione indicata per individui particolarmente vulnerabili individuati a scuola, ma non può essere efficace di per sé

4) Standard europei per la prevenzione e l'European Prevention Curriculum (EUPC)

I suggerimenti del EUPC non sono seguiti, molti progetti sono ancora sviluppati con vecchie convinzioni e senza evidenza scientifica

Scarsa conoscenza dell'argomento presso le strutture

EUPC va disseminato e fatto conoscere il più possibile in quanto raccoglie le evidenze di efficacia nel campo della prevenzione degli ultimi 20 anni. Vanno proposti eventi formativi specifici su EUPC da indirizzare a coloro che occupano posti di responsabilità nella presa di decisione e nell'allocazione delle risorse sulla prevenzione

Gli *standard* europei e l'EUPC sono poco conosciuti in Italia

Attualmente si tratta di una risorsa preziosissima di cui sono a conoscenza quasi solo gli addetti ai lavori dell'area dipendenze

Documento tecnico di assoluto rigore scientifico. Se non contestualizzato in un'armonia progettuale, dove base operativa e vertici decisionali riescono a mantenere una linea di coerenza in maniera reale, il manuale perde di efficacia. Considerato l'alto valore tecnico metodologico che rappresenta sembra distante anni luce da alcune progettualità improvvisate che cercano di tenere fede a un mandato di matrice fortemente proibizionista. Spesso fuori dal cambiamento dei tempi, le indicazioni su prevenzione e riduzione del danno, se non continuamente aggiornate e contestualizzate in percorsi progettuali virtuosi diventano solo buone teorie

Sono ancora poco conosciuti presso gli operatori e i decisori locali

5) Ruolo di informazione e mass media nella prevenzione in particolare su NPS. Abuso di alcol e gioco d'azzardo

La comunicazione sceglie quasi sempre il binario drammatico, non smaschera il gioco (siti di scommesse che diventano, improvvisamente, siti di informazione sportiva...). I messaggi scelti sono in genere credibili per genitori preoccupati o persone che sono già contrarie a determinati comportamenti, ma non dicono niente o sono inattendibili per chi già consuma. Generalizzano e banalizzano

Le campagne mediatiche sono di non facile realizzazione ed ancor più difficile è misurare l'impatto della loro efficacia. Dovrebbe in ogni caso essere chiaro che il target delle campagne mediatiche dovrebbero essere non direttamente i giovani, bensì gli *opinion leader*, quali i genitori, gli insegnanti, in breve gli adulti significativi a contatto con i giovani. Al di là delle campagne mediatiche, anche altri media possono essere usati nella prevenzione delle dipendenze, in particolare i *social media* quali canali elettivi per entrare in contatto con i giovani. In ogni caso il loro utilizzo va pensato e testato preventivamente su un ristretto gruppo pilota in modo da tarare l'intervento

Inadeguata regolamentazione dei mass media

Insufficiente livello di conoscenza di strategie comunicative efficaci per la prevenzione da alcol, NPS, gioco d'azzardo

Comunicazione incisiva ma numericamente carente

I mass media diffondono panico (*moral panic approach*) rispetto agli stili di vita dei giovani, spesso veicolando dati e numeri che non danno conto dell'andamento dei consumi nel tempo e tacendo sui comportamenti virtuosi, ad esempio sul crescente numero degli astemi tra i giovanissimi

Questi *bias* veicolano nel mondo adulto un'immagine dei giovani fuorviante che non aiuta il confronto generazionale

I comportamenti che possono portare alla dipendenza sono ancora oggetto di stigmatizzazione, favorendo il nascondimento e limitando l'emersione del problema e la richiesta di aiuto

Le campagne sociali fanno ancora troppo ricorso al *fear approach*, valutato inefficace in letteratura

L'attuale informazione tende ad esaltare l'uso di alcol e di gioco

La comunicazione su questi temi è ancora troppo "urlata" e centrata su singoli casi. Ciò rafforza false credenze, stereotipi e pregiudizi nella popolazione generale

L'informazione *mainstream* ha un ruolo importantissimo ma subisce le conseguenze culturali del proibizionismo ed è spesso affidata a chi non ha alcuna competenza in materia. Su NPS mancano conoscenze da parte dei giornalisti che ne scrivono con palesi carenze

L'informazione *mainstream* sulle droghe non ha credibilità tra chi usa e chi è in procinto di farlo: prevale una narrazione distorta di chi le consuma (si consideri ad esempio il *free party* di questa estate 2021), e un'informazione così non può svolgere la funzione di prevenzione

C'è proprio una distanza di linguaggi e modalità narrative che rende "fonte e ricevente" distanti. Ciò è dimostrato anche da cosiddette "allerte ministeriali"

I media possono svolgere un ruolo nell'educare e influenzare gli *opinion leader*, ma a volte hanno il limite di essere poco "targettizzati" o di venire utilizzati di per sé perché economici nel raggiungere grandi numeri. Se ne riconosce l'efficacia ma a determinate condizioni (no messaggi disgustosi o minacciosi, ma informazioni su dove cercare aiuto, cosa fare, o messaggi che si collegano a risposte emotive positive etc.)

Rischio di campagne di informazione/comunicazione non efficaci

6) Indicazioni per la presa in carico precoce nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale

I Servizi Pubblici sono, di fatto, servizi centrati sulla marginalità sociale che usa sostanze

Difficoltà continuità e presa in carico veloce dei soggetti individuati
Difficoltà alla collaborazione costante e continuativa della scuola, servizi sociali, famiglie, Privato Sociale e servizi sanitari pubblici (UNOPIA, USSM, Ser.D)

Spazi, tempi, personale dedicato alla popolazione adolescenziale che è l'oggetto dell'intervento precoce

Preferirei si parlasse di Enti accreditati o convenzionati e non Privato Sociale

I giovani consumatori rappresentano oggi un universo di consumo molto variegato che spesso non trova risposte in servizi organizzati sul modello di consumo cosiddetto classico sia per la tipologia di sostanza che per lo stile di consumo
Risulta ancora debole l'integrazione tra servizi di prevenzione/aggancio e di trattamento precoce, dovuta anche a diverse visioni del fenomeno e alla mancanza di un vocabolario condiviso

La presa in carico di una persona, specialmente di un minore deve essere totale. Allo stato attuale in alcuni Servizi Pubblici esiste una rigida distinzione negli interventi - dipendenza (Ser.D) - disagio psichico, discontrollo degli impulsi ecc. (TSMREE)

Tempi di risposta

Impossibilità da parte del Privato Sociale di prendere in carico il paziente

Stigma e pregiudizio rispetto ai servizi dedicati sommati a ignoranza sulla necessità di attenzione mirata in tutti gli altri servizi, ritardano e penalizzano l'accesso alle risorse di prevenzione indicata, diagnosi precoce e cura

Dal nostro osservatorio rileviamo che, per una buona parte dei Servizi Pubblici e del Privato Sociale, la presa in carico precoce prevede dei *setting* rigidi e strutturati orientati al trattamento che non tengono in considerazione la fase che sta vivendo la persona. Il nostro timore è che questo tipo di approccio rappresenti l'avvio di una carriera da utente e quindi di una profezia auto-avverante

Rimane problematica la doppia natura degli interventi, dove da una parte si cerca di costruire una relazione di fiducia e di cura, e dall'altra vede il sistema sanzionatorio in cui sono coinvolti anche i servizi di cura (vedi art.75 e/o pene alternative in comunità) dato da T.U. 309/90

Le prese in carico precoci sono possibili e tempestive se ricollegate agli interventi negli altri contesti di vita o *setting* specifici, sentiti come più riconoscibili e vicini dagli specifici *target* dei diversi ambienti socio-economico-culturali, con libertà di scelta tra pubblico e Privato Sociale

7) Integrazione con il piano nazionale di prevenzione 2020-2025

Curare che vi sia un coordinamento con il PNP al fine di trovare e stabilire sinergie fondamentali per la buona realizzazione delle politiche d'intervento sul tema della prevenzione delle dipendenze

Obiettivi e strategie del PNP sono in linea con le evidenze scientifiche e condivisibili, ma esistono ostacoli di natura culturale, operativa e di budget che rendono difficile la loro fattibilità

Esistono importanti divergenze teoriche e metodologiche tra gli operatori dei Dip. di prevenzione e dei Dip. delle dipendenze che contrappongono: interventi di promozione della salute vs. interventi su rischi specifici (uso di sostanze); interventi di comunità vs. interventi su *target* specifici; interventi mediati da adulti significativi vs. interventi di esperti... Il conflitto è spesso legato alla titolarità dell'intervento e gli interventi messi in campo possono risultare contraddittori

L'integrazione finora è stata frutto dell'impegno di singole realtà o programmatori

Il Piano prevede l'adozione di Programmi integrati e intersettoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le dipendenze, gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, il Terzo settore, le Associazioni di auto mutuo aiuto. Nomina l'*empowerment* individuale nei contesti di vita con attenzione ai gruppi vulnerabili, e ai *target* più difficili da raggiungere e da agganciare. Torna centrale dunque il coinvolgimento dei cittadini e della comunità locale, mettendo al centro risorse che vanno a sostenere interventi nei *setting* di comunità. Aspetto questo praticabile se per 'locale' si intende un territorio meno vasto di quelli che coincidono con i distretti sociosanitari o zonali

4.3 Le possibili soluzioni

L'elenco delle possibili soluzioni alle criticità evidenziate è mostrato di seguito per ciascun elemento chiave.

1) Rilancio dell'attività di prevenzione e presa in carico precoce e reintroduzione di fondi dedicati

Garantire ad ogni Azienda Sanitaria una quota di fondo per sviluppare progetti in sinergia con il Privato accreditato
Destinare una parte del fondo generale a progetti più importanti che vedano coinvolti più ambiti territoriali
Evitare che la Regione decida dai suoi uffici la destinazione dei fondi senza consultare le Direzioni delle UO e i referenti del Privato accreditato

Interventi mirati in fasce più giovani
Interventi sul contesto sociale
Interventi sul contesto socio-economico
Interventi sulla gestione del tempo extrascolastico
Interventi di supporto e individuazione/valorizzazione risorse
Gestione degli aspetti espulsivi del collegio dei docenti
Aumento del personale nella sanità territoriale in particolare la neuropsichiatria
Interventi rivolti al recupero educativo ed esperienziale
Supporto alle associazioni territoriali per aumentare le attività extrascolastica e del fine settimana
Coinvolgimento della famiglia e della scuola, assenza monitoraggio a breve e lungo tempo

Spazi, tempi personale dedicati al *target* adolescenziale in grado di sviluppare interventi preventivi e prese in carico più vicine alle sensibilità ed esigenze di un'utenza giovane che difficilmente si fa coinvolgere in servizi strutturati per adulti tossicodipendenti già in carico

Tenere distinti i tavoli di studio della prevenzione e della presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Focalizzare le risorse culturali, esperienziali *evidence-based*, nonché risorse umane per favorire sia modelli sostenibili che reti territoriali in grado di realizzare una intercettazione e presa in carico precoce (trasversalità ed intersettorialità)
Formazione operatori coinvolti a vario livello
Comunicazione efficace ed inclusiva

Si evidenzia la necessità di implementare una rete integrata per migliorare l'attività di prevenzione e presa in carico precoce
Si ritiene fondamentale reintrodurre fondi dedicati.

Far riferimento al registro europeo Exchange (EMCDDA) per l'individuazione di programmi valutati e che non hanno avuto effetti iatrogeni
Investimenti per la valutazione di interventi di prevenzione progettati e implementati in Italia
Prevedere investimenti per servizi innovativi per la presa in carico precoce che siano: flessibili, con operatori capaci di adattarsi ai bisogni dei consumatori, collocati in luoghi neutri, utilizzino canali di aggancio via *web*

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Implementare e valutare strumenti di intervento breve e di *counseling* rivolti a un *target* giovane
Potenziare i servizi di riduzione del danno, in particolare quelli più innovativi quali *drug checking* e *netreach*

Istituire tavoli di lavoro interdipartimentali – Ser.D, TSMREE, Privato Sociale
Formazione ed informazione specifica volta all'identificazione e segnalazione tempestiva di soggetti a rischio
Definizione dei servizi e delle risorse

Grande investimento per modificare la percezione del problema, così come operato nel corso degli anni ad es. dall'ambito oncologico, con attivazione, responsabilizzazione diretta e coinvolgimento operativo del maggior numero possibile di *stakeholder* del territorio (intersettorialità) all'interno di una cornice programmatica condivisa di sistema (ad es. Piano Regionale Prevenzione)

È necessario investire sui territori e sulle loro potenzialità. Avere attenzione ai territori significa pensare a servizi di prossimità, di vicinanza, non giudicanti, con il coinvolgimento dei "pari", capaci di essere punto di riferimento nei vari contesti (divertimento, lavoro, scuola, tempo libero)

La presa in carico precoce deve essere realizzata attraverso un approccio di comunità che sappia valorizzare le risorse formali e informali in essa presenti

La prevenzione si deve realizzare attraverso una corretta informazione, basata sulle evidenze, non terroristica e stigmatizzante

Importante reintrodurre fondi dedicati alle dipendenze e alle sue evoluzioni con particolare attenzione all'innovazione

Semplificarne gli aspetti procedurali e facilitare l'accesso ai servizi di aggancio precoce, raccordandoli con interventi nei contesti di vita (nelle scuole, nei luoghi di aggregazione e del divertimento, negli ambienti di lavoro) senz'altro aumenterebbe l'efficacia di questi servizi, che hanno il pregio di prevedere un approccio multidisciplinare e che vogliono costituire un'alternativa preventiva ai percorsi di trattamento terapeutico della Neuropsichiatria infantile e dei CPS
Sarebbe importante perciò reintrodurre fondi dedicati

Predisporre strategie di intervento avviando preventive forme di consultazione delle nuove generazioni oltre che dei principali *stakeholder*

La Direzione Studente ad esempio all'occorrenza può coinvolgere associazioni rappresentative degli studenti e dei genitori per sottoporre o stimolare idee/soluzioni

2) Ruolo della scuola e del sistema educativo rispetto alla prevenzione e all'identificazione dei soggetti a rischio

Non parlare di droghe elencando effetti e rischi, ma parlare dell'utilizzo di sostanze dal punto di vista storico (Il Guerra mondiale e amfetamine, per esempio), letterario, artistico (arte e letteratura francese dell'800 influenzate da assenzio e cannabis), religioso (le tre religioni monoteiste e il loro rapporto con l'alcol) scientifico (cervello e sostanze), matematico (azzardo e calcolo delle probabilità), sportivo (*doping*), ecc.... Introdurre, cioè, il tema delle sostanze all'interno delle varie discipline scolastiche, creando un sito multimediale a disposizione dei docenti che volessero trattare un determinato argomento

Personalizzazione vera del percorso scolastico
Aumento di attività e strumenti per il lavoro sulla relazione del gruppo
Aumentare strumenti per la collaborazione scuola genitori
Aumentare strumenti per l'individuazione precoce
Aprire la scuola ad altri soggetti
Supervisionare il collegio dei docenti

Diffusione delle buone pratiche
Formazione per gli operatori ed i decisori (fra cui dirigenti scolastici ed insegnanti referenti alla salute) su ciò che dimostra funzionare negli interventi scolastici
Gli interventi devono prevedere un lavoro sul curriculum scolastico, ma anche sulle politiche scolastiche e sul clima scolastico

Attuare concretamente quanto concordato nel documento di intesa MIUR/Ministero della Salute "Scuole che promuovono salute"

Dare gli strumenti e i fondi al Terzo Settore per affiancare il mondo scolastico nelle azioni di prevenzione e di informazione sul tema
Rinsaldare la relazione di fiducia tra famiglia e scuola per creare una vera e propria rete di collaborazione e protezione a scopo preventivo
Fornire agli insegnanti e ai genitori una formazione adeguata per aiutarli a riconoscere i "segnali" di un possibile uso o policonsumo di sostanze stupefacenti e per prevenire il disagio giovanile e le cause di devianza
Promuovere la costruzione di una rete territoriale a supporto ai genitori

Individuare programmi specifici per ciclo di via: Interventi di promozione della salute basati sulle *lifeskills* – per primarie e secondarie di I°
Interventi basati su *empowerment*, competenze personali e influenza sociale attivati con metodologie partecipate per secondarie di II°
Collaborazione interistituzionale (scuola e sanità) con formazione basata su EU *Quality Standard* e EUPC CV
Includere gli interventi di promozione della salute nel POF
In accordo con il PNP "promuovere l'adozione di una strategia che, distinguendo tra uso, abuso e dipendenza, permetta una crescita culturale rispetto a questi fenomeni, introduca modelli di contrasto e di riduzione del danno..."

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Formazione e informazione per i docenti, i familiari ed i ragazzi
Organizzazione di gruppi classe di ascolto attivo, partecipazione nei processi educativi

Risulta necessario un lavoro di sensibilizzazione e promozione nel contesto scolastico con diffusione mirata di informazioni relative ai servizi di diagnosi e trattamento precoce
Individuare protocolli di collaborazione tra enti diversi, nella più ampia cornice delle "policy integrate" di cui all'accordo Stato Regioni del gennaio 2019, e in armonia con il modello della "scuola che promuove salute" (Programma predefinito del PNP 2020-2025)

Risulta necessario inserire nei programmi didattici un piano educativo che fornisca strumenti e conoscenze utili per un consumo consapevole e controllato, con partecipazione attiva di operatori pari che possano condividere le proprie esperienze e competenze, anche nelle pratiche di riduzione del danno e limitazione dei rischi
È importante creare spazi sicuri di fiducia e dialogo piuttosto che punitivi e identificativi di soggetti a rischio
Il sistema educativo informale necessita di fondi per la strutturazione di progetti dedicati all'educazione e alla formazione, al fine di stimolare consapevolezza e solidarietà tra la giovane popolazione dei consumatori, con specifiche figure socio-sanitarie

Rafforzare la relazione positiva con la scuola, quale luogo di apprendimento delle abilità di *coping* e di sperimentazione/valorizzazione delle *lifeskill*, anche mediante l'apertura della scuola al territorio, reiterando gli interventi di prevenzione per più cicli, con contenuti specifici e diversificati in base all'età, è una delle strategie preventive importanti da perseguire, anche per sostenere i soggetti a rischio nei loro percorsi di crescita, in maniera non stigmatizzante

Favorire forme di co-progettazione tra istituzioni scolastiche e altri partner istituzionali e non (es. Terzo Settore)

3) Potenziamento e aggiornamento della funzione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC), istituiti dall'ART. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di prevenire ed identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti

Per i CIC, proporre professionisti che provengano dai servizi o che si muovano in rete con questi
Individuare nuove strategie per supportare nel lungo periodo il bambino a rischio e la famiglia a rischio
Ridefinire il senso dei CIC e i rapporti con i Dirigenti scolastici e i professori

Istituzione dei CIC con il coinvolgimento di tutti gli *stakeholder* attivi nella scuola e successivamente pubblicizzazione dell'iniziativa con l'aiuto di studenti opportunamente formati (*peer educator*)

Potenziare e aggiornare, appunto, la funzione dei CIC favorendo una maggiore interazione con l'ambiente scolastico da un lato e con le potenziali risorse del territorio dall'altro

Aumentare la presenza di operatori con profilo educativo nei CIC
Fornire una formazione specifica sull'uso di sostanze psicoattive tra i giovani
Rendere l'accesso al CIC agevole (luogo e orari) e anonimo
Dare agli operatori dei CIC la possibilità di fare interventi di promozione al benessere in tutte le classi per farsi conoscere e favorire l'emersione della richiesta di aiuto e ridurre lo stigma spesso attribuito ai CIC

Servizi stabili

Recupero del senso di questo tipo di servizio così come a suo tempo declinato dal DPR 309/90 (Attivazione in collaborazione con Servizi del territorio di risorse interne alla scuola e del protagonismo degli studenti stessi specie nelle secondarie di II°)
Identificazione, all'interno della cornice programmatica del PNP e metodologica del modello della Scuola che promuove salute, di prassi per l'implementazione dei CIC in tutti i contesti scolastici in collaborazione tra servizi di prevenzione e trattamento e con la rete socio educativa territoriale
Finalizzazione di specifici finanziamenti ordinari dedicati alla prevenzione e identificazione precoce di comportamenti problematici

I CIC potrebbero diventare punti di riferimento del sistema educativo informale se la composizione professionale rispettasse la reale area di interesse del consumo di sostanze psicoattive, cioè quella socio-sanitaria
L'autodeterminazione e la *privacy* dei beneficiari potrà essere rispettata se alle figure di psicologi e educatori professionali verranno affiancate, in egual numero e in collaborazione, quelle degli operatori pari
La costruzione degli spazi sia insieme agli operatori pari che agli effettivi beneficiari finali del servizio deve rispondere alle linee guida del PNP 2020-2025 sul coinvolgimento delle persone e delle comunità, in assenza dei Ser.D, servizi aventi altri obiettivi

I CIC possono essere efficaci se nella scuola vengono adottati altri programmi di prevenzione universale e selettiva, che coinvolgano i gruppi classe nelle ore curricolari ed extracurricolari. Questo ci insegna la scienza della prevenzione *evidence-based*

4) Standard europei per la prevenzione e l'European Prevention Curriculum (EUPC)

Individuare dei requisiti obbligatori che i progetti di prevenzione devono avere, compreso il monitoraggio e gli strumenti

Gli *standard* europei sono da divulgare, conoscere e poi applicare per quanto possibile

Applicare quanto contenuto nel Piano Nazionale della Prevenzione e nei relativi piani regionali della prevenzione dove EUPC è individuato come strumento di formazione elettivo per gli operatori della prevenzione delle dipendenze

Tradurre in lingua italiana entrambi i manuali

Organizzare formazione specifica e congiunta rivolta agli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze e dei Dipartimenti di prevenzione

Incrementare la formazione degli operatori anche attraverso la diffusione del EUPC prevedendone la traduzione in italiano

Promozione e programmazione a livello nazionale e regionale di piani ed eventi formativi e di aggiornamento mirati che prevedano anche il coinvolgimento degli atenei per quanto riguarda la formazione del maggior numero dei futuri *stakeholder* (mondo educativo, sociale, culturale, imprenditoriale etc., oltre naturalmente a tutte le professioni sociosanitarie)

L'aggiornamento delle professionalità coinvolte nelle azioni di prevenzione in ambito di sostanze legali e illegali deve essere costante e dotarsi di strumenti in grado di offrire almeno presupposti perché operatori, progettisti, decisori politici possano confrontarsi, avendo il pragmatismo come riferimento principale

Accreditamento di servizi RdR e RdD potrebbe essere un'occasione per mantenere alto il livello professionale di alcuni servizi rivolti alle persone che usano sostanze, fermo restando il rischio di una mera sanitarizzazione degli stessi, con buona pace di manuali europei di ampio respiro

Necessaria affermazione dei servizi di prossimità come parte fondamentale di sanità pubblica

Andrebbero previsti programmi di formazione e aggiornamento specifici

5) Ruolo di informazione e mass media nella prevenzione in particolare su NPS. Abuso di alcol e gioco d'azzardo

Evitare di parlare di droga per cominciare a parlare di "droghe", al plurale

Diversificare le varie sostanze

Informare vuol dire raccontare le cose chiaramente, diffondere cultura, non considerare gli interlocutori come vasi da riempire. Distinguere sempre l'uso dall'abuso e dalla dipendenza

Pensare a come essere "intriganti" per un pubblico di consumatori

Collaborazione tra esperti e realizzatori della campagna mediatica e test pilota prima della loro realizzazione. Questo nel caso delle campagne mediatiche

Nell'uso dei social media adottare la *peer education* come strategia di intervento elettiva per coinvolgere i giovani nella realizzazione del messaggio

Potenziare Ricerca e formazione nel campo della Comunicazione finalizzata alla prevenzione da alcol, NPS, gioco d'azzardo

Incrementare l'informazione a tutela e prevenzione delle problematiche giovanili

Formazione dei giornalisti

Veicolare un'immagine dei servizi per le dipendenze non stigmatizzante

In particolare, in tema di gioco d'azzardo favorire attraverso i mass media la conoscenza dei servizi

Progettare campagne sociali integrate in programmi di promozione della salute più ampi, evitando messaggi *spot* con contenuti che rispondono più a messaggi ideologici a scopo politico che a contenuti scientifici

Partecipazione attiva dei ragazzi per la preparazione di campagne di prevenzione

Promozione e attivazione di una strategia mirata di comunicazione attuata anche tramite la costituzione di Laboratori nazionali e regionali che vedano la collaborazione nella costruzione di messaggi condivisi e mirati ai diversi *target* di: giornalisti e addetti alla comunicazione, operatori dei servizi, associazionismo e realtà attive a livello territoriale, organizzazioni di rappresentanza, etc. Istituzione di corsi di formazione e azioni di *marketing* sociale come già accade in altri settori del sociale (es. Pubblicità progresso, area della disabilità)

L'informazione e i mass media devono acquisire credibilità e per farlo dovrebbero svincolarsi da una certa narrazione di matrice proibizionista, accettare pragmaticamente la realtà del consumo consapevole, in grado di fornire informazioni reali. Esiste una realtà di reti comunicative tra pari che si affianca alla RdD ed RdR ed è in grado, grazie naturalmente ai pari, di veicolare informazioni reali che svolgono una concreta funzione di prevenzione rischi: prendere spunto da queste reti ove possibile, appoggiarsi e fare leva sull'educazione tra pari, sulle risorse e competenze degli *users* censurate dal proibizionismo

Formazione giornalisti

Educare a linguaggi non stigmatizzanti.

Vanno costruiti sull'analisi degli studi sulla persuasione basati sull'evidenza, per massimizzarne l'efficacia andrebbero utilizzati in forma integrata con altri interventi di prevenzione a livello di famiglia, scuola e società

Interventi multilivello e multicomponente sono in genere più efficaci

Valutare possibili canali di informazione di immediata e veloce consultazione

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

6) Indicazioni per la presa in carico precoce nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale

Differenziare i servizi, creare un polo per la prevenzione e la cura delle dipendenze, creare le condizioni (anche a livello di personale) per cui gli operatori sentano il mandato forte di occuparsi di tutte le dipendenze (un tabagismo vale quanto un eroinomane)

Costruire tavoli di co-progettazione
Costruire relazioni tra i diversi attori del sistema
Dare continuità agli interventi nel tempo
Dare risorse

Parlare di Enti Accreditati e/o convenzionati

Equipe dedicate al target giovane e/o servizi in spazi esterni al Ser.D (luoghi non sanitari)
Implementare e valutare l'efficacia di interventi di *counseling* breve e/o di *brief intervention* e interventi multidisciplinari
Incrementare le esperienze di intervento *online* (anche attraverso interventi di riduzione del danno con il *netreach*)
Ampliare la rete delle collaborazioni esterne ai servizi delle dipendenze (es. medicina d'urgenza...)
Collaborazione con i servizi/progetti di riduzione del danno (*outreach* nei contesti del divertimento)
Formazione congiunta tra operatori delle dipendenze e della prevenzione pubblici e del Privato Sociale

È necessario superare le settorializzazioni e le frammentazioni che riducono l'efficacia e restituiscono ai pazienti e familiari discontinuità e caos piuttosto che supporto e contenimento
È necessario pensare ad un'ottica di lavoro interdipendente tra il Servizio Pubblico e il Privato Sociale

Condivisione e avvio di specifici piani strategici per il superamento di stigma e pregiudizio rispetto ai servizi per le dipendenze
Potenziamento della rete d'offerta
Ingaggio di tutto il sistema sociosanitario e sociale per un approccio attento e sensibile a tutti i segnali di disagio, capace di attivarsi in modo mirato e specifico ai bisogni degli individui, delle famiglie e più in generale delle agenzie del territorio

Pensiamo che sia arrivato il tempo di modificare la legge 309/90 per superare la dicotomia tra cura e sanzioni. Infatti il sistema punitivo in alcuni casi allontana le persone dai servizi, perché non si fidano e hanno paura per il proprio anonimato; in altri li avvicina, ma in maniera "coatta" (vedi invio delle prefetture e della magistratura), pregiudicando così fortemente la relazione di cura

I servizi del Pubblico e del Privato Sociale dovrebbero concorrere alla costruzione di un sistema territoriale di protezione capace di intervenire per intensità di cura (dalla strada al servizio specialistico) e in grado di accompagnare le persone verso l'autonomia

Verrebbero altresì potenziati dall'integrazione pubblico-privato e dalla complementarità degli approcci a partire dalle differenze dei sistemi di riferimento
Si potrebbe pensare ad una equiparazione delle risorse che in questo momento, almeno in Lombardia, sebbene identiche hanno costi diversi

7) Integrazione con il piano nazionale di prevenzione 2020-2025

Utile sarebbe una commissione congiunta DPA e Ministero della Salute sui temi della prevenzione delle dipendenze patologiche

Organizzare momenti di confronto tra operatori in cui possano essere individuati gli ostacoli alla realizzazione degli obiettivi del PNP per individuare soluzioni condivise e fattibili in contesti sociali e organizzativi specifici
In accordo con il PNP (PP4): Diffondere modelli di intervento intersettoriali ed interdisciplinari, centrati su metodologie *evidence based (lifeskill e peer education)* e "azioni raccomandate e sostenibili", con approccio *life course* differenziato per genere e *setting*.

Le soluzioni sembrano essere state previste nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, Cap. 5.2 Dipendenze e problemi correlati

Messa a sistema di quanto previsto dal PNP 2020/2025 a partire dall'effettiva operatività, condivisione e ricaduta degli esiti del gruppo di lavoro Ministero Salute - Regioni - DPA recentemente istituito (è importante la ricerca di nessi non solo con il programma predefinito dipendenze...)

È importante incentivare un sistema operativo di prevenzione basato su 'coalizioni locali' che utilizzano un approccio di salute pubblica, per aiutare le parti interessate della comunità e i decisori/amministratori locali ad analizzare e comprendere gli specifici fattori di rischio e di protezione di un dato contesto socio-culturale e ambientale, e a scegliere le priorità di azione sulla base delle sfide e dei punti di forza della comunità, lungo programmi pluriennali appropriatamente monitorati, valutati e implementati.

Gli interventi multicomponente che comprendono i *setting* di comunità e la progettazione partecipata, hanno dimostrato di fare la differenza

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Riunione Preliminare - La condivisione dei contenuti e del metodo di lavoro



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

5.1 Il contesto dei lavori

La prevenzione, soprattutto in ambito dipendenze, risulta ad oggi basata su un paradigma ancora troppo fragile, è infatti ancora orientata principalmente verso quei soggetti che già utilizzano sostanze, mentre dovrebbe essere centrata e indirizzata su coloro che ancora non hanno sviluppato dipendenza e sui possibili fattori di rischio.

Quello che si chiede alla prevenzione è di fondarsi su dati oggettivi ed evidenze scientifiche per intercettare il *target* di interesse. I dati ESPAD indicano ad esempio come circa il 50% di giovani delle scuole superiori abbia utilizzato cannabis, ma di questi solo una minoranza diventerà dipendente, e il desiderata è riuscire a intercettare tali minoranze e avviare la presa in carico precocemente.

Sarebbe auspicabile inoltre declinare la prevenzione in base alle tre tipologie individuate dall'EMCDDA: universale (prevenire l'utilizzo, il *target* sono tutti), selettiva (prevenire la sperimentazione, il *target* sono i soggetti a rischio che non hanno ancora sperimentato), e indicata (prevenire l'uso problematico, il *target* sono i soggetti che hanno già sperimentato).

Dalla sintesi dei contributi relativi alle criticità individuate per ciascun argomento chiave del Tavolo è stato possibile delineare tre macro-temi trasversali: il mondo della scuola, interventi di comunità e le strategie di politica nazionale.

1) Il mondo della Scuola (e dell'Università)

Questo macro-tema comprende a sua volta due grandi ambiti: prevenzione e presa in carico precoce.

Le principali criticità emerse in ambito prevenzione raccolgono:

- difficoltà di inserire la tematica della dipendenza nel curriculum scolastico
- difficoltà di comunicazione fra docenti, genitori e studenti
- difficoltà del lavoro di rete fra istituzioni
- difficoltà di proporre interventi formativi, di provata efficacia, senza riferimento esclusivo alle forze dell'ordine
- scarsa attenzione al clima scolastico

Le principali criticità emerse in ambito presa in carico precoce raccolgono:

- ambiguità fra prevenzione selettiva e indicata
- assenza di protocolli *standard* di presa in carico
- rischio di clinicizzazione dello stigma
- mancanza di criteri per l'individuazione dei soggetti da prendere in carico
- ruolo dei CIC, assenza di una formazione omogenea, incertezza su ruolo e funzioni

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

2) Interventi di comunità

In questo macro-tema i due assi principali sono mass media/comunicazione e presa in carico in ambito pubblico e privato. La consapevolezza del ruolo essenziale della comunicazione si associa all'inadeguatezza della regolamentazione dei mass media e su questo tema insistono punti di vista differenti.

Le principali criticità emerse in ambito comunicazione/mass media raccolgono:

- campagne che rischiano di veicolare messaggi favorevoli l'uso di droghe
- campagne basate su *moral panic/fear approach*
- mancanza di confronto con esperienze straniere
- mancanza di valutazione dell'impatto

Le principali criticità emerse in ambito presa in carico nel pubblico e nel privato raccolgono:

- difficoltà di collaborazione costante fra gli attori coinvolti
- mancanza di un ruolo definito del Privato sociale nella presa in carico.

3) Strategie Nazionali:

Per questo macro-tema i due temi principali riguardano:

- il rapporto fra PNP e PAD, dove sussiste un problema di titolarità degli interventi
- non comprensione di ruoli e utilità degli *standard* europei e dell'*European prevention curriculum*
- mancanza di comunicazione fra le varie strutture.

Occorre inoltre non tralasciare altre dipendenze quali quelle da tabacco e gioco d'azzardo.

5.2 Le criticità rilevate

Il *brainstorming* ha permesso di identificare alcune criticità ritenute prioritarie sul tema "Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche". Il risultato del primo giro di *brainstorming* è rappresentato nella Tabella 1.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tabella 1. Lista delle criticità emerse
Assenza di coordinamento tra i servizi e le agenzie che hanno una prossimità con gli adolescenti
Chi si occupa di cura deve fare la cura, chi si occupa di prevenzione faccia la prevenzione, no ai tuttologi
Conseguenze dello stigma della illegalità sulla carriera di consumo
Coordinamento collaborazione tra servizi istituzionali e Terzo Settore
Difficoltà nella collaborazione e creazione della rete dei servizi
Diseguaglianze nell'accesso agli interventi prevenzione efficaci
Distinzione fra prevenzione e informazione
Distinzione fra prevenzione e approccio precoce
I Servizi Pubblici sono poco "attraenti" per i giovani consumatori. Ora costruiti come approccio alla marginalità
Individuazione di fasce d'età più indicate
Interventi di prevenzione basati su prove di NON EFFICACIA (es. esperto a scuola, forze dell'ordine a scuola, campagne <i>fear approach</i>)
Interventi nei <i>setting</i> di comunità: aree di innesco troppo vaste
La eccessiva burocratizzazione degli interventi di prevenzione unito ad un basso coinvolgimento delle famiglie
Mancanza di fondi continuativi
Mancanza di linee guida nazionali sulla prevenzione
Mancanza di protocolli nella presa in carico precoce
Mancanza di servizi dedicati per gli adolescenti
Necessità cambiamento culturale rispetto percezione problema
Nuove sostanze e modalità di consumo: il mercato è più veloce dell'intervento
Patologizzare ogni consumo nella foga della prevenzione
Poca chiarezza nel ruolo dei CIC e nella loro organizzazione
Poca conoscenza fra gli esperti delle evidenze di efficacia più aggiornate
Scarsa conoscenza dei <i>social</i> da parte degli operatori

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Alcune criticità sono state successivamente accorpate per similitudine, come mostrato nella Tabella 2.

Tabella 2. Raggruppamento di alcune delle criticità emerse	
Titolo del raggruppamento	Criticità nel raggruppamento
Difficoltà nella collaborazione intersettoriale e nella creazione di reti	Coordinamento collaborazione tra servizi istituzionali e Terzo Settore
	Assenza di coordinamento tra i servizi e le agenzie che hanno una prossimità con gli adolescenti
	Difficoltà nella collaborazione e creazione della rete dei servizi
	Interventi nei <i>setting</i> di comunità: aree di innesco troppo vaste
Difficoltà nella condivisione della definizione di prevenzione	Distinzione fra prevenzione e informazione
	Distinzione fra prevenzione e approccio precoce

È stato valutato il grado di concordanza/discordanza su ciascuna delle criticità identificando il gradiente di polarizzazione che va dalle criticità sulle quali c'è maggiore accordo verso quelle su cui l'accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 3. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Difficoltà nella condivisione della definizione di prevenzione	2.7
Difficoltà nella collaborazione intersettoriale e nella creazione di reti (gruppo di criticità)	2.5
Poca conoscenza fra gli esperti delle evidenze di efficacia più aggiornate	2.4
I Servizi Pubblici sono poco "attraenti" per i giovani consumatori. Ora costruiti come approccio alla marginalità	2.4
Mancanza di servizi dedicati per gli adolescenti	2.4
Mancanza di protocolli nella presa in carico precoce	2.3
Mancanza di linee guida nazionali sulla prevenzione	2.3
Interventi di prevenzione basati su prove di NON EFFICACIA (es. esperto a scuola, forze dell'ordine a scuola, campagne <i>fear approach</i>)	2.3

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tabella 3. Gradiente di accordo/disaccordo sulle criticità emerse	
Mancanza di fondi continuativi	2.2
Poca chiarezza nel ruolo dei CIC e nella loro organizzazione	2.1
Nuove sostanze e modalità di consumo: il mercato è più veloce dell'intervento	2.1
Diseguaglianze nell'accesso agli interventi prevenzione efficaci	2.1
Patologizzare ogni consumo nella foga della prevenzione	1.9
Scarsa conoscenza dei <i>social</i> da parte degli operatori	1.7
Conseguenze dello stigma della illegalità sulla carriera di consumo	1.7
Necessità cambiamento culturale rispetto percezione problema	1.7
Chi si occupa di cura deve fare la cura, chi si occupa di prevenzione faccia la prevenzione, no ai tuttologi	1.6
La eccessiva burocratizzazione degli interventi di prevenzione unito ad un basso coinvolgimento delle famiglie	1.6

5.3 La lettura delle criticità

La lettura dei risultati mette in evidenza diversi spunti sulle oggettive difficoltà di collaborazione tra gli attori della rete dei servizi. Queste difficoltà si articolano nella mancanza di condivisione di una definizione universalmente riconosciuta del concetto di Prevenzione, nella difficoltà di collaborazione intersettoriale (servizi istituzionali, Terzo Settore, agenzie che hanno una prossimità con gli adolescenti, chi si occupa degli interventi nei *setting* di comunità) sulla base di aree di innesco troppo vaste e, infine, nella mancanza di chiarezza nella distinzione fra prevenzione e approccio precoce. Il concetto di "prevenzione precoce" risulta di fatto una zona grigia tra la prevenzione e la presa in carico che andrebbe meglio definita.

La discussione evidenzia inoltre la necessità di pensare e agire un cambiamento culturale che consenta di approcciarsi al problema più precocemente.

Un'altra problematica emersa è relativa all'aspetto penale, sanzionatorio riguardo al consumo, che va pensato in ottica preventiva.

Una ulteriore criticità portata all'attenzione riguarda il ruolo dei CIC, che andrebbero rivalutati e reconsiderati come centri di informazione e consulenza. Serve infatti una specifica attenzione sul *target* adolescenziale che richiede personale, tempi e spazi dedicati, non assimilabili con la prevenzione e il trattamento di altre tipologie di utenza. I Servizi Pubblici sono poco attraenti per i giovani consumatori.

Il mondo dell'uso di sostanze è infatti notevolmente cambiato: esiste una realtà di individui che consumano sostanze ma hanno difficoltà nell'approccio ai servizi che sono attualmente costruiti sull'approccio alla marginalità e non tengono conto della prevenzione.

Si evidenzia infine una mancanza di protocolli rispetto alla presa in carico precoce, nonché una scarsa conoscenza e confidenza degli operatori relativamente al mondo dei social.

5.4 Gli approcci alle possibili soluzioni

Il secondo giro di *brainstorming* guidato, focalizzato sulla ricerca collaborativa e partecipata degli approcci alle possibili soluzioni alle criticità precedentemente individuate, è esitato nelle proposte riportate nella Tabella 4.

Tabella 4. Lista degli approcci alle possibili soluzioni relative alle criticità emerse
Adottare definizioni condivise
Avviare azioni che modifichino la percezione del problema (campagne pubblicitarie, <i>testimonial</i> ecc.) che diffondano un'idea più positiva e ottimista rispetto alla possibilità di chiedere aiuto e risolvere il problema
Chi fa prevenzione dovrebbe riconoscere il fallimento del proibizionismo e della "war on drugs", dividere il problema di consumo dal problema che consumare è proibito
Co-progettare gli interventi di prevenzione per rafforzare le reti
Coinvolgere le famiglie nelle attività di prevenzione
Creare coalizioni nelle comunità locali anche con cittadini, associazioni, enti locali
Creazione di referenti sul territorio, anche a livello scolastico, per coordinamento della collaborazione istituzionale. Occorre destinare risorse specifiche
Definizione di linee guida nazionali di prevenzione per non avere interventi "opposti"
Definizione di linee guida nazionali sulla presa in carico precoce
Essere presenti sul territorio come promotori di cultura rispetto al mondo delle sostanze
Formazione sugli interventi formativi delle pratiche <i>evidence-based</i>
Incidenza dello stigma dell'illegalità nell'approccio preventivo
Istituzione di tavoli interdipartimentali
Meno burocratizzazione nella gestione progetti
Rendere disponibili le evidenze di efficacia attraverso formazione specifica
Revisione dei CIC per estenderli a tutte le scuole e apertura di centri ascolto anche fuori contesto scolastico rivolti ad adolescenti non focalizzati sulle sostanze ma sull'ascolto (con figure educative in collaborazione con gure sanitarie come ostetriche, psicologi...)
Sviluppare coalizioni locali che abbiano dimensioni di "sostenibilità geografica"
Un centro nazionale per identificare e rendere disponibili interventi di prevenzione efficaci
Risorse dedicate per le istituzioni scolastiche
Individuazione di fasce d'età più indicate

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Il personale grado di concordanza/discordanza dei partecipanti su ciascuno degli approcci individuati rispecchia il gradiente di polarizzazione mostrato in Tabella 5, che va dagli approcci sui quali c'è maggiore accordo verso quelli su cui l'accordo è minore (0 mancanza di accordo, 3 totale accordo).

Tabella 5. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Definizione di linee guida nazionali sulla presa in carico precoce	2.7
Creare coalizioni nelle comunità locali anche con cittadini, associazioni, enti locali	2.7
Adottare definizioni condivise	2.4
Rendere disponibili le evidenze di efficacia attraverso formazione specifica	2.4
Definizione di linee guida nazionali di prevenzione per non avere interventi "opposti"	2.4
Formazione sugli interventi formativi delle pratiche <i>evidence-based</i>	2.4
Sviluppare coalizioni locali che abbiano dimensioni di "sostenibilità geografica"	2.3
Avviare azioni che modifichino la percezione del problema (campagne pubblicitarie, <i>testimonial</i> ecc.) che diffondano un'idea più positiva e ottimista rispetto alla possibilità di chiedere aiuto e risolvere il problema	2.3
Essere presenti sul territorio come promotori di cultura rispetto al mondo delle sostanze	2.3
Co-progettare gli interventi di prevenzione per rafforzare le reti	2.2
Revisione dei CIC per estenderli a tutte le scuole e apertura di centri ascolto anche fuori contesto scolastico rivolti ad adolescenti non focalizzati sulle sostanze ma sull'ascolto (con figure educative in collaborazione con gure sanitarie come ostetriche, psicologi...)	2.1
Coinvolgere le famiglie nelle attività di prevenzione	2.1
Istituzione di tavoli interdipartimentali	2.1
Un centro nazionale per identificare e rendere disponibili interventi di prevenzione efficaci	2.1
Creazione di referenti sul territorio, anche a livello scolastico, per coordinamento della collaborazione istituzionale. Occorre destinare risorse specifiche	2.3
Individuazione di fasce d'età più indicate	1.9
Risorse dedicate per le istituzioni scolastiche	1.9

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tabella 5. Gradiente di accordo/disaccordo sugli approcci alle possibili soluzioni	
Approcci alle possibili soluzioni rispetto alle criticità emerse	Livello di accordo (0-3)
Incidenza dello stigma dell'illegalità nell'approccio preventivo	1.8
Meno burocratizzazione nella gestione progetti	1.5
Chi fa prevenzione dovrebbe riconoscere il fallimento del proibizionismo e della "war on drugs", dividere il problema di consumo dal problema che consumare è proibito	1.4

5.5 La lettura degli approcci alle possibili soluzioni

Dalla lettura complessiva risulta che la costruzione dei rapporti e delle reti risulta sicuramente facilitata in territori medio-piccoli, mentre le realtà metropolitane smarriscono questa possibilità, pertanto la geografia degli interventi è estremamente importante.

Altrettanto importante risulta il coinvolgimento dei mass media, anche nell'ottica del cambiamento culturale auspicabile, che diffondano un'idea più positiva e ottimista rispetto alla possibilità di chiedere aiuto e risolvere il problema.

Questo è un tema che va tenuto in considerazione e su cui riflettere, cercando di creare linee guida chiare per evitare il rischio di azioni di prevenzione non efficaci o addirittura controproducenti.

5.6 Le proposte operative

Sulla base degli argomenti chiave trattati su questo Tavolo, si sono organizzate tre Tavole Rotonde che rappresenteranno i *focus* specifici di contenuto da articolare in occasione del Tavolo Tecnico di ottobre (Figura 2).

Le Tavole sono state allestite in modo da rispecchiare l'articolazione proposta in apertura dei lavori dal coordinatore: il mondo della scuola, interventi di comunità, strategie di politica nazionale.

Figura 2. Tavole Rotonde e relativi argomenti chiave

Tavola rotonda A	Tavola rotonda B	Tavola rotonda C
‡ RUOLO DELLA SCUOLA	‡ INTERVENTI DI COMUNITA'	‡ STRATEGIE NAZIONALI
2. Il ruolo della scuola e del sistema educativo rispetto alla prevenzione e all'identificazione dei soggetti a rischio	5. Il ruolo di informazione e Mass Media nella prevenzione in particolare su NPS, abuso di alcol e gioco d'azzardo	1. Rilancio dell'attività di prevenzione e presa in carico precoce e reintroduzione di fondi dedicati
3. Potenziamento e aggiornamento della funzione dei Centri di Informazione e Consulenza (CIC), istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di prevenire ed identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti	6. Indicazioni per la presa in carico precoce nei Servizi Pubblici e nel Privato Sociale	7. Integrazione con il piano nazionale di prevenzione 2020-2025
Dott. Alessio Guidotti, Coordinatore ItaNPUD	Dott. Edoardo Polidori, Direttore UOC Dipendenze Patologiche di Forlì e Rimini AUSL della Romagna	4. Gli standard europei per la prevenzione e l'European Prevention Curriculum (EUPC)
Dott.ssa Franca Beccaria, presidente "Eclectica" (Istituto di ricerca e formazione" Torino)	coalizioni	Dott.ssa Rachele Donini, Regione Liguria
interventi evidence-based setting scuola	comunicazione	interventi e formazione evidence-based
Dott.ssa Giovanna Grillo, FICT	Dott. Giuseppe Barletta, Direttore UOC SERD Governo della Rete e Accreditamento Strutture presso ASL ROMA 4	Dott.ssa Maria Migliore, Ministero della Salute
CIC	Dott.ssa Floriana Colombo, CEAL Lombardia - CNCA, Master Trainer European Prevention Curriculum	Ig nazionali
Dott. Antonio Affinita, Presidente MOIGE	protocolli presa in carico precoce	Linee guida, protocollo presa in carico precoce
famiglie	coalizioni	tavoli iteristituzionali
Dott. Paolo Sciascia, Ministero dell'Istruzione	Dott.ssa Patrizia Saraceno, vice presidente CEIS	Dott. Paolo Merello, Presidente comitato regionale Intercear della Liguria
interistituzionalità	Dott.ssa Paola Sacchi, Regione Lombardia	definizioni
Dott. Antimo Ponticello, Ministero dell'Istruzione	comunicazione emass media	Dott. Pietro Canuzzi, Ministero della Salute
Dott.ssa Sonia Salvini, Regione Liguria		

I tre macro-temi individuati nel corso dei lavori sono la cornice entro la quale far ricadere gli interventi degli Esperti e consentiranno di toccare le specificità evidenziate nel corso dei lavori, sempre tenendo in considerazione il tema del tavolo e gli elementi chiave individuati per ciascuna tavola rotonda.

In aggiunta emerge la necessità di trattare la famiglia come tema trasversale a tutte e tre le tavole rotonde.



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tavolo Tecnico



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

6.1 Introduzione ai lavori della prima giornata

I lavori del Tavolo Tecnico "Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche" si sono svolti *online* e hanno visto la partecipazione di 16 Esperti oltre al Coordinatore del Tavolo, il Prof. Fabrizio Faggiano e al moderatore, Dr. Mauro Soli.

A seguire i lavori pubblici sono stati 229 spettatori iscritti al *webinar* con la possibilità di inviare domande o commenti e altri uditori che hanno potuto seguire l'evento tramite la diretta *streaming*.

A seguito dei saluti istituzionali, il Prof. Faggiano ha introdotto le tematiche sviluppate nell'ambito del Tavolo Tecnico.

6.1.1 Introduzione del Coordinatore

L'obiettivo di questo processo è raccogliere i contributi dei principali soggetti che operano nella prevenzione delle dipendenze attraverso una valutazione di impatto della normativa e la proposta di soluzioni basate su evidenze scientifiche, al fine di aggiornare il DPR 309/90 e proporre suggerimenti per la stesura del nuovo Piano d'Azione Nazionale sulle dipendenze.

Il mandato conferito agli Esperti di ciascun Tavolo risulta, dunque, molto operativo e pragmatico ed è importante che ne sia tenuto conto durante il processo.

Durante il percorso preliminare che ha condotto ai lavori del Tavolo è stata realizzata una Riunione Preparatoria con tutti gli Esperti e i facilitatori, in cui sono state identificate una serie di criticità su cui lavorare. L'individuazione di queste criticità è stata poi, di fatto, il filo conduttore dell'organizzazione delle Tavole Rotonde.

Alcune di queste criticità caratterizzeranno gli interventi degli Esperti del Tavolo Tecnico:

La necessità di superare il concetto di "tossicodipendenza" per spostarsi verso il concetto più ampio di "dipendenza" che includa, quindi, anche le sostanze psicoattive legali e i comportamenti. È auspicabile rimettersi in linea con la ricerca scientifica internazionale che definisce la dipendenza come un problema, o come una patologia specifica, al di là del fatto che la fonte della dipendenza sia una sostanza legale o illegale;

*Il secondo aspetto da sottolineare è il fatto che quando si fa prevenzione non si tratta di prevenzione specifica delle sostanze psicoattive, quanto piuttosto prevenzione dell'uso, in senso generale, di sostanze psicoattive. Pertanto, non esiste la prevenzione dell'uso di sostanze, quanto piuttosto un **approccio preventivo** basato sullo sviluppo di competenze individuali e sociali che rinforzano l'individuo nel riuscire ad astenersi dall'uso di tali sostanze. Potrebbe risultare efficace per le dipendenze da sostanze legali, come alcol e tabacco, e comportamentali, come gioco d'azzardo, la realizzazione di una specifica attività di prevenzione;*

*L'importanza di tenere ben distinte le diverse tipologie di **prevenzione: universale, selettiva e indicata;***

*La criticità della **presa in carico precoce.***

In particolare, all'interno dei tre filoni che corrispondono alle tre Tavole Rotonde che si sono delineate, sono stati identificati alcuni elementi critici fondamentali per i quali è stato realizzato un contributo da parte degli Esperti nell'identificazione delle possibili soluzioni.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

1. La scuola. Il primo elemento importante è il ruolo svolto dalla scuola nella formazione curricolare, nel senso che il tema della dipendenza dovrebbe fare parte dell'insieme di obiettivi formativi della scuola, al di là del suo contenuto in termini di prevenzione. Per questo motivo, risulta importante che all'interno della scuola ci sia un **curriculum specifico** e approfondimenti tematici specifici su cosa sono le sostanze psicoattive, come agiscono, quali sono i rischi ecc. La prevenzione, invece, intesa come promozione della salute dovrebbe essere esclusa da questo curriculum, in quanto la scuola non ha specificamente delle competenze preventive.

Un secondo aspetto è il fatto che oggi nella scuola si fanno normalmente interventi che sono informativi, spot e solitamente improvvisati, che risultano molto probabilmente inutili e a volte controproducenti, ed è necessario superare questa situazione.

Un ulteriore problema relativo alle scuole risiede nelle **diseguaglianze**: l'autonomia scolastica permette ai diversi istituti scolastici di scegliere le offerte preventive che preferiscono e ciò determina differenze tra le proposte delle varie scuole. Alcune di esse avranno offerte preventive efficaci, con un impatto, altre probabilmente avranno delle che non produrranno alcun impatto, perché non in grado di produrre cambiamento, o con effetti controproducenti e altre scuole che, invece, non avranno nessun tipo di offerta. Pertanto, con questo sistema, la prevenzione nella scuola produce diseguaglianze. In qualche modo il Piano Nazionale della Prevenzione sta andando in questa direzione con i cosiddetti programmi predefiniti, cioè programmi che dovrebbero essere sviluppati in tutte le scuole. Il tema risulta, quindi, importante e necessita della dovuta attenzione.

Inoltre, gli interventi che sono proposti sono spesso solo informativi e spot e non basati su **prove di efficacia**. Esistono interventi di provata efficacia che sono poco disponibili, sia perché in numero limitato, sia perché la maggior parte sono inglesi e non sono tradotti o adattati per l'Italia.

Il tema dei **CIC (Centri di Informazione e Consulenza)** risulta ulteriormente critico, in quanto il loro ruolo dovrebbe essere riorganizzato.

Infine, un ulteriore tema rilevante è quello dell'**università** di cui non si parla spesso mentre, invece, è considerata da EMCDDA come un luogo in cui si dovrebbe portare avanti per lo meno la prevenzione indicata.

2. Gli interventi di comunità. Uno dei principali temi su cui riflettere è quello della consapevolezza del ruolo essenziale dell'**informazione** nell'ambito della prevenzione. Non esiste al momento una regolamentazione in tale ambito, ed è difficile anche pensare di regolamentarla e, pertanto, rappresenta un tema su cui riflettere.

A ciò si aggiunge il tema delle campagne dei mass media che sono completamente da ripensare, considerando il ruolo importante che possono ricoprire. Tuttavia, queste devono avere caratteristiche molto particolari e, soprattutto, è necessario recuperare le competenze e le esperienze straniere per riuscire a costruire **campagne mediatiche** che abbiano un **impatto positivo e misurabile**.

Inoltre, esiste un problema importante di integrazione tra i servizi di aggancio e di trattamento precoce.

In generale, uno dei temi su cui è necessario riflettere è quello di comprendere quale sia veramente il ruolo della comunità nell'ambito della prevenzione.

3. Strategie nazionali. Innanzitutto, il Piano Nazionale della Prevenzione e il Piano di Azione Nazionale Dipendenze avranno entrambi dei capitoli relativi al tema della prevenzione e, allo stato attuale, i due piani non sono correlati in un modo tale che sia chiaro chi ha la titolarità degli interventi e siano così evitati i rischi di conflitto.

Il **coordinamento** fra enti centrali risulta difficile, e ne è un esempio il fatto che quasi contemporaneamente alla Conferenza Nazionale sulle Dipendenze che vuole occuparsi anche di alcol, ci sarà la Conferenza Nazionale sull'Alcol, con il rischio che si vada verso delle raccomandazioni che risultano in potenziale conflitto tra di loro.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Si percepisce la mancanza di un ente che dia un supporto tecnico (ma anche metodologico) alla prevenzione della dipendenza. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha ruolo fondamentale, ma è soprattutto un ruolo di contrasto all'uso di droga e non di coordinamento e supporto tecnico alla prevenzione.

A fronte di queste criticità, espresse nelle varie Tavole Rotonde, si costituisce il mandato degli Esperti presenti al Tavolo. L'obiettivo a cui tendere è quello di:

- rappresentare le diverse istanze dei principali portatori di interesse nell'ambito delle dipendenze;*
- proporre soluzioni che siano basate su evidenze scientifiche e risultino sostenibili, eque ed etiche;*
- riconoscere l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) come riferimento nell'ambito della prevenzione.*



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tavola Rotonda A - Ruolo della scuola



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

6.2 Tavola Rotonda A – Ruolo della scuola

Nel suo intervento il moderatore, Dr. Mauro Soli, descrive l'articolazione delle due giornate e introduce la prima Tavola Rotonda dal titolo “**Ruolo della Scuola**” che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

- **La prevenzione nel *setting* scolastico basata sulle evidenze scientifiche** Dr.ssa Franca Beccaria, Eclectica - Istituto di ricerca e formazione;
- **Prevenzione nelle scuole** Dr.ssa Sonia Salvini, ALISA Azienda Ligure Sanitaria;
- **L'istituzione scolastica autonoma come punto di partenza per le attività di informazione e sensibilizzazione** Dr. Paolo Sciascia e Dr. Antimo Ponticiello, Ministero dell'Istruzione;
- **Potenziamento e aggiornamento dei Centri di informazione e Consulenza (C.I.C.) istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90** Dr.ssa Giovanna Grillo, FICT;
- **Stigma ed esclusione sociale: quando la presa in carico è l'inizio del disagio** Dr. Alessio Guidotti, ItaNPUD;
- **Politiche antidroga: ruolo della famiglia e della scuola** Dr. Antonio Affinita, MOIGE.

6.2.1 La prevenzione nel *setting* scolastico basata sulle evidenze scientifiche

Franca Beccaria

La scuola è un *setting* privilegiato per l'implementazione di programmi di prevenzione universale sul tema delle sostanze illegali, legali e comportamenti additivi, che dovrebbero avere come obiettivo lo sviluppo di capacità personali e sociali.

Affermare questo non significa che qualsiasi proposta sul tema che la scuola riceve debba essere implementata. La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato come gli interventi di prevenzione su alcol e sostanze possano essere inefficaci, o addirittura iatrogeni. D'altra parte, non mancano le evidenze di efficacia, seppure non siano troppo robuste per la complessità dei fattori che influenzano l'uso delle droghe nel corso di vita.

Alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, NON devono più essere proposti a scuola interventi:

- improvvisati e *spot*
- di tipo esclusivamente informativo sui rischi dei consumi di droghe, che rischiano di ottenere l'effetto opposto a quello ricercato
- gestiti da personale delle Forze dell'Ordine
- di *testimonial*, es. ex-tossicodipendenti, che possono provocare un effetto glamour
- che enfatizzano gli effetti devastanti delle sostanze (strategia della paura) e che trasmettano contenuti in contrasto con le esperienze dei destinatari e quindi non risultare credibili
- che prevedono l'uso di test antidroga

Possiamo inoltre individuare alcune linee di indirizzo:

- affidare l'attuazione degli interventi a insegnanti formati ad hoc - utilizzare metodi partecipati
- proporre programmi specifici per ciclo di via:

interventi di promozione della salute basati sulle *lifeskill*, competenze indispensabili per favorire un miglior adattamento sociale e un maggior benessere psicosociale, per le scuole primarie

interventi basati su *empowerment*, competenze personali e influenza sociale attivati con metodi partecipati per secondarie di I° e che trattino più esplicitamente il tema delle sostanze e dei comportamenti additivi per le secondarie II° (incluso il *peer to peer*).

- implementare programmi che si sviluppino in un certo numero di sessioni (non una tantum)
- coinvolgere la comunità scolastica (insegnanti, famiglie, ATA, animatori) - predisporre politiche scolastiche
- favorire l'inserimento degli interventi scolastici in programmi di comunità
- garantire la diffusione di programmi di prevenzione nelle scuole di tutto il territorio nazionale

Tutto ciò può essere realizzato attraverso:

1) la collaborazione inter-istituzionale (scuola e sanità) per la diffusione di una formazione basata su *EU Quality Standard* e EUPC CV

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

2) la diffusione dei programmi inseriti nel registro Xchange: 21 programmi che hanno dato prove di efficacia (tra i quali Unplugged e IPSY implementati in Italia), e quelli (10) per i quali sono richiesti ulteriori studi (tra i quali Diario della salute e *Life Skills Training* implementati in Italia).

3) la previsione di fondi per la sperimentazione e valutazione di programmi valutati in altri paesi e di nuovi programmi elaborati in Italia

4) il recepimento nel Nuovo Piano Nazionale sulle Droghe di quanto previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), a partire dall'obiettivo di adottare "una strategia che, distinguendo tra uso, abuso e dipendenza, permetta una crescita culturale rispetto a questi fenomeni..."

Alla luce di queste considerazioni, gli articoli della Legge 309/90 (art. 104 e 105) sugli Interventi informativi ed educativi nel settore scolastico, andrebbero sostanzialmente riformati. A partire dal titolo dove la parola "informazione" andrebbe sostituita con "attività di educazione e di promozione della salute", per dar conto del fatto che l'informazione deve essere parte di una cornice più ampia. L'art. 127 relativo al Fondo nazionale dovrebbe prevedere il finanziamento di programmi di prevenzione valutati e la sperimentazione e valutazione di nuovi programmi, affidando al Dipartimento Politiche Antidroga le funzioni di identificazione di interventi e strategie efficaci sostenibili e trasferibili, di diffusione e di monitoraggio.

Il Piano Nazionale contro le Droghe andrebbe invece totalmente riscritto visto che risente di un'impostazione ideologica, poco suffragata da evidenze scientifiche. Nello specifico, l'area di intervento Prevenzione è centrata sulla informazione dei rischi e dei danni, sulla *gateway theory*, su programmi di identificazione precoce. Un approccio fortemente basato sul controllo e sulla repressione più che sulla volontà di agire sui fattori di rischio e sui fattori di protezione. Ad esempio, tra le azioni trasversali ricerca scientifica (5), nella linea di azione prevenzione non sono previste ricerche sulla valutazione di programmi di prevenzione, e la formazione (6) è tutta orientata all'*early detection*! Il Piano deve dunque essere rivisto e reso coerente con il PNP.

Bibliografia

Botvin, G. J. (2000). Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors. *Addictive Behaviors*, 25(6), 887–897.

Burkhart, G. (2007). Report sulla Prevenzione selettiva nell'Unione Europea e in Norvegia. EMCDDA.

EMCDDA. (2019). European prevention curriculum: A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. Publications Office of the European Union.

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003020.pub3>

Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2010). Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 505–526. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.005>

UNODC. (2018). International Standards on Drug Use Prevention.

Werch, C. E., & Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(5), 581–590. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.581>

West, S. L., & O'Neal, K. K. (2004). Project D.A.R.E. Outcome Effectiveness Revisited. *American Journal of Public Health*, 94(6), 1027–1029.

6.2.2 Prevenzione nelle scuole

Sonia Salvini

Una rapida ricerca sui contenuti della L. 309/90, fa emergere quanto segue: Articolo 104. Promozione e coordinamento, a livello nazionale, delle attività di educazione ed informazione.

Il Ministero della pubblica istruzione promuove e coordina le attività di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'alcoolismo, dal tabagismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché dalle patologie correlate. Le attività si inseriscono nell'attività scolastica Riferimento al coordinamento di iniziative promosse o attuate da altre amministrazioni pubbliche con particolare riguardo alla prevenzione primaria. Articolo 105.

Promozione e coordinamento, a livello provinciale, delle iniziative di educazione e di prevenzione. Corsi di studio per insegnanti e corsi sperimentali di scuola media. Articolo 106.

Centri di informazione e consulenza nelle scuole Iniziative di studenti animatori la parola PREVENZIONE, nel testo della L. 309/90 compare nei 135 articoli 58 volte e prevalentemente abbinata a CURA e recupero sociale, REPRESSIONE al traffico illecito, EMARGINAZIONE, AIDS. PREVENZIONE UNIVERSALE RIVOLTA ALL'INTERA POPOLAZIONE PREVENZIONE SELETTIVA GRUPPI VULNERABILI vulnerabile per motivi sociali e demografici (rischi individuali non prevedibili) PREVENZIONE INDICATA PERSONE VULNERABILI vulnerabile per diagnosi di un esperto: problemi di salute mentale o comportamentali Gli interventi universali si rivolgono all'intera popolazione, anche se la maggior parte non fa uso, ma potrebbe essere esposta a fattori ambientali avversi.

Gli interventi selettivi si rivolgono a gruppi vulnerabili in cui spesso si concentra l'uso di sostanze e si focalizzano sul miglioramento delle loro opportunità in difficili condizioni sociali e di vita.

Gli interventi indicati si rivolgono a individui vulnerabili, (quindi fattori personali) e li aiutano ad affrontare e far fronte ai loro tratti di personalità individuali

COSA FUNZIONA E COSA NON FUNZIONA NELLA PREVENZIONE A SCUOLA

Il Curriculum Europeo di Prevenzione (EUPC) è stato sviluppato nell'ambito del progetto europeo UPC-Adapt. L'obiettivo principale è quello di attivare la formazione sugli interventi più efficaci basati sull'evidenza e sulle strategie di prevenzione, professionalizzando i professionisti della prevenzione. La scuola è uno degli ambienti che funge da istituzione chiave nel plasmare lo sviluppo dei bambini e i loro atteggiamenti e comportamenti prosociali.

Un vantaggio delle scuole è che gli interventi possono essere forniti a tutti i bambini (popolazione universale) e non solo a quelli che sono gruppo ad alto rischio (popolazione selettiva) o che sono individui vulnerabili (popolazione indicata). Una scuola non è solo un luogo di apprendimento; include persone - studenti e personale scolastico - che interagiscono per gran parte della giornata. Due decenni di ricerca e valutazione nelle scuole dimostrano quali interventi funzionano e quali non sono supportati da prove. Inoltre, molti interventi di prevenzione mostrano effetti positivi subito dopo la loro conclusione, mentre altri mostrano effetti, se valutati, a *follow-up* più lunghi.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

La salute e l'istruzione sono intrinsecamente collegate: promuovendo la salute nella propria scuola, è possibile sia raggiungere obiettivi educativi, sociali e professionali sia influenzare la salute dell'intera comunità scolastica.

Politica scolastica - insieme di regole o regolamenti scritti riguardanti l'uso di sostanze a scuola e nel perimetro scolastico. Le regole valgono per l'intera comunità scolastica: studenti, personale, genitori, persone che visitano la scuola. La maggior parte dei paesi europei riferisce di averli in tutte o nella maggior parte delle scuole, ma spesso questo significa solo che ce l'hanno in un cassetto.

Clima scolastico: norme, obiettivi, valori, relazioni interpersonali, pratiche di insegnamento e apprendimento e strutture organizzative. Esistono buone prove che gli alunni apprendono meglio, si sentono meglio e si comportano meglio se il clima a scuola non è minaccioso o stressante, dentro e fuori la classe.

Interistituzionalità: le scuole spesso si rivolgono all'esterno del SSN per interventi di prevenzione. Esperienze sul campo ci riportano l'efficacia di un'offerta formativa alle scuole che sia condivisa con i referenti della Prevenzione nelle aziende sanitarie. Attività di promozione e prevenzione alla salute previste nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 destinate alla comunità scolastica. Gli interventi sono coerenti con quanto richiesto dal Programma Predefinito Scuole che promuovono salute e l'offerta formativa proposta nella prevenzione al consumo di sostanze si avvale di progetti di comprovata efficacia, quali ad esempio Unplugged, o progetti che sono stati sottoposti all'attenzione di un'equipe esperta nella valutazione di efficacia, tenendo presenti le indicazioni del EMCDDA. Fondamentale anche il ruolo del Tribunale dei Minori e NOT delle Prefetture

6.2.3 L'istituzione scolastica autonoma come punto di partenza per le attività di informazione e sensibilizzazione

Paolo Sciascia e Antimo Ponticiello

Il documento "Indirizzi di policy integrate per la scuola che promuove salute sottolinea l'importanza della stretta collaborazione tra sistema scolastico e sanitario precisando che la Scuola è un luogo di confronto imprescindibile per il mondo sanitario nel quale favorire la "Promozione della Salute" come proposta educativa continuativa ed integrata lungo tutto il percorso scolastico.

Per rendere operativo il citato documento il Min. dell'istruzione e il Min. della salute hanno siglato il 20 febbraio 2019 un Protocollo d'intesa con lo scopo di promuovere sani stili di vita, contrastare i principali fattori di rischio di malattie trasmissibili e non trasmissibili e prevenire le dipendenze da sostanze stupefacenti e psicotrope e da gioco d'azzardo.

Gli impegni assunti dal Ministero dell'istruzione con il citato protocollo sono di attivare programmi di formazione; favorire la formazione di reti di scuole che promuovono salute; avviare campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte a studenti, famiglie, personale docente e non docente, sui temi della prevenzione dei comportamenti a rischio.

Il Ministero della salute si impegna invece a promuovere la collaborazione del settore dell'assistenza territoriale per favorire iniziative di informazione/formazione congiunta tra personale sanitario e scolastico.

Il citato protocollo rappresenta un importante passaggio per la definizione delle migliori modalità di realizzazione di una collaborazione istituzionale sul tema del contrasto alle dipendenze che va tuttavia sviluppata: considerata infatti la diffusione del fenomeno correlato alle dipendenze tra i giovani, va sottolineato che la scuola non è preparata a fornire una risposta efficace sia per mancanza sia di professionalità formate, sia di risorse dedicate.

La legge 309/90, agli artt. 104 e 105, prevede un articolato sistema di definizione di programmi annuali per la promozione di attività da realizzarsi nelle scuole sull'educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'alcolismo, dal tabagismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché sulle patologie correlate.

Si tratta tuttavia di un sistema che da un punto di vista amministrativo si fonda su attività svolte dalle strutture centrali e periferiche del Ministero dell'Istruzione quando invece, le successive riforme del sistema scolastico (D.Lgs. 16 aprile 1994, n.297; D.P.R. 8 marzo 1999, n. 275), hanno assegnato alle istituzioni scolastiche autonome le principali decisioni sulle modalità di realizzazione delle attività di formazione del personale docente e di integrazione dell'offerta formativa per gli alunni.

Per consentire alla scuola di svolgere in modo efficiente le attività di informazione sui danni derivanti dall'alcolismo, dal tabagismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope e sulle patologie correlate nonché sui rischi derivanti dal gioco d'azzardo, la prima azione che si ritiene utile intraprendere è superare il sistema centralizzato delineato dalla legge n. 309 del 1990 e individuare le istituzioni scolastiche autonome e

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

loro reti di scopo nonché le scuole polo incaricate della formazione del personale docente, quali centri per la definizione e la realizzazione delle attività formative/informative.

La prima azione che appare importante realizzare per preparare le istituzioni scolastiche è l'avvio di percorsi formativi mirati che consentano di individuare uno o più referenti presso ciascuna istituzione scolastica.

La formazione potrà svilupparsi attorno ai seguenti temi generali: conoscenza delle sostanze e/o situazioni che creano dipendenza e dei relativi danni alla salute; normativa di riferimento, strutture istituzionali dedicate e loro competenze; come riconoscere la dipendenza nei giovani e le tecniche di ascolto nei confronti del soggetto coinvolto e della famiglia; conoscere le dinamiche relazionali all'interno della comunità scolastica; modalità di progettazione di interventi con esperti esterni per attivare percorsi di prevenzione delle dipendenze. La figura professionale formata (individuata tra le professionalità in servizio presso l'istituzione scolastica) potrà relazionarsi con il settore sanitario e con le associazioni che operano a livello territoriale per agevolare la scuola nella realizzazione di attività progettuali di formazione per alunni, docenti e famiglie.

Il Ministero promuove in tal senso l'istituzione delle reti di scopo di scuole, invitando i referenti formati a lavorare in sinergia sul territorio individuando i bisogni e organizzando azioni progettuali specifiche.

I tavoli di lavoro delineati dalla legge n.309 del 1990 presso l'amministrazione centrale e periferica del Ministero dell'istruzione assumerebbero un compito di verifica delle azioni intraprese (attraverso una relazione annuale prodotta dalle istituzioni scolastiche o loro reti), al fine di raccogliere e divulgare le buone pratiche avviate nelle scuole, valutandone l'impatto sulla popolazione scolastica.

6.2.4 Potenziamento e aggiornamento dei centri di informazione e consulenza (c.i.c.) istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90

Giovanna Grillo

I CIC (L. 162/90 e art. 106 T.U. 309/90), istituiti dai provveditori agli studi con la collaborazione dei Servizi Pubblici sociosanitari nelle sole scuole superiori. Tuttavia, le circolari ministeriali susseguitesi, illustrano la poca chiarezza del loro compito e delle modalità attuative e operative.

Le circ. ministeriali della P.I. (66/91; 47/92 e 362/92) provano a definire meglio i CIC, risultando contraddittorie. Nella legge 309/90 i CIC avevano il compito di informare e fornire consulenza senza specificare se docenti, studenti, o familiari. Nella circolare 66 del 91, vengono definiti: 'centro di ascolto' per studenti per informazioni e orientamento sanitarie, giuridiche, impiego di tempo libero, etc. inoltre il centro non deve essere un servizio isolato dal contesto scolastico prevedendo incontri periodici tra insegnanti ed operatori soci sanitari. La circ. 47 del 92 definisce i CIC come uno 'spazio polifunzionale' per un colloquio informale tra docenti e studenti, in un'aula attrezzata e che le funzioni del centro riguardano l'ascolto e l'aiuto ai singoli studenti per favorire la progettazione e l'orientamento dei giovani. Nella circ. 362 del 92 sono definiti come 'l'offerta di informazioni agli studenti per i loro problemi e interessi' e di 'consulenza per problemi di psicologici e sociali'.

Specificando che erogano un servizio che si avvale di strumenti culturali, è necessario individuare un'aula, definire modalità per pubblicizzare il centro nella scuola, definire orari e modalità, definire il coordinamento del centro, le intese tra l'istituto e i servizi territoriali, auspicando la collaborazione con enti di comprovata esperienza nelle problematiche giovanili. In questa ultima circolare si specifica, che le consulenze psicologiche devono essere offerte da persone diverse dagli insegnanti della scuola, per evitare confusione di ruoli. L'ultima circ. contraddice la circ.47/92 che dava nei CIC il ruolo principale agli insegnanti.

L'ambivalenza nel dettato normativo ha prodotto, esperienze più o meno efficaci ed eterogenee per forma e contenuto. tutti i CIC sono stati discontinui nel tempo, per la carenza dei fondi. Pochi hanno garantito la rete continuativa del sistema scuola, le famiglie e il territorio.

Le ultime 7 riforme della scuola, sono andate verso le *performace* e competitività, legate al completamento dei programmi ministeriali senza investire sul benessere, accoglienza, *empowerment* e relazione del gruppo classe. Criticità dei CIC:

- è difficile integrare due sistemi con obiettivi differenti, i CIC che mirano a favorire accoglienza, relazione e dialogo e la scuola che spinge su aspetti di performance;
- I CIC nella 309/90 sono stati previsti solo per la scuola superiore, mentre tutte le evidenze scientifiche suggeriscono di abbassare l'età dell'intervento;
- I CIC, non incidono efficacemente sulla prevenzione, che, come si sa, prevede anche altri tempi e altre forme; I CIC, non intervengono efficacemente sull'abbandono scolastico, che ad oggi risulta ancora uno dei fattori di rischio più elevati;

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

- I CIC non sono organizzati per la identificazione precoce di comportamenti a rischio. È importante prevenire forme di delega da parte della scuola nei confronti dei professionisti, col rischio di favorire una 'clinicizzazione' e delega dei casi, senza prevedere progetti di *recovery* con evoluzione positiva (neurogenesi);
- Nei CIC non sono definiti: chi deve operare, con quali obiettivi e strumenti, e non vi sono modalità di integrazione tra il collegio dei docenti i professionisti dei CIC.

Proposte:

Potenziamento dei CIC: inserimento obbligatorio nelle scuole dell'obbligo e negli istituti superiori, prevedendo un team multiprofessionale (educatori e psicologi);

Definizione del loro ruolo, mandato, modalità di intervento, modalità di relazione con il territorio e delle modalità operative per l'identificazione precoce;

Inserire una supervisione obbligatoria mensile, in tutti i collegi dei docenti, per ridurre i meccanismi di espulsività dell'equipe docenti;

Dare spazio nelle materie curriculari ed extracurriculari a momenti strutturati di *empowerment*, acquisizione di *soft skill*, identificazione e valorizzazione delle risorse e dei vari tipi di intelligenza, rafforzamento del team classe e delle relazioni tra pari e tra alunni e docenti, etc. attraverso giochi guidati, attività di gruppo, etc. definendo anche i professionisti, che faranno parte del collegio dei docenti, che si occuperanno di tali attività;

Stabilire linee guida di interazione tra scuola e territorio, prevedendo progetti personalizzati che coinvolgano i docenti, i professionisti sanitari, le famiglie, le associazioni in caso di identificazioni di situazioni di rischio;

Utilizzare i CIC come strumento per rinnovare la scuola portando in essa nuovi metodi, nuovi atteggiamenti e sguardi e nuove professionalità.

6.2.5 Stigma ed esclusione sociale: quando la presa in carico è l'inizio del disagio

Alessio Guidotti

La presa in carico precoce, l'idea che si possa "intercettare per tempo" l'esordio di un consumo problematico, se non addirittura della carriera di "tossicodipendente" è quanto di più audace e rischioso possa esserci nell'ambito prevenzione dei consumi di sostanze oggi, nel 2021. Mi permetterei di osservare quanto l'utilizzo di elementi predittivi, prodromi, possa portare con sé un rischio. Sono due le ricerche che vorrei sottoporre alla vostra attenzione.

La prima riguarda il fatto che l'idea che ci viene trasmessa su cosa sia la dipendenza abbia incidenza su come viene vissuta la dipendenza. In sintesi la ricerca ci dice che c'è una stretta correlazione tra l'idea che si offre della dipendenza e come la dipendenza viene poi percepita, vissuta, affrontata... Non è un'ovvietà. È qualcosa di terribilmente subdolo che qualunque operatore, docente, dovrebbe tenere fermamente a memoria. Quanto una presa in carico precoce corre questo rischio? come *users*, come persone che hanno vissuto direttamente e tramite persone loro vicino, questi meccanismi di diagnosi, di inquadratura relativa al proprio modello di consumo, le conosciamo le conseguenze di questo rischio, e le ricerche citate poc'anzi ben sappiamo che rispondono al vero, a una realtà ben nota. Non possiamo portare a dato scientifico l'esperienza personale, ma constatare come tante esperienze personali corrispondano a quadri di più ampio respiro questo possiamo farlo. Come l'idea di dipendenza, come l'idea del rapporto con una sostanza, rapporto che milioni di giovani ogni giorno nel mondo, è qualcosa a cui restituire la dovuta importanza. Abbiamo un'ignorata enorme quantità di studi, ricerche, che ci dicono che l'approccio che abbiamo con le droghe è fallimentare, abbiamo la realtà a dimostrarcelo eppure "ostinatamente perseverare" sembra la parola d'ordine per chi non vuol sentire parlare di un cambiamento non possibile ma necessario.

La seconda ricerca a cui vorrei far riferimento è una complessa ricerca sullo stigma degli operatori e terapeuti e di quanto incida sui processi evolutivi dei beneficiari. Ecco mi domando e vi domando: come possiamo evitare che questi elementi di stigma non agiscano anche in campo della prevenzione? Tanto più questa è selettiva, tanto più si porta dietro il rischio che il sistema di credenze, di approccio globale al fenomeno del consumo, dell'operatore abbia sì quella valenza predittiva sulla "carriera" del soggetto "preso in carico".

Come possiamo evitare tutto questo? sicuramente una riforma del concetto di prevenzione, una riforma che sappia minare alla base e far crollare, la miopia proibizionista sul consumo di sostanze, che può avere carattere transitorio nella vita di una persona, di un giovane di uno studente. Allora una formazione di livello, un contesto che normalizzi e non esaspera in modo patologico ogni qual si voglia forma di consumo. Professionisti con un bagaglio esperienziale e teorico di rilievo, in formazione continua, nessuna improvvisazione perché una presa in carico precoce può voler dire l'avvio a un percorso inverso di quello orientato a prevenire e modificare atteggiamenti di abuso e uso inconsapevole.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

La scuola inoltre non può essere un'isola a se stante, avulsa da una lettura del fenomeno che dovrebbe avere reti territoriali di riferimento. Assistiamo frequentemente, stando sui territori, a progetti scoordinati e autoreferenziali, abbiamo visto nelle stesse scuole entrare progetti con approcci totalmente diversi, con buona pace di programmi Unplugged o EU Dap, o misurabili per valutazione d'esito. Da chi semina terrore, mostrando la vecchia padella con le uova fritte a simulare "*your brain on drugs*", a chi, operatori qualificati, non sa altro che effetti ricercati ed effetti indesiderati delle sostanze, nella scuola entra di tutto, compresi i cani con la polizia.

Una riforma degli aspetti che normano la prevenzione deve tenere presente il ruolo delicato che essa svolge, rischiando, come la guerra alla droga, di svolgere una funzione arrecando un danno peggiore di quello che vuole evitare.

Bibliografia

J. Vonasch, C.J. Clark, S. Lau, K.D. Vohs, R.F. Baumeister, Ordinary people associate addiction with loss of free will. *Addictive Behaviors Reports*, 2017, 5, Pp. 56-66.

Valle SK. Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *J Stud Alcohol*. 1981;42(9):783-90.

Project Match Research Group. Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychother Res*. 1998;8:455-74.

Leake GJ, King AS. Effect of counselor's expectations on alcoholic recovery. *Alcohol Health Res World*. 1977;11(3):16-22

6.2.6 Politiche antidroga: ruolo della famiglia e della scuola

Antonio Affinita

Dal punto di vista dei genitori, dovrebbe essere tenuto in maggior conto e sostenuto, anche a livello di politica legislativa, l'apporto fornito dalle comunità familiari e scolastiche nel costituire una forma di protezione e di prevenzione dei minori nei confronti dei comportamenti a rischio come le dipendenze da stupefacenti, dall'alcol, l'abitudine al gioco, la dipendenza patologica dal sesso, la dipendenza da internet e dalla pornografia *online* e *offline*: infatti è stato evidenziato dagli studi in materia che le diverse forme di *addiction* sono molto spesso l'esito del tentativo di colmare un vuoto e la conseguenza dell'assenza di un tessuto relazionale intorno alla persona.

I genitori e tutti coloro che lavorano con funzioni pedagogiche, come educatori e insegnanti, giocano, d'altra parte, un ruolo estremamente importante nelle strategie di prevenzione e lotta contro le dipendenze: tuttavia non viene riconosciuto il loro importante contributo né incentivato il loro intervento.

È stato già osservato come le possibili cause dell'abuso di sostanze e della dipendenza di qualsiasi forma siano molteplici e può avere un'utilità, anche se limitata, provare ad elencarle: «i dissidi in famiglia, la mancanza di principi e valori in se stessi, il rifiuto dei valori e dei principi della società, l'induzione-imitazione delle cattive compagnie, i disturbi di personalità, la solitudine e la noia, l'imitazione di modelli culturali, il desiderio di situazioni nuove, il desiderio di essere alla moda, di fare bella figura, l'emarginazione e la disoccupazione, la costrizione da parte di persone violente e senza scrupoli, l'eccessiva disponibilità di denaro» .

Certamente è la famiglia il luogo in cui soggetti minori d'età ricevono gli elementi e le strutture fondanti della loro personalità, del loro essere al mondo in relazione con le altre persone; tuttavia nella società post-moderna, nella quale a volte la famiglia è essa stessa in crisi e disgregata, gli istituti educativi e scolastici e i diversi contesti aggregativi possono incidere fortemente sullo sviluppo e sulla crescita dei bambini e ragazzi, con esiti costruttivi o al contrario, distruttivi.

Per contrastare comportamenti devianti e auto-distruttivi può essere adeguata, ad es. la proposta di appositi sostegni finanziari alle famiglie, in particolar modo quelle numerose o meno abbienti, per la promozione del diritto allo studio dei figli, al fine di dare prospettive concrete di inserimento nel mondo del lavoro anche a minori provenienti da contesti con minori possibilità e dove invece dilagano ed hanno facile presa le organizzazioni criminali nell'attrarre i giovani privi di speranza.

Nel contesto scolastico ed educativo possono essere organizzati incontri di formazione con professionisti, pedagogisti o psicologi che operano nel settore delle dipendenze, hanno mostrato l'importanza e l'efficacia persuasiva di interventi volti a rendere consapevoli i ragazzi dei gravi effetti distruttivi sulla persona delle droghe, anche assunte occasionalmente o con la convinzione di poter dominare il meccanismo di assuefazione.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Riteniamo, sia nella forma che nella sostanza che sia dannoso a livello individuale e sociale sostenere forme di liberalizzazione delle droghe, compresa la liceità della coltivazione di tutti i tipi di droga e l'abrogazione delle sanzioni per questa condotta, perché sottesa a tale politica normativa vi è il messaggio della legittimità di quelle azioni; inoltre con questo tipo di strategie si afferma una mentalità ed uno stile di vita, che racchiude la banalizzazione di comportamenti rivelatori di una sofferenza dei giovani, espresso nel tentativo di colmare un vuoto o un'assenza e che richiedono invece azioni di contrasto e prevenzione.

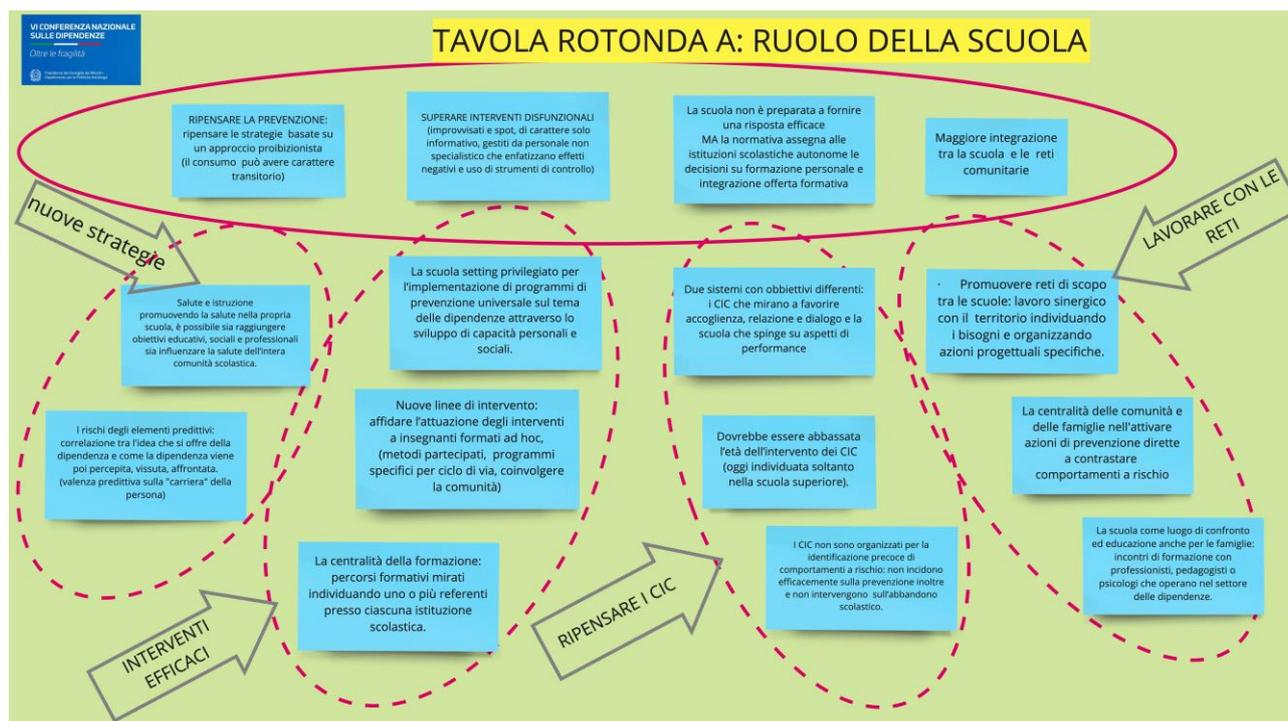
È necessario parlare agli adolescenti della dolorosa condizione di coloro che sono caduti in una di queste trappole, perché la persona, mentre inizialmente è euforicamente attratta dalla trasgressione e dalla sensazione di un momento e sottopone il proprio corpo e la propria psiche a sollecitazioni e stimoli ben oltre i limiti della fisiologica tollerabilità, infine si trova nella disperazione e nella solitudine in una condizione che è ancora peggiore di quella dalla quale ha tentato di fuggire.

Deve essere ribadito il giudizio negativo sull'attitudine di chi strumentalizza i mezzi di comunicazione, prende possesso dei luoghi della cultura, se non esplicitamente promuove, implicitamente coopera alla propagazione di comportamenti dannosi per il soggetto e per quelli che fanno parte della sua rete di relazioni primarie (affetti, famiglia, ecc.) e sociali (ambiente di lavoro, contesti di aggregazione, ecc.).

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

6.2.7 Sintesi Tavola Rotonda A – Ruolo della Scuola

Alla presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della prima Tavola Rotonda, ha fatto seguito una sintesi per concetti chiave da parte del moderatore.



Dagli interventi relativi al ruolo della scuola emergono alcune considerazioni di carattere trasversale:

- la necessità di ripensare le strategie di prevenzione che attualmente sono basate su un approccio proibizionista (e non tengono in considerazione il fatto che il consumo possa anche avere un carattere transitorio);
- l'esigenza di superare interventi disfunzionali che nasce dalla situazione attuale in cui le azioni previste sono spesso improvvisate, *spot* e di carattere solo informativo, gestite da personale non specialistico e ideate in modo tale da enfatizzare effetti negativi e un uso di strumenti di controllo. Spesso questa tipologia di interventi può avere degli effetti negativi, contrariamente a quanto auspicato;
- la scuola non è preparata a fornire una risposta efficace sul tema ma la normativa assegna alle istituzioni scolastiche autonome le decisioni sulla formazione del personale e l'integrazione dell'offerta formativa. In questo ambito si presenta il tema di come coordinare l'organizzazione attuale, legata all'autonomia scolastica, con la necessità di fornire programmi di prevenzione che garantiscono su tutto il territorio nazionale la stessa impostazione;
- la necessità di una maggiore integrazione tra la scuola e le reti comunitarie che devono lavorare necessariamente in modo congiunto.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Quattro i macro - temi emergenti in cui raggruppare gli elementi principali dei vari interventi:

- **Nuove strategie.** L'introduzione di nuove strategie più appropriate relativamente a "salute e istruzione": promuovendo la salute nella propria scuola è possibile sia raggiungere obiettivi educativi, sociali e professionali ma anche influenzare la salute dell'intera comunità scolastica. È stato sottolineato da molti Esperti come con "comunità scolastica" non si intenda solo il mondo dei giovani ma anche il mondo degli adulti a loro correlati, ossia le famiglie i genitori.
Inoltre, è emerso il tema dei rischi degli elementi predittivi, ossia l'esistenza di una correlazione tra l'idea che si offre della dipendenza e come la dipendenza viene poi percepita, vissuta e affrontata (esiste una valenza predittiva sulla carriera della persona).
- **Interventi efficaci.** La scuola è un *setting* privilegiato per l'implementazione di programmi di prevenzione universale sul tema delle dipendenze attraverso lo sviluppo di capacità personali e sociali. Pertanto, sono necessarie nuove linee di intervento, dove sia prevista la possibilità di affidare l'attuazione di questi interventi a insegnanti che abbiano una formazione mirata e specifica e in cui sia sottolineata l'efficacia di metodi partecipati, di programmi specifici per il ciclo di vita e dove sia previsto il coinvolgimento attivo del contesto comunitario. In questo ambito, si presenta la questione della centralità della formazione e l'esigenza di percorsi formativi mirati, individuando all'interno dei contesti scolastici uno o più referenti che possano avere la funzione, poi a cascata, di andare a realizzare interventi formativi mirati.
- **Ripensare i Centri di Informazione e Consulenza (CIC).** I CIC e la scuola sono due sistemi con obiettivi differenti. I CIC mirano a favorire accoglienza, relazione e dialogo mentre la scuola insiste più su aspetti di performance. Questi due elementi devono essere in qualche modo resi tra loro coerenti ed è necessario tenere presente questo doppio binario. Inoltre, dovrebbe essere abbassata l'età di intervento dei CIC che oggi è individuata soltanto nella scuola superiore. Infine, i CIC che non sono organizzati per l'identificazione precoce dei comportamenti a rischio e, perciò, non incidono efficacemente sulla prevenzione e non intervengono su tematiche particolari come l'abbandono scolastico
- **Lavorare con le reti.** In questo ambito è emerso il tema di promuovere reti di scopo tra le scuole, in cui possa svilupparsi un lavoro sinergico con il territorio nell'individuazione dei bisogni e per l'organizzazione di azioni progettuali specifiche. A riguardo si è parlato di progettisti della prevenzione e della necessità di offrire interventi che siano fortemente integrati anche con quelli di istituzioni diverse dalla Regione fino ai singoli istituti scolastici. È stata evidenziata anche la centralità della comunità e delle famiglie nell'attivare azioni di prevenzione dirette a contrastare comportamenti a rischio ed è stata segnalata la difficoltà da parte dei genitori e delle famiglie che necessitano di interventi di sostegno e di supporto. La scuola deve, dunque, costituirsi come un luogo di confronto e di educazione anche per le famiglie, attraverso incontri di formazione con professionisti, pedagogisti o con psicologi che operano nel settore delle dipendenze.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tavola Rotonda B - Interventi di comunità



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

6.3 Tavola Rotonda B - Interventi di comunità

Nel successivo intervento il Dr. Soli introduce la seconda Tavola Rotonda dal titolo “**Interventi di comunità**” che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

- **Cultura, prevenzione e territorio** Dr. Edoardo Polidori, AUSL della Romagna;
- **Il ruolo dell'informazione e Mass Media nella prevenzione e la presa in carico precoce** Dr.ssa Patrizia Saraceno, Ce.I.S. don Mario Picchi;
- **I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'** Dr.ssa Floriana Colombo, CNCA;
- **Considerazioni su prevenzione e presa in carico precoce** Dr. Giuseppe Barletta, ASL Roma 4;
- **Combattere lo stigma per anticipare la diagnosi** Dr.ssa Paola Sacchi, Regione Lombardia.

6.3.1 Cultura, prevenzione e territorio

Edoardo Polidori

Fare campagne realmente informative, con un pubblico *target* ben identificato a seconda del mezzo utilizzato. Tale scelta comporta, per esempio, usare il canale televisivo per rivolgersi ad un pubblico di genitori/nonni, mentre Facebook fa riferimento ad un *target* di adulti/associazioni/istituzioni e Instagram si rivolge a giovani adulti; Tiktok ha un pubblico di giovanissimi/adolescenti.

Vista la delicatezza del tema gli adolescenti, in particolare, andrebbero aiutati a comprendere che rivolgersi ad un servizio non vuol dire essere considerati tossicodipendenti ma trovare un luogo dove ragionare sui propri consumi e comprendere meglio i meccanismi (anche illegali) che sono dietro ad alcuni comportamenti.

Gli adulti devono invece essere aiutati a uscire dalla dinamica di “vergogna” o di fallimento che sorge quando si scopre che il figlio fa uso di alcune sostanze (frequentemente cannabis), sottolineando i rischi ma operando anche, in molti casi, un ridimensionamento degli stessi e collocando il consumo all'interno delle dinamiche adolescenziali. Gli adulti andrebbero poi richiamati sul fattore di rischio che riveste il consumo di sostanze legali (alcol e tabacco) in minore età.

Nel pensare alle campagne per adolescenti non bisogna dimenticare che ci si sta rivolgendo ad una fetta di popolazione che, molto facilmente, è già consumatrice di sostanze illegali o ha una parte di amici che usano sostanze. Lo stile della comunicazione dovrebbe essere non giudicante e pensare a messaggi volti a ridurre i danni e i rischi (anche legali) legati al consumo di sostanze più che a impedirne l'uso. Riguardo al settore degli interventi di comunità bisognerebbe far rientrare la progettazione all'interno dei vari tavoli dei Piani di Zona che i Comuni devono programmare e valutare annualmente.

Far rientrare gli interventi di prevenzione in una programmazione congiunta con le amministrazioni comunali e con le associazioni o gli Enti Accreditati del territorio è la miglior garanzia di uno sguardo aperto, anche territorialmente, su questo settore. I Piani di Zona devono infatti confrontarsi attivamente sulle problematiche rilevate e consentono una programmazione economica condivisa, con definizione di compiti e di ambiti di responsabilità. È chiaro che questo ha una fluidità maggiore laddove i Comuni (e quindi gli ambiti territoriali di progettazione e di intervento) sono di dimensioni piccole o medie, mentre potrebbero emergere grandi difficoltà in dimensioni corrispondenti ad aree metropolitane o a Comuni di grandi dimensioni.

La programmazione degli interventi dovrà saper coniugare le esigenze di ben-essere della popolazione con quelle della sicurezza. In questo senso vanno valorizzate le raccomandazioni contenute all'interno del Piano strategico Europeo 2021-2015 per i risvolti che hanno in termini preventivi e di presa in carico precoce delle situazioni di uso problematico.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Penso rivesta carattere d'urgenza parlare di organizzare, anche in Italia, *Drug Consumption Rooms*, rivedendo quanto previsto dalla 309/90 sul tema. Tali esperienze si sono dimostrate importanti sia nel diminuire complessivamente la trasmissione di patologie infettive e la mortalità per overdose, sia nel facilitare l'accesso ai servizi formali di cura da parte di una tipologia di utenti altamente problematica e fonte di notevole allarme sul territorio. Ovviamente tale progettualità deve essere sviluppata in una forte alleanza tra servizi sanitari, enti comunali, associazioni del territorio, forze dell'ordine.

Altra considerazione va svolta sulla reale necessità o meno di tali spazi sanitari, che sono strettamente connessi alla presenza di aree di consumo/spaccio all'interno del tessuto urbano, per cui in alcune realtà potrebbero avere senso e in altre non averlo assolutamente. Quanto esposto fa emergere, a mio avviso, la necessità di "*drug policies*" volte a costruire una cultura di comunità.

Questo deve riguardare ovviamente anche la cultura del divertimento e di tutto quanto attraversa il "mondo della notte". In tali contesti, formali e informali, sarebbe bene garantire ai professionisti la possibilità di analizzare sostanze (*drug checking*) come strumento di contatto e di ingaggio con consumatori, probabilmente non problematici, che in tale maniera potrebbero iniziare ad allacciare rapporti non conflittuali con le istituzioni. Anche sul *drug checking* andrebbero introdotte le opportune modifiche legislative. In caso di soggetti minorenni va inoltre facilitato l'eventuale accesso ai servizi per primo contatto, valutazione e avvio di percorsi terapeutici senza il vincolo di coinvolgere obbligatoriamente i familiari per un eventuale consenso, in quanto tale obbligo diventa molto facilmente una forte limitazione rispetto a molte richieste di aiuto. Il coinvolgimento della famiglia deve essere un esito del percorso di accompagnamento e di cura e non una premessa indispensabile allo stesso.

Bibliografia

- Ker K. e Chinnok P. (2008): "Interventions in the alcohol server setting for preventive injuries" (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3
- Calafat A., Juan M. e Duch M.A. (2009), "Preventive interventions in nightlife: a review", *Addictions*, 21(4), pp. 387-414.
- Calafat A. (2010), *Prevention interventions in recreational settings*, Council of Europe, Strasbourg.
- EMCDDA (2013), *Mass media campaigns for the prevention of drug use in young people*
- INSERM, MILDECA (2021), *L'évaluation scientifique confirme l'intérêt des salles de consommation à moindre risque (SCMR)*.
- EMCDDA, *Drug consumption rooms to reach most marginalized injecting drug users and to facilitate access to health care services – evidence summary*
- EMCDDA (2017), *Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges*.

6.3.2 Il ruolo dell'informazione e mass media nella prevenzione e la presa in carico precoce

Patrizia Saraceno

L'informazione oscilla tra un allarmismo moralistico e una sottovalutazione del problema. I problemi di dipendenza hanno smesso di suscitare allarme sociale, piuttosto la tendenza è a normalizzare l'abuso di sostanze, anzi, in alcuni casi determinati stili di vita vengono presentati come positivi, legati a un'immagine sociale in cui gli aspetti di trasgressione acquisiscono connotazioni positive e attrattive.

L'altra tendenza è quella di assumere un atteggiamento paternalistico in un'ottica deresponsabilizzante. È urgente una riflessione sul ruolo che i mezzi di comunicazione hanno nel costruire la percezione del problema sia sugli aspetti più specificamente tecnici sia su quelli sociali.

Conoscere il nostro *target*: i giovani sono solitamente consapevoli dei rischi ma tendono a sottostimarli. Importante è la funzione del gruppo dei pari: l'approvazione del gruppo primario, la popolarità che si ottiene adottando determinati stili di vita è fondamentale, soprattutto nella fase iniziale. È dunque essenziale che la comunicazione sia chiara, che si evitino di veicolare messaggi ambivalenti che connotano positivamente stili di vita negativi oppure li stigmatizzano senza appello.

Informazione su NPS, abuso di alcol e gioco d'azzardo: questi temi costituiscono le nuove emergenze nel campo delle dipendenze patologiche, in particolare la diffusione delle NPS ha determinato un impatto psicopatologico devastante: le patologie psichiatriche spesso irreversibili sono in costante aumento tra i giovani proprio per l'interazione di queste sostanze e gli assetti neurobiologici di un cervello in fase evolutiva.

Inoltre le NPS sono sempre più frequentemente "mascherate" da sostanze di abuso tradizionali, di fatto le analisi di laboratorio mostrano un'elevata discrepanza tra quanto si pensa di assumere e quanto in realtà si assume.

Un capitolo a parte merita la cannabis attualmente usata: è una sostanza geneticamente modificata che presenta un contenuto di THC molto più elevato che determina sempre più frequentemente esordi psicotici gravi. Il disturbo da gioco d'azzardo è affrontato frequentemente con ambiguità: da una parte viene pubblicizzato e considerato un comportamento gestibile dall'altra è rappresentato come un flagello che distrugge vite. Il consumo di alcol tra le giovani generazioni è un fenomeno preoccupante e in forte crescita specialmente nella modalità di assunzione e nell'orientamento verso mode alcoliche. L'impatto sociale è enorme (rischi per la salute e la sicurezza, incidentalità stradale e violenza, riduzione della qualità della vita nei territori ad alta concentrazione di locali notturni).

Ci troviamo di fronte a messaggi ambigui: da una parte *spot* pubblicitari aggressivi che collegano l'alcol a stili di vita ricchi di fascino e dall'altra un allarme sociale generalizzato.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Ruolo dei social media nella prevenzione: con lo sviluppo delle nuove tecnologie i Social Media sono diventati stabilmente e irrinunciabilmente parte del nostro quotidiano e hanno un potenziale di influenza enorme specialmente sulla popolazione giovanile. Pertanto occorre una formazione specifica per dotare gli operatori di strumenti in grado di contrastare la disinformazione coinvolgendo gli utenti in modo attivo e partecipativo.

I dati italiani mostrano che i soggetti di età giovanile presi in carico e in trattamento è ancora inferiore alle attese. I limiti operativi sono rappresentati da rigide definizioni dei *target* clinici, compartimentazione per età e separazione delle professionalità; insufficiente integrazione e presenza di sistematiche strategie di prevenzione.

Le macro aree su cui si propone di intervenire sono il Sistema dei Servizi, promuovendo la centralità della persona, l'integrazione, la scelta del luogo di cura e la garanzia delle risorse, la co-progettazione e protocolli di intervento condivisi; la Prevenzione, elaborando strategie con modelli di intervento che integrino specifiche competenze professionali, agenzie pubbliche e private che lavorano in partnership tra loro e con la comunità locale; promuovere una capillare presenza territoriale in cui è possibile cogliere i segnali di disagio e intervenire tempestivamente; la *Governance*: promuovendo il processo integrato di presa in carico globale della persona. Perseguire l'obiettivo della diagnosi e presa in carico precoce presuppone un lavoro coordinato tra i servizi e le agenzie che, a vario titolo, hanno una relazione di prossimità con la popolazione adolescenziale. È indispensabile incrementare le competenze di tutto il personale volti all'identificazione e segnalazione tempestiva di soggetti a rischio, costituire gruppi di lavoro interdipartimentali con specifici protocolli definendone la titolarità del trattamento.

Si ritiene fondamentale un sistema nazionale e territoriale in grado di rispondere adeguatamente alla crescente domanda di intervento, una ridefinizione del sistema di Servizi che intercetti il disagio e abbia le risorse adeguate per affrontarlo efficacemente.

6.3.3 I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

Floriana Colombo

L'elemento strategico di innovazione del PNP 2020-2025 sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un approccio intersettoriale e multidisciplinare di Promozione della Salute, ricomprendendo quindi in questa *vision* anche il Programma Predefinito di Prevenzione alle Dipendenze (PP4).

Esso è volto a migliorare l'approccio per *setting*, richiamandoci a una maggiore interazione tra tutti i *setting* (la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari), e spronandoci a concentrarci su strategie integrate e trasversali, e a superare quelle contraddizioni operative che ci portano poi nella pratica a muoverci ancora come sistema organizzato "a canne d'organo specializzate".

Il Piano ci invita a rafforzare le capacità di 'attivazione a rete' tra i Servizi per le Dipendenze, gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, il Terzo Settore, le Associazioni di auto mutuo aiuto, le associazioni di categoria, le Forze dell'Ordine etc. Ma prevede anche il coinvolgimento dei cittadini, così come dei diversi attori collettivi territoriali, nell'analisi dei fattori protettivi e dei fattori di rischio, insiti nei nuovi fenomeni emergenti (ad es. NPS, dipendenze comportamentali e tecnologiche), e nell'implementazione di interventi mirati, co-programmabili nelle diverse comunità locali, che pur se in territori magari limitrofi, presentano marcate diseguaglianze di salute o differenze nella capacità di agire sui determinanti di salute.

"Partecipazione" della comunità, "responsabilizzazione" ed "equità" sono principi-chiave cruciali dell'approccio per *setting* del PNP, che a più riprese individua l'Ente locale (il singolo Comune) e il *setting* di comunità quale "*super-setting*" in cui convergono processualmente gli altri *setting*.

Il PP4 Dipendenze è improntato al modello operativo dell'*Health Equity Audit*. A questo scopo è importante che venga incentivato e allestito un sistema partecipativo-operativo basato su 'coalizioni locali', per aiutare le parti interessate della comunità e i decisori/amministratori locali ad analizzare e comprendere gli specifici fattori di rischio e di protezione di un dato contesto socio-culturale e fisico-ambientale, e a scegliere le priorità di azione sulla base delle sfide e dei punti di forza della comunità, lungo programmi pluriennali appropriatamente monitorati, valutati e implementati.

CTC *Community That Cares* (EMCDAA 2017) è un modello metodologico-operativo cui ispirarsi, perché ben si presta a mobilitare le coalizioni locali (e i giovani stessi) nell'analizzare i dati epidemiologici e quelli sui fattori di rischio e di protezione, nello scegliere politiche, pratiche e programmi di prevenzione basati su evidenze di efficacia, e nell'implementare strategie progressive. I CTC hanno dimostrato di fare la differenza nel ridurre l'impatto dei rischi specifici e nel rafforzare i fattori protettivi, in particolare in alcune comunità locali del Nord America. CTC si articola in 5 fasi che alternano workshop di *capacity building* dei *leader* di comunità con laboratori operativi aperti, lungo un continuum che si dispiega ciclicamente su diverse annualità (da 2 a 5 anni per avere risultati apprezzabili).

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Anche se la sua efficacia deve ancora essere chiaramente valutata in Europa, sarebbe interessante sperimentare e valutare l'efficacia del CTC anche da noi, adattandolo ai nostri contesti socio-culturali-relazionali locali. A Milano e nella città metropolitana ad esempio, nel recente passato abbiamo sperimentato con successo la costruzione di coalizioni locali ad hoc, per rafforzare i piani di prevenzione ambientale nei luoghi della 'movida', così come nell'implementazione del piano locale GAP.

Inoltre il PP4 richiama i paradigmi dell'*empowerment* e della coesione sociale nei contesti di vita, con attenzione all'aggancio precoce di individui e gruppi vulnerabili, e ai *target* più difficili da raggiungere, con un *focus* sulle attività di *outreach* (es. nei luoghi del divertimento notturno) e a bassa soglia, ossia anche in contesti con condizioni di rischio sociale elevato.

A questo proposito merita qui sottolineare che l'intervento di aggancio precoce si connota prioritariamente come l'aggancio di un soggetto a rischio su un aspetto di vulnerabilità e potenziale problematicità, non di patologia franca, e quindi ricade in un'area che si colloca tra la prevenzione selettiva e la prevenzione indicata.

Le prese in carico precoci sono possibili e tempestive se raccordate agli interventi di prevenzione universale nei contesti primari di vita o di socialità. Per essere efficaci hanno bisogno di luoghi fisici non stigmatizzanti, o di luoghi non connotati come servizi specialistici. Semplificare l'accesso a servizi di aggancio precoce, nel raccordo con gli interventi nei contesti naturali di vita (nelle scuole, nei luoghi di aggregazione e del divertimento, negli ambienti di lavoro) senz'altro aumenterebbe l'efficacia del sistema locale di prevenzione.

Bibliografia

EMCDAA (2017), Community That Cares (CTC): a comprehensive prevention approach for communities, EMCDAA Papers

BERTOLINI E., SALVIATI S. (traduzione a cura di), Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents, in Quaderni della prevenzione – quaderno n° 6 (2012).

"La ricerca-azione di comunità", P. Branca, Floriana Colombo, in AA.VV. Il lavoro nella comunità locale: percorsi per una cittadinanza attiva - Quaderni di Animazione Sociale, EGA Torino -2008, pp.123-158

6.3.4 Considerazioni su prevenzione e presa in carico precoce

Giuseppe Barletta

Il concetto di presa in carico precoce è legato senza soluzione di continuità a quello di diagnosi precoce.

Quando si parla di diagnosi e presa in carico precoce solitamente ci si muove nell'ambito della prevenzione selettiva, vale a dire di quella tipologia di prevenzione relativa a soggetti che presentano maggiore vulnerabilità all'uso di sostanze e, in questo senso, il fatto di essere adolescenti per molti autori rappresenta già di per sé un fattore di rischio. Ma non solo, la presa in carico precoce deve essere considerata anche per quei soggetti che già hanno avuto più contatti con le sostanze, al fine di individuare quei fattori di rischio inerenti la struttura di personalità, ovvero familiari e ambientali che possano contribuire ad una stabilizzazione dell'uso e e/o ad una evoluzione verso forme di dipendenza più o meno gravi. In quest'ultimo caso appare chiaro il sottile confine e la sovrapponibilità di aree che esistono tra presa in carico precoce e trattamento precoce.

Da tempo sappiamo che il principale problema in termini di presa in carico e trattamento è l'ampio periodo di tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso e l'approdo ai servizi, periodo che in genere non è inferiore ai 6 – 8 anni. Proprio questa lunga latenza appare il principale fattore in grado di incidere negativamente sul piano prognostico, compromettendo la possibilità di un'evoluzione positiva.

Una ormai vasta letteratura scientifica ci dice che alcune condizioni cliniche che si manifestano precocemente, pensiamo all'ADHD, mostrano un forte impatto sull'uso di sostanze in età adulta.

Da qui dunque l'importanza di una diagnosi precoce per una presa in carico precoce non soltanto rispetto all'uso di sostanze ma anche all'individuazione di condizioni cliniche che possono esitare in un aggravamento della vulnerabilità e del rischio.

A supporto di quanto detto, non bisogna dimenticare che la percezione del rischio è minore in età adolescenziale quando sono frequenti i comportamenti tesi proprio alla sfida e alla ricerca del rischio. Anche i cambiamenti del mercato non aiutano, basti pensare alle Nuove Sostanze Psicoattive vendute sul WEB e quindi accessibili anche ai minori, per le quali si riscontra un uso significativo tra gli adolescenti, come mostrato dall'ultima relazione al Parlamento sulla droga.

Precedenti esperienze italiane hanno evidenziato alcuni limiti nella realizzazione operativa di percorsi di intervento precoce, legati in qualche modo alla scarsa consapevolezza del rischio, ma soprattutto ad una modalità di invio ai servizi, vissuta in maniera punitiva dall'adolescente e con forte stigma dai familiari. Questi vissuti si sono rivelati entrambi come condizioni in grado di produrre una potente conflittualità, con il risultato di un abbandono, questo sì precoce, della consulenza.

Allora diventa chiaro che bisogna intervenire anche sullo stigma, facendo un'operazione in grado di modificare anche la percezione dei servizi. È necessario riqualificare i servizi per le dipendenze, Pubblici e del Privato Sociale; e penso ai Ser.D, verso cui certa politica continua a mostrare comportamenti di pregiudizio,

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

considerandoli tutt'al più ancora come luoghi di mera distribuzione farmacologica e che molte persone per vergogna non ne varcano la soglia pur avendone bisogno. Prevenire è anche informare correttamente: un uso di sostanze non necessariamente esita in una condizione di dipendenza e, al pari di tante altre condizioni cliniche, più precocemente si interviene migliori saranno i risultati.

La logica complessiva legata alla prevenzione che sottende il ragionamento comprende quindi un livello di corretta informazione (un'operazione culturale? intellettuale? di sensibilizzazione?) che riconsideri il tema "uso di sostanze", anche di quelle legali e dei comportamenti di *addiction*, ponendosi l'obiettivo di andare oltre lo stigma e il pregiudizio.

Tale corretta informazione deve far sì che sia incoraggiata la richiesta di intervento laddove se ne ipotizzi la necessità, il più precocemente possibile: dovrebbero essere coinvolti in questa fase tutti i sensori territoriali rivolti ai giovani (scuole prima di tutto, associazioni etc.).

Allo stesso tempo deve essere ripensata la rete dei servizi, con l'individuazione di idonei percorsi che possano garantire idonee modalità di invio, luoghi di incontro altrettanto idonei e coerenti con eventuali programmi di trattamento. Deve essere garantita la possibilità di accesso ai minori e a loro ricondotte le capacità decisionali, anche in assenza di accordo con i genitori.

Appare imprescindibile anche un'azione informativa e di sensibilizzazione nei luoghi di esplicito consumo come ad es. i rave, laddove una corretta informazione sulle sostanze circolanti ed una adeguata assistenza medica hanno mostrato di essere in grado di ridurre i rischi e contenere i danni.

6.3.5 Combattere lo stigma per anticipare la diagnosi

Paola Sacchi

Il principale problema nell'ambito della clinica delle dipendenze è rappresentato dal ritardo con cui i pazienti si rivolgono ai Servizi: una media di 6/7 anni dalla comparsa dei primi sintomi all'arrivo al sistema di cure. Nel caso delle sostanze legali (alcol, psicofarmaci) il periodo di malattia non trattata si allunga ulteriormente, arrivando anche a 10 anni.

Tali dati sono condivisi a livello della letteratura scientifica internazionale e le dipendenze rappresentano una delle patologie con il più lungo tempo di latenza nella medicina occidentale. Questa condizione ha gravi conseguenze dal punto di vista clinico in quanto compromette fortemente le possibilità di evoluzione positiva: la letteratura scientifica in materia evidenzia come una diagnosi precoce e un intervento tempestivo aumentino in modo statisticamente significativo la percentuale di guarigioni e migliorino in modo consistente il decorso della patologia.

Oltre alle conseguenze sul singolo, tale situazione altera la percezione della patologia nella popolazione generale, confermando l'idea pessimistica e senza speranza che le dipendenze rappresentino una condizione cronica. La cronicità in realtà è la complicazione della malattia non trattata, non la malattia stessa e questo equivoco clinico e culturale zavorra al basso le possibilità di intervento: spesso si tratta di pazienti giovani, con ampie aspettative di vita, per cui altri settori della medicina metterebbero in campo risorse infinite, energie e positività.

Tra le principali cause di tale equivoco vengono individuate lo stigma e il pregiudizio che alonano tali condizioni, purtroppo condivisi anche da molti operatori socio-sanitari.

Tali convinzioni non trovano per altro riscontro nella letteratura scientifica che riporta alte percentuali di soggetti che riescono ad interrompere l'uso di sostanze (in generale circa il 30% dei soggetti trattati).

Stigma e pregiudizio vanno combattuti attraverso un profondo mutamento culturale: è necessario modificare la percezione e l'atteggiamento verso le persone che utilizzano sostanze in modo patologico.

Va diffusa una cultura più realistica, positiva e scientificamente validata.

Campagne informative e formative devono far transitare le dipendenze da un'area caratterizzata da pessimismo ed emarginazione a un'idea più ottimistica e fiduciosa, in un'ottica di reale equiparazione tra salute mentale e salute fisica.

È necessario:

- aumentare le conoscenze relative alle dipendenze e alle diverse possibilità di trattamento
- promuovere iniziative volte a migliorare l'atteggiamento generale verso le persone affette da dipendenza
- promuovere azioni specifiche che prevengano e superino il discrimine e il pregiudizio
- informare le persone che una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo possono cambiare completamente la storia della malattia

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

È molto importante collaborare con i “media” per favorire uno stile di comunicazione corretto sul tema dell'uso di sostanze: spesso le notizie sono date in modo sensazionalistico, quasi mai fornendo informazioni sulla rete di servizi di aiuto che è disponibile e sulle reali possibilità di cura oggi a disposizione.

È necessario sviluppare campagne di comunicazione che accrescano la consapevolezza sulle dipendenze e su quali siano le opzioni di trattamento, che incoraggino le persone che si trovano in una condizione di sofferenza a parlarne e a chiedere aiuto, favorendo l'accettazione sociale di chi usa sostanze nel mondo del lavoro, nella scuola, in tutti i contesti della vita reale.

Va sviluppata nei giovani la consapevolezza che una situazione di disagio emotivo o psicologico può trovare aiuto e ascolto, e che si possono trovare opportunità di cura e di supporto che evitano un percorso di malattia e di sofferenza più grave.

È necessario sviluppare servizi dedicati ai giovani, punti di ascolto e di supporto facilmente accessibili e concepiti in modo tale da poter essere un punto di riferimento per quella popolazione, quali ad esempio i Centri di Informazione e Consulenza (CIC) previsti dal DPR 309/90.

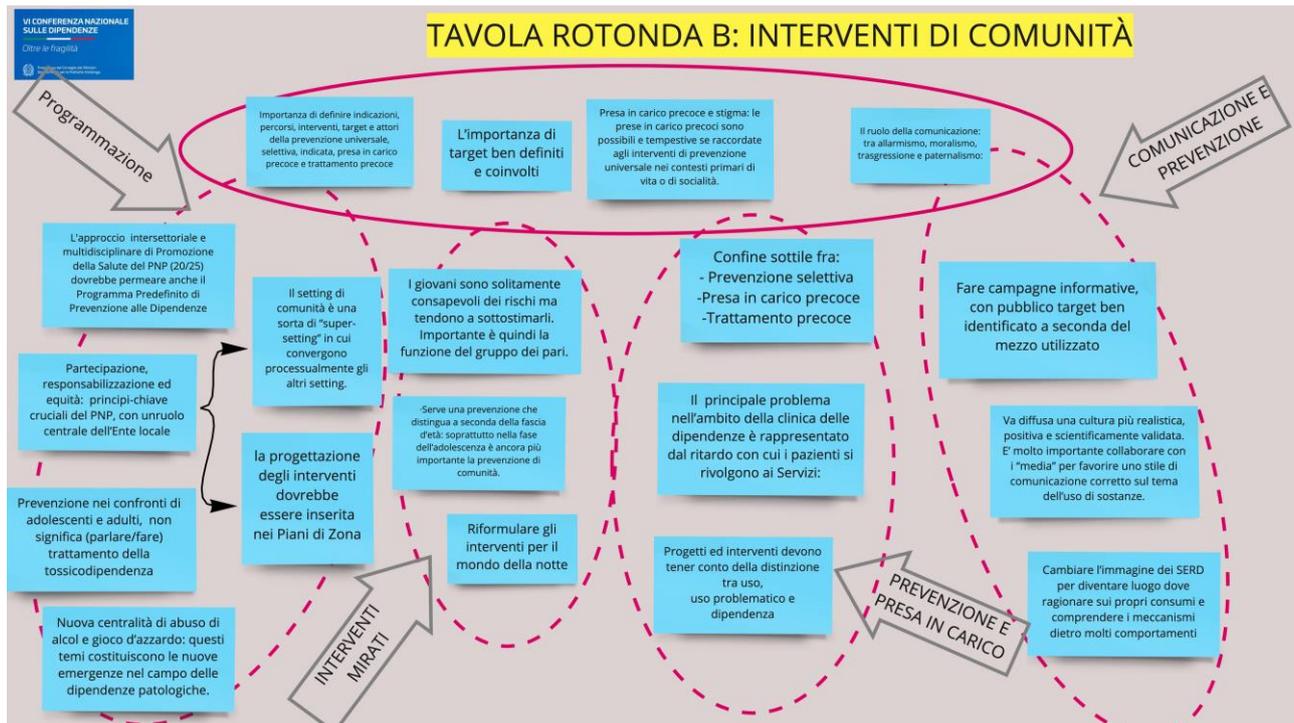
È fondamentale interrompere il circolo vizioso per cui le persone, impaurite dal fatto di essere stigmatizzate ed escluse, si rivolgono al sistema di cure dopo anni, arrivando con situazioni di tale gravità per cui è davvero difficile ottenere un miglioramento, confermando così all'intera società che per loro non c'è nulla da fare.

Bisogna invece instaurare un circolo virtuoso in cui le persone e i loro familiari si rivolgono precocemente e, grazie a interventi efficaci e tempestivi, migliorano e mostrano a tutti come sia possibile avere un'evoluzione migliorativa e perfino guarire.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

6.3.6 Sintesi Tavola Rotonda B – Interventi di Comunità

La presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della seconda Tavola Rotonda, è stata seguita dalla seguente sintesi per concetti chiave.



Per quanto riguarda gli interventi di comunità, gli elementi di carattere generale che emersi dai contributi degli Esperti sono:

- l'importanza di definire indicazioni, percorsi, interventi, *target* e attori per i diversi tipi di prevenzione che si mettono in campo (universale, selettiva e indicata) e per i percorsi di presa in carico precoce e trattamento precoce;
- l'importanza e la centralità dei *target*, che devono essere chiari nella loro definizione e soprattutto devono sentirsi modo coinvolti;
- la presa in carico precoce e lo stigma: le prese in carico precoce sono possibili e tempestive se ricollegate ad interventi di prevenzione universale fatti nei contesti primari di vita o di socialità, ossia se la comunità nel suo insieme diventa un ambito dove questi interventi possono essere realizzati sia in maniera generale sia in maniera mirata;
- il ruolo fondamentale giocato dalla comunicazione che è sempre in bilico tra allarmismo, moralismo trasgressione e paternalismo.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Gli elementi scaturiti dai vari interventi possono essere raggruppati in quattro diverse macro-aree:

- **Programmazione.** L'approccio intersettoriale e multidisciplinare di promozione della salute del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP 2020-2025) dovrebbe permeare anche il Programma Predefinito di Prevenzione delle Dipendenze.

All'interno di quest'area di programmazione di carattere generale devono essere sviluppati alcuni principi che sono: la partecipazione, la responsabilizzazione e l'equità. Un ruolo centrale in questo ambito è ricoperto dall'istituzione preposta alla presa in carico della comunità nel suo insieme, ossia l'Ente Locale. Un ruolo fondamentale è ricoperto anche dal *setting* di comunità che viene definito come una sorta di "*super setting*", in cui convergono processualmente gli altri *setting*. La progettazione degli interventi dovrebbe essere inserita nei Piani di Zona, che rappresentano l'elemento di programmazione dove possono realizzarsi, da un lato, le progettualità mirate e contestualizzate verso le comunità e, dall'altro, dove possono trovare piena esplicitazione le coalizioni locali degli attori, che verrebbero in tal modo coinvolti in maniera partecipata e attiva. La prevenzione che dovrebbe realizzarsi nei confronti di adolescenti e adulti non significa fare trattamento della tossicodipendenza quanto piuttosto intervenire e promuovere stili di vita che possano contrastare l'uso e l'abuso di sostanze.

Infine, è emersa la necessità di dare una nuova centralità al tema dell'abuso di alcol e gioco d'azzardo che dovrebbero entrare nell'ambito di programmi specifici, come in parte già sono, ma dovrebbero essere ancora più estesi in tutte le Regioni e su tutto il territorio nazionale. Questi temi costituiscono le nuove emergenze nel campo delle dipendenze patologiche e quindi, anche in questo senso, la programmazione sia di carattere generale sia più mirata e territoriale ne deve tenere conto.

- **Interventi mirati.** I giovani sono solitamente consapevoli dei rischi relativi all'uso e l'abuso di sostanze ma tendono a sottostimarli. Pertanto è importante realizzare campagne mirate e fare progetti mirati in cui c'è la possibilità di sviluppare anche la funzione positiva del gruppo dei pari. In questo contesto serve una prevenzione che si distingua a seconda della fascia di età e, soprattutto, nell'area dall'adolescenza si manifesta come ancor più necessario un intervento di prevenzione di comunità in quanto accanto ai giovani vengono coinvolte anche altre agenzie educative primarie, tra cui appunto anche le famiglie e genitori. Infine, occorre ripensare e rimodulare gli interventi anche per il mondo della notte.
- **Prevenzione e presa in carico.** C'è un confine sottile fra prevenzione selettiva, presa in carico precoce e trattamento precoce, tuttavia, il tema principale rimane quello di ridurre al massimo i tempi di latenza tra il momento in cui si presenta la possibilità di fare l'aggancio, e quindi di immettere in percorsi di presa in carico, e il trattamento di persone che vivono un particolare problema di dipendenza. Il problema principale nell'ambito della clinica è rappresentato, di fatto, dal ritardo con cui pazienti si rivolgono ai servizi.
Infine, è stata evidenziata l'esigenza che progetti e interventi, tengano sempre conto della distinzione tra uso problematico e dipendenza.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

- **Comunicazione e prevenzione.** In questo ambito è emerso il bisogno di realizzare campagne informative rivolte verso un pubblico *target* ben identificato a seconda del mezzo utilizzato ed è ritenuta prioritaria la diffusione di una cultura più realistica, positiva e scientificamente validata. Risulta, quindi, importante collaborare con i media per favorire uno stile comunicativo corretto sul tema dell'uso di sostanze.

Infine, è emersa l'esigenza di cambiare l'immagine dei Ser. D. per renderli un luogo in cui ragionare sui propri consumi e comprendere i meccanismi che esistono alla base di molti comportamenti. La rappresentazione dei Ser. D. deve essere modificata anche perché attorno a questa si può consolidare il fenomeno dello stigma e del pregiudizio che tende molto ad allontanare le persone. Rispetto a questo è stata evidenziata la necessità di percorsi, luoghi e personale idonei, che siano adeguati anche per intercettare soggetti giovani e giovanissimi.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tavola Rotonda C - Strategie nazionali



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

6.4 Tavola Rotonda C – Strategie nazionali

L'ultima Tavola Rotonda introdotta dal moderatore è quella dal titolo “**Strategie nazionali**” che raccoglie i seguenti interventi, riportati integralmente a seguire:

- **Interventi e formazione *evidence-based*** Dr.ssa Rachele Donini, Regione Liguria;
- **Spunti sulla prevenzione** Dr. Paolo Merello, Intercear Liguria;
- **Linee di indirizzo istituzionali** Dr.ssa Maria Migliore e Dr. Pietro Canuzzi, Ministero della Salute.

6.4.1 Interventi e formazione *evidence-based*

Rachele Donini

Per l'elaborazione della relazione si è tenuto conto del Piano d'Azione Nazionale antidroga (PAN) 2010-2013, della L. 309/90, del corrente piano d'azione della UE in materia di droga 2021/2025 e dei contributi offerti dagli esperti, relativi all'argomento trattato.

Dalla L.309, il fenomeno dell'uso di sostanze si è profondamente modificato, sia in termini culturali che sociali. La letteratura scientifica di settore ha sviluppato un corpus teorico, metodologico e di ricerca con evidenze di efficacia significative per orientare, riorientare o dismettere interventi nel campo della prevenzione. Oggi è pertanto doveroso aggiornare i piani e le leggi future con le nuove conoscenze a disposizione.

Per quanto attiene alla L. 309/90, si fa riferimento agli artt. 104,105, 106 e 108 relativi ad interventi di educazione ed informazione promossi dal MIUR. Il titolo XI è dedicato agli interventi preventivi, pur senza citarne alcuno e darne una chiara definizione.

Nel PAN - redatto sulla base delle indicazioni emerse dalla conferenza nazionale droghe e del piano d'azione della UE- la formazione degli operatori ed il coordinamento tra tutte le forze in campo vengono riconosciuti come un'azione trasversale a tutte le 5 principali aree di intervento, fra cui la prevenzione, intesa come "informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti (*early detection*) e approccio educativo".

Nel corrente piano d'azione della UE 2021/2025, di cui il futuro PAN italiano dovrà necessariamente tenere conto, la priorità strategica n. 5 indica chiaramente la necessità di "Prevenire il consumo di droga, rafforzare la prevenzione della criminalità e sensibilizzare i cittadini e le comunità riguardo agli effetti dannosi che ne derivano". Nell'azione n. 28 si evidenzia la necessità di "Provvedere ad una più ampia diffusione dei corsi di formazione previsti dal programma europeo di prevenzione (EUPC) e, se necessario, aggiornare il manuale".

Il nuovo PAN dovrà tenere conto anche di quanto già indicato nel piano predefinito n. 4 "Dipendenze" contenuto nel Piano Nazionale Prevenzione. La collaborazione inter-istituzionale è qui necessaria al fine di sviluppare utili ed insostituibili sinergie. La collaborazione Min. Salute/DPA permetterebbe una razionalizzazione delle spese, una migliore disseminazione degli interventi e della formazione *evidence-based* e lo sviluppo di reti di collaborazione, riducendo la frammentazione e la dispersione di forze, sia in termini economici che di risorse umane. Merita qui citare la risorsa rappresentata dal Network Italiano di *Evidence-based Prevention* che fa il supporto al PNP su tutte le attività di prevenzione. Andrebbe chiarito quale/i ente/i hanno il compito precipuo di dare diffusione agli interventi e alla formazione *evidence-based*. Non è chiaro chi abbia la responsabilità di diffondere e formare sulle evidenze di efficacia accreditate. E' utile ricordare che esistono a livello italiano risorse umane formate dal progetto europeo ASAP-Training, accreditate da EMCDDA per fare formazione su EUPC.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

In Italia, i manuali di riferimento sono ancora poco conosciuti, così come le risorse dell'EMCDDA, in particolare il *Best Practice Portal* ed il *Xchange repository*. I motivi vanno rintracciati, in parte, nella barriera linguistica. I manuali sono in inglese, anche se EUPC sarà presto disponibile in italiano. Vi è poi una riluttanza, sia negli operatori che nei decisori politici, nell'accogliere le evidenze di efficacia. Le vecchie strategie di tipo informativo danno maggiore visibilità, sebbene dimostrino la loro inefficacia e richiedono una minore complessità implementativa. In questi anni, inoltre, sono state poche le occasioni di formazione sulle evidenze di efficacia.

Attualmente da più parti (PNP, piano d'azione UE e la stessa conferenza nazionale in preparazione) viene posta un' enfasi sulla formazione degli addetti alla prevenzione. Non è più possibile improvvisare sugli interventi preventivi ed è unanimemente riconosciuta l'importanza di valutare gli interventi e di seguire programmi dimostratisi efficaci.

È utile pensare, come nella Repubblica Ceca, ad un percorso di accreditamento per coloro che pianificano ed implementano interventi preventivi. In tal modo verrebbero richieste competenze mirate e specifiche ai professionisti del settore e la qualità degli interventi ne gioverebbe.

Nel futuro PAN la formazione dovrebbe continuare ad essere prevista come un'azione trasversale ai diversi settori d'intervento, compresa la prevenzione. Come già indicato nel piano europeo, si dovrebbe provvedere ad una più ampia diffusione dei corsi di formazione EUPC, da parte di formatori accreditati dall'EMCDDA. Gli operatori del settore dovrebbero essere incentivati a seguire corsi di aggiornamento obbligatori, prevedendo l'accREDITamento con ECM e possibilmente facilitandone la partecipazione con costi a carico delle istituzioni di cui fanno parte.

Bibliografia

EMCDDA. (2019). European prevention curriculum: A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use. Publications Office of the European Union.

UNODC. (2013 & 2018). International Standards on Drug Use Prevention.

H.Sumnall, A.Brotherhood, (2011). European drug prevention quality standards, EMCDDA Publications of the European Union.

DPA.(2010). Piano di azione nazionale antidroga.

COMMISSIONE EUROPEA (2020). Agenda e piano d'azione dell'UE in materia di droga 2021-2025.

6.4.2 Spunti sulla prevenzione

Paolo Merello

La prima fondamentale distinzione è tra:

Prevenzione universale: indirizzata alla popolazione generale, riguarda principalmente aspetti informativi sulle dipendenze e i comportamenti a rischio (ES: campagne informative su alcol e guida)

Prevenzione selettiva: riguarda quei soggetti e gruppi che hanno maggiori fattori di vulnerabilità rispetto al consumo di sostanze (ES: adolescenti). Si pone l'obiettivo di individuare precocemente i fattori di rischio e sostenere i fattori di protezione.

Prevenzione indicata o specifica: indirizzata a soggetti ad alto rischio che già usano sostanze, punta a prevenire eventuali evoluzioni del comportamento d'uso verso la dipendenza.

La valutazione dei fattori di rischio e di protezione va di pari passo con la definizione di *standard* di prevenzione: specie se parliamo di prevenzione selettiva, è importante individuare le caratteristiche dei vari soggetti e gruppi a cui si rivolgono gli interventi. Secondo l'UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*) la prevenzione deve riguardare a 360 gradi le famiglie e le diverse agenzie educative (scuola, associazioni, ecc.), differenziandosi a seconda della fascia d'età e dei soggetti a cui si rivolge. In particolare, si parla di interventi che riguardano:

Prima infanzia: promuovere nei bambini l'attaccamento sicuro; lavorare già con le future madri sul tema della genitorialità, dei comportamenti salutari, sull'attenzione agli aspetti cognitivi, sociali e linguistici del bambino (specie nei contesti più a rischio sul piano socio-economico)

Media infanzia: lavorare su fattori protettivi come le abilità sociali, gli atteggiamenti pro-sociali; stimolare il monitoraggio da parte dei genitori delle attività dei figli (scuola, sport, amicizie ecc.)

Scuola primaria / secondaria di primo grado: trasmettere ai bambini comportamenti pro-sociali e salutari, stimolare il coinvolgimento alle iniziative scolastiche, correggere comportamenti inappropriati o aggressivi. Evitare interventi puramente informativi, privilegiare una prevenzione che sia interattiva e coinvolgente per i ragazzi: ad esempio, laboratori creativi e artistici, attività sportive e ricreative, *media education*. Coinvolgere insegnanti, genitori, personale scolastico.

Adolescenza: rappresenta la fase più a rischio per i comportamenti d'uso di sostanze. Privilegiare interventi di *peer education*, interattivi, lavorare sulle abilità sociali e le "capacità di vita" o *life skills*. Evitare interventi "a spot", meglio programmi strutturati e continuativi svolti a scuola o negli ambienti extra scolastici. Evitare "testimonial" (ad esempio ex tossicodipendenti).

N.B.: in questa fase è ancora più importante la prevenzione di comunità, il lavoro sulla scuola come "comunità educante", che deve coinvolgere genitori e personale scolastico. Importante stimolare una "cultura positiva della scuola", definendo regole, garantendo spazi di confronto (ad es sportelli o *counseling*), evitando approcci esclusivamente punitivi. Monitorare i comportamenti a rischio, ma non eccedere nel controllo (ad es. no test antidroga / cani antidroga).

- Luoghi di lavoro: interventi brevi, informativi, accompagnati da spazi di *counseling* dove sia garantita la tutela del lavoratore. Promuovere in particolare la gestione dello stress lavoro-correlato.
- Politiche e normative su alcol e tabacco: stimolare i decisori politici a definire norme chiare, eliminando la pubblicità e riducendo l'offerta e la disponibilità sul territorio.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

- Campagne attraverso i media: promuovere campagne che siano realizzate in base al *target*. Ad esempio, se ci si rivolge ai giovani, meglio lavorare con la *peer education*, affinché il linguaggio e le forme della comunicazione siano comprensibili e condivise e non “calate dall’alto” dagli adulti. Stimolare campagne informative sui principali social network.

Caratteristiche di un sistema efficace di prevenzione:

- Interventi a lungo termine, non isolati
- Coordinamento tra vari livelli (nazionale, regionale, comunale)
- Coinvolgimento della popolazione generale (prev. Universale) quanto di gruppi e individui a rischio (prev. Selettiva; prev. Specifica)
- Attenzione ai fattori di vulnerabilità e protezione/resilienza sia individuali, sia ambientali
- Interventi su più ambienti (scuola, famiglie, ambienti di lavoro, realtà aggregative extrascolastiche e sportive ecc.). Coinvolgimento di tutti gli attori e gli *stakeholder* presenti in quegli stessi ambienti
- Iniziale attenzione ai dati epidemiologici (età di primo uso delle sostanze, percentuali, gruppi sociali o etnici più vulnerabili ecc.)
- Monitoraggio e valutazione degli interventi
- Approcci validati scientificamente
- Formazione continua degli operatori

Un buon intervento di prevenzione parte da aspetti molto concreti, strutturali, non necessariamente informativi: ad esempio, la riqualificazione e l’abbellimento di un quartiere o di un territorio (illuminazione, aree verdi, spazi di socializzazione ecc.)

Bibliografia

Croce, M., Lavanco, G., Vassura M. (2011), Prevenzione tra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione, Franco Angeli, Milano.

EMCDDA, European drug prevention quality standards (EDPQS),

https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/prevention-standards_en

Marmocchi, P., Dall’Aglio, C., Zannini, M. (2004), Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, Erickson, Trento.

Ottolini, G., Rivoltella P. (2015), Il tunnel e il kayak, Teoria e metodo della peer education, Franco Angeli, Milano.

Riboldi, F., Magni, E., (2016), Droghe ricreative. Le life skills per crescere in-dipendenti, Franco Angeli, Milano.

UNODC, International Standards on Drug Use Prevention,

<https://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>

6.4.3 Linee di indirizzo istituzionali

Maria Migliore e Pietro Canuzzi

Il Ministero della Salute, tra i compiti ad esso assegnati, svolge la funzione di tutela della salute umana, intesa come definizione degli indirizzi generali e coordinamento della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie umane, anche sotto il profilo ambientale. Inoltre, al Ministero della Salute compete il coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale e la definizione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di assistenza (LEA – DPCM 12.01.2017).

Dal Livello essenziale “Prevenzione collettiva e Sanità pubblica” discende il Piano Nazionale di Prevenzione. Il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, contestualizzando nei Macro Obiettivi programmi e relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di salute.

Il PNP è condiviso con le Regioni sia nella fase dell'elaborazione del piano sia nella fase di approvazione in Conferenza Stato-Regioni. Tutte le Regioni avranno quindi il dovere di pianificare i propri Piani di Prevenzione Regionali in coerenza con il PNP, e a cascata lo stesso avverrà per i Piani Locali. Il PNP 2020-2025 si caratterizza, rispetto ai precedenti, per aver previsto i Programmi Predefiniti (PP) ed i Programmi Liberi (PL). In particolare, i PP sono linee di azione uguali e vincolanti per tutte le Regioni, basate su evidenze di efficacia, buone pratiche consolidate e documentate, strategie raccomandate, nazionali e internazionali. Ciò intende favorire e garantire una maggiore sostenibilità ed equità degli interventi in ambito nazionale.

Il PNP 2020-2025 inoltre prevede le Linee di supporto centrali (L.C.), esse sono pertinenti al livello di governo centrale e sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP. L'obiettivo delle L.C. è, tra l'altro, favorire il raggiungimento dei risultati di salute, secondo il modello di *stewardship* in base al quale il Ministero della Salute, in collaborazione con altri Ministeri e Istituzioni centrali, supporta la programmazione regionale, svolgendo un ruolo di indirizzo, promozione e coordinamento, ma anche di accompagnamento alle Regioni. Il sostegno centrale si realizza anche attraverso strumenti formali (accordi, linee di indirizzo, protocolli di intesa intersettoriali e interistituzionali, declinabili a livello regionale ecc.).

La Linea Centrale n. 11 prevede: “Definizione di Linee di indirizzo per le dipendenze”. Pertanto, la DGPRES, al fine di raggiungere l'obiettivo previsto dalla Linea di supporto centrale n. 11, ha doverosamente istituito un Tavolo tecnico di lavoro per la realizzazione del PN Prevenzione in materia di dipendenze (D.D. 21.04.2021).

Il Decreto istitutivo del Tavolo tecnico, all'art. 2 comma 6 stabilisce: “Gli esiti tecnici del tavolo di lavoro sono trasmessi al Dipartimento Politiche Antidroga in qualità di coordinamento dell'azione di Governo in materia di dipendenze”. Le Linee di indirizzo licenziate dal Tavolo saranno trasmesse alla Conferenza S-R per la ratifica

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

dell'Accordo. Il Tavolo si è insediato il 07.07.2021 ed i componenti hanno concordato di scegliere come prima tematica da affrontare "l'intercettazione precoce/emersione precoce delle situazioni problematiche (early detection)".

I lavori del tavolo tecnico si articoleranno in tre fasi:

- 1) Fase di studio: a) lo stato dell'arte: documenti di riferimento; ricognizione del materiale esistente, buone pratiche *evidence-based*; b) innovazioni (PNRR); c) condivisione dei lavori di altri tavoli/gruppi di lavoro/Piani Regionali di Prevenzione; d) ricognizione della normativa esistente.
- 2) Fase di confronto: elaborazione e discussione sulle proposte.
- 3) Fase di elaborazione del documento. Per quanto concerne la Fase di studio saranno prese in considerazione anche le azioni adottate da tutte le Regioni nei loro PRP che vanno a realizzare l'obiettivo strategico n.4 "Progettare e attivare Programmi di Prevenzione Indicata anche finalizzati all'intervento precoce declinati per specifici gruppi vulnerabili o a rischio aumentato".

Per quanto concerne la predisposizione del documento finale che rappresenterà l'oggetto delle Linee di indirizzo, esso dovrà presentare, come requisiti minimi essenziali, l'elaborazione e la presentazione dei seguenti temi:

Definizione dell'ambito dell'intervento, oggetto di studio (riferimento al modello teorico). Definire il *target*

Identificare i *Setting*

Considerare l'intera gamma di opzioni di interventi a disposizione

Selezionare le strategie più efficaci

Delineare percorsi per il raggiungimento degli obiettivi scelti come prioritari Prevedere un metodo per il monitoraggio e la valutazione di impatto e *outcome*

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

6.4.4 Sintesi Tavola Rotonda C – Strategie nazionali

La presentazione delle relazioni strutturate relative agli ambiti della terza Tavola Rotonda, è stata seguita dalla seguente sintesi per concetti chiave.



La Tavola Rotonda relativa alle Strategie nazionali raccoglie una serie di indicazioni e di metodologie che risultano fondamentali per lavorare sia nell'ambito scolastico, sia nell'ambito comunitario.

Emergono alcuni elementi essenziali da tenere in considerazione al fine di migliorare il modo di operare in questo ambito:

- la necessità di rendere coerente sia l'impianto normativo e gli atti di programmazione con le nuove conoscenze a disposizione;
- la necessità di conoscere maggiormente e diffondere le pratiche che funzionano;
- l'esigenza di delineare un nuovo paradigma per gli interventi;
- l'esistenza di interventi e approcci con evidenza di efficacia significativa che possono orientare, riorientare o dismettere interventi attualmente attivi nel campo della prevenzione.

I principali macro-temi individuati per raccogliere gli elementi rilevanti emersi dalla Tavola Rotonda sono:

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

- **Strategie integrate.** Il nuovo Piano di Azione Nazionale dovrà tener conto di quanto già indicato nel Programma Predefinito n. 4, contenuto nel Piano Nazionale Prevenzione, nella parte relativa alle “dipendenze”, in cui uno degli elementi essenziali è la collaborazione inter-istituzionale al fine di sviluppare al massimo le sinergie esistenti ed evitare sovrapposizioni.
 - Pertanto, si sottolinea l'esigenza di agire sulla criticità esistente relativa al coordinamento fra tavoli tecnici diversi, attivati nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione (ad esempio quello sulla *early detection*) e quanto previsto dalla nuova normativa ex 309/90 e dal Piano di Azione Nazionale.
 - Questa difficoltà ha poi delle conseguenze, ad esempio, sulle programmazioni regionali e sulle programmazioni territoriali.
 - Infine, la necessità di un coordinamento è emersa anche in quanto la conoscenza delle sostanze psicoattive, dei loro effetti e dei possibili danni fa parte degli obiettivi formativi della scuola mentre la conduzione di interventi di prevenzione universale, selettiva e indicata dell'uso di sostanze psicoattive è compito del Servizio Sanitario Nazionale.
 - Questi elementi possono trovare sia nell'ambito scolastico che nel versante comunitario una possibile traduzione in interventi e progetti che dovranno tener conto di queste linee strategiche e di carattere generale.
- **Standardizzare gli interventi.** Concentrandosi sulla tipologia di interventi da mettere in atto è necessario partire dal presupposto che non esista un unico *standard* di prevenzione: bisogna, infatti, distinguere tra prevenzione selettiva, universale e specifica. Inoltre, la valutazione dei fattori di rischio e di protezione va di pari passo con la definizione di *standard* di prevenzione.
- **Approcci condivisi e validati.** È emersa l'esigenza di interventi a lungo termine e non isolati che siano coordinati tra livelli e attori in una prospettiva multidimensionale. Il tema del coordinamento e dell'approccio multidimensionale è un tema che più volte è stato condiviso durante i lavori del Tavolo Tecnico. Allo stesso modo, la necessità di diffondere le buone pratiche esistenti costituisce un ulteriore elemento che è stato più volte a più riprese ribadito. In Italia, i manuali di riferimento sono ancora poco conosciuti, così come sono poco conosciute le risorse di EMCDDA (*Best Practice Portal*, *Exchange repository*) perciò le vecchie strategie preventive di tipo informativo, sebbene diano la possibilità di una maggiore visibilità, dovrebbero essere in qualche modo riviste alla luce dei loro limiti sul piano dell'efficacia. Inoltre, per quanto riguarda il tema delle buone pratiche e ciò che ha funzionato, attualmente sono poche le occasioni di formazione sulle evidenze di efficacia, dunque, diventa fondamentale dare centralità al tema della formazione per gli operatori che si occupano di prevenzione.

Sempre sul versante della validazione di approcci e di modelli, si sottolinea che non è possibile improvvisare gli interventi preventivi ma è necessario utilizzare programmi che si sono dimostrati nel tempo più che efficaci. Non si tratta, però, di prevedere nuove progettazioni, ma piuttosto di applicare interventi che già esistono valutandone la replicabilità in ambito italiano. Quando le esperienze validate provengono da altri Paesi devono essere preventivamente identificate come programmi efficaci, oltre che tradotti e adattati, al contesto nazionale. Un esempio virtuoso è quello della Repubblica Ceca, dove è stato previsto un percorso di accreditamento per coloro che pianificano ed implementano interventi preventivi; questa potrebbe essere una di quelle pratiche che funzionano e con un impatto significativo che potrebbero essere riproposte anche per il nostro Paese.

6.5 Introduzione ai lavori della seconda giornata

La ripresa dei lavori del Tavolo Tecnico “Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche” in seconda giornata si è articolata in una introduzione del Coordinatore, Prof. Faggiano, cui ha fatto seguito la sessione di risposte alle domande e alle considerazioni pervenute via *chat* dal pubblico iscritto al *Webinar* durante la prima giornata del Tavolo.

Le due sessioni sono qui di seguito riportate in sintesi. Seguono le domande e le osservazioni pervenute via *chat* durante la seconda giornata cui non è stato possibile offrire risposta.

6.5.1 Introduzione del Coordinatore

Fino ad ora i lavori sono stati estremamente ricchi di suggerimenti e riflessioni, abbiamo affrontato in tre setting che sono ambiti chiave rispetto alla Prevenzione:

- il primo è il campo della scuola. Da essa occorre iniziare perché rappresenta il miglior setting in cui fare prevenzione dal momento che agisce sulla fascia di età in cui non è ancora iniziato l'uso di sostanze psicoattive o non si è ancora stabilizzato, una fascia d'età che quindi è molto ricettiva a stimoli di tutti i tipi in un ambito che ha un compito educativo, non solo formativo, e inoltre raggiunge praticamente il 100 per cento della popolazione quindi se riusciamo a intervenire in modo omogeneo sulla scuola riusciamo a raggiungere quasi il 100% della popolazione, dal momento che in Italia soltanto una piccola quota di giovani sfugge alla scuola. Abbiamo ragionato sulla scuola in modo molto ampio, parlando sia degli aspetti specifici educativi sia organizzativi nonché delle competenze del Ministero dell'Istruzione;

- il secondo ambito che abbiamo affrontato è quello della comunità, ragionando cioè su cosa si può fare in ambito comunitario per prevenire il consumo di sostanze psicoattive e quindi sugli aspetti relativi alle reti dei servizi, alle coalizioni fra cittadini, alle campagne mass media e sono emerse idee molto interessanti

- il terzo ambito è stato quello sulle strategie nazionali che un ambito estremamente critico, ma nonostante questo abbiamo ragionato su quali dovrebbero essere i ruoli o cosa potrebbe essere fatto per migliorare la gestione della prevenzione in Italia e tutto è avvenuto in un'atmosfera rilassata Esperti motivati che hanno realmente colto l'opportunità di migliorare.

Il lavoro fatto fino ad adesso è stato ottimo e le tante domande pervenute arricchiscono ulteriormente il dibattito.

6.5.2 Domande e risposte

Lavoro in una Comunità terapeutica del Privato Sociale e prima del Covid organizzavamo interventi sia in Comunità che presso gli Istituti scolastici basati sugli interventi di persone con problematiche di dipendenza.

Non sono d'accordo con l'analisi della Dr.ssa Beccaria secondo cui è da evitare la testimonianza di *stakeholder* in senso preventivo. Ritengo che persone che hanno vissuto tale problematica riescano a colpire meglio i ragazzi a livello empatico, e talvolta è capitato che qualche giovane esponesse un problema con le sostanze dopo gli interventi. Ritengo, piuttosto, che le testimonianze debbano essere utilizzate a seguito di apposita formazione dei testimoni, al fine di evitare i rischi cui la Dott.ssa accennava.

La domanda, pertanto, è: ritiene che l'uso delle testimonianze vada escluso a prescindere o con l'opportuna formazione dei testimoni potrebbero essere implementate?

Sottolineo anche il valore altamente terapeutico della testimonianza per chi è in programma di recupero. È possibile vedere gli studi che dimostrano che le testimonianze sono inefficaci?

Dr.ssa Beccaria

La domanda permette di tornare su un tema che mi sta molto a cuore e che è emerso dalla ricerca bibliografica. Mi soffermerò sull'affermazione "Ritengo che persone che hanno vissuto tale problematica riescano a colpire meglio i ragazzi a livello empatico". Secondo me è proprio questo l'errore che facciamo in tanti, me inclusa quando ho iniziato a occuparmi di prevenzione: pensare che la percezione che noi abbiamo della reazione in una classe o aula magna come di un qualcosa che è gradito e che colpisce l'attenzione dei ragazzi sia di fatto efficace. Tale valutazione è spesso sbagliata.

Questa non è soltanto una mia considerazione, la mia opinione contro l'opinione di chi ha posto questa domanda. La mia affermazione è basata su un ammontare di ricerca scientifica abbastanza rilevante. Ciò che è più interessante sono i due report che ho citato ieri e che riprendo. In particolare, il curriculum europeo riporta esplicitamente nella tabella "Che cosa non funziona nella prevenzione nel setting scolastico" una casella che recita: "Ex-consumatori di sostanze che forniscono testimonianze possono finire per rendere affascinante o sensazionalizzare in consumo di droga". Questo ci spiega esattamente perché non funziona.

Può piacere moltissimo, può commuovere, può anche stimolare l'attenzione molto più di altri interventi ma nella prevenzione universale abbiamo un target molto composito: abbiamo ragazzi che non hanno nessun interesse per le sostanze e probabilmente non le proveranno mai, altri che invece sono già molto affascinati, altri ancora che hanno una naturale propensione per la trasgressione e per la sperimentazione di qualcosa che è proibito o attrattivo dal punto di vista dell'effetto promesso.

Avere un ex-consumatore che si propone a un target così disomogeneo, come quello della scuola, è probabile che produca su alcuni ragazzi un effetto boomerang, cioè che susciti un interesse verso le sostanze.

Troviamo la stessa conclusione nelle linee guida proposte dell'ONU, che riportano un elenco delle caratteristiche che si ritengono associate con la mancanza di efficacia o con effetti addirittura indesiderati, secondo il parere degli esperti. Nell'elenco troviamo proprio "usare ex-tossicodipendenti come testimonial". Per riassumere, gli ex-tossicodipendenti non andrebbero utilizzati negli interventi di prevenzione nelle scuole a meno che siano invitati su richiesta dei ragazzi nell'ambito di un programma decisamente più strutturato. In questo caso parliamo di una richiesta dal basso e non di un intervento spot.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Questo mi consente di riprendere un aspetto che a mio avviso continuiamo a trascurare in Italia: l'equazione che siccome un intervento piace agli studenti allora sia efficace. Tali interventi continuano ad essere riproposti, così come quelli informativi spot. Come esperti dobbiamo avere il coraggio di dire no alle richieste di interventi non efficaci e dialogare con la scuola per trovare quale sia l'attività migliore.

Come coniugare la pluridecennale attività del Privato Sociale accreditato, che spesso ha sopperito alla cronica carenza di personale dei Servizi Pubblici deputati alla prevenzione ed ha portato anche elementi di innovatività nel percorso preventivo, con le nuove giuste istanze di miglioramento dell'intervento stesso che oggi viene richiesto?

Come rendere continuativo e collaborativo il rapporto tra servizi territoriali delle dipendenze e il Privato Sociale accreditato?

Come distribuire le risorse economiche nell'ambito preventivo finalizzandole esclusivamente a progetti preventivi di lunga durata?

Prof. Faggiano

Io credo che sia un problema importante e questo perché effettivamente se noi diciamo che non si devono più fare una serie di interventi spot, informativi ecc., che sono molto spesso organizzati del Privato Sociale accreditato, sostanzialmente togliamo del lavoro al Privato Sociale che ha in realtà un ruolo importante. Personalmente ritengo che la soluzione esista.

Molti programmi di prevenzione di cui abbiamo parlato fino ad ora, quelli validati e che hanno avuto studi di valutazione in Italia o fuori e che sono citati dai repertori di intervento efficaci, come per esempio il CTC, il good behaviour game, e Unplugged, sono interventi che hanno bisogno di un'infrastruttura per funzionare. Non sono attività per cui basta il libro di testo, hanno bisogno di una di formazione del personale, di un coordinamento, di aggiornamento dei materiali ecc.

In questo momento non c'è nessuno che faccia questo lavoro; ritengo che il Privato Sociale potrebbe prendersi questo compito. Faccio un esempio di una cosa realmente vissuta: quando siamo arrivati ai risultati definitivi di Unplugged ci siamo chiesti come fare a disseminarli nelle scuole italiane, visto che in Italia non funziona come in altri Paesi. In Francia, ad esempio, Unplugged, insieme ad altri due programmi, è inserito all'interno della programmazione scolastica. In Italia non esiste, e probabilmente non esisterà mai, una cosa di questo tipo.

Come fare in modo che possano essere utilizzati? C'è bisogno di un'infrastruttura di formazione che noi ci siamo inventati con un meccanismo a cascata: ci sono dei formatori centrali che formano dei formatori locali, i quali vanno poi a formare gli insegnanti. Ma tutto questo lo si fa fuori da un contesto organizzato, di solito sono insegnanti, operatori dei Ser.T o volontari i quali lo fanno per un anno o due al massimo.

Avevo proposto anni fa questa cosa a un grande ente del Privato Sociale affinché gestisse l'organizzazione a livello nazionale: formare i formatori, mantenere la rete dei formatori e offrire il programma alla scuola. All'epoca la risposta era stata negativa, perché altre erano le priorità, ma ritengo che potrebbe essere un compito di cui il Privato Sociale accreditato potrebbe farsi carico. I programmi da disseminare non sono pochi, la Dr.ssa Beccaria ne ha elencati una decina ieri e ce ne sono probabilmente di più e ce ne saranno di più in futuro, per cui potrebbe essere, per esempio, che ogni ente del privato accreditato si occupi di uno o più programmi, oppure che si creino reti. Questo potrebbe essere effettivamente un compito che il Privato Sociale accreditato si prende in carico e sono certo che con le sue capacità di costruzione di reti, di contatti e di

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

conoscenza del territorio potrebbe portarlo avanti molto meglio di quanto non potrebbe fare il pubblico.

Nonostante il secondo punto della domanda tocchi il tema essenziale delle risorse economiche, ossia quello di garantire che i progetti di prevenzione si mantengano nel tempo, ha a che fare con l'ambito sviluppato su altri Tavoli Tecnici quindi mi astengo dal rispondere agli altri punti.

Chiedo se fosse possibile inserire in queste proposte formative i docenti a partire dalla scuola dell'infanzia per portare contenuti alle famiglie e sul territorio che contribuirebbero alla riduzione dello stigma.

Sarebbe necessario che le equipe disciplinari si integrino tra cicli e con Asl?

L'insegnante "referente per la promozione della salute" nelle scuole non è già un ruolo istituzionale?

Dr. Sciascia

Riguardo alla domanda "L'insegnante "referente per la promozione della salute" nelle scuole non è già un ruolo istituzionale?" risponderai di no. Presso gli uffici scolastici regionali abbiamo un docente che è incaricato dell'integrazione dell'offerta formativa nei temi sulla salute però ad oggi non mi risulta che ci sia un referente per la salute nelle scuole.

La proposta formulata ieri riguarda la formazione di docenti in grado di elaborare sia progetti di prevenzione rivolti agli alunni e quindi alle famiglie, sia progetti di formazione rivolti agli insegnanti. Questi progetti esistono già sul territorio, però è chiaro che la presenza di un docente formato presso la scuola agevolerebbe il contatto fra scuola e territorio, fra scuola e strutture sanitarie e fra scuola e Terzo Settore, che si occupa a vario titolo di dare un sostegno relativamente alle problematiche di dipendenza.

Alcune scuole hanno già incaricato un docente di questi compiti ma non c'è una figura istituzionale. La nostra proposta è quindi quella di incaricare una figura istituzionale di questo tipo per agevolare un ruolo propositivo della scuola rispetto a queste tematiche, al contrario di quanto previsto dalla legge 309/90 che prevede un percorso che parte dall'alto.

Per quanto riguarda la domanda "Sarebbe necessario che le equipe disciplinari si integrino tra cicli e con Asl?" ho in parte risposto prima. Lo scopo del docente referente sarebbe proprio quello di creare un percorso di stretto contatto fra la comunità scolastica e le strutture pubbliche e private che si occupano di sostegno alle dipendenze

...condivido molto la necessità di avviare un nuovo processo culturale che archivi vecchie concezioni oscurantiste della tossicodipendenza per aprire ad una visione della dipendenza che agganci la grande potenzialità che la contemporaneità ci dischiude all'interno della naturale fragilità della vita umana...

Dr. Polidori

Penso che questo commento inviti a distinguere quello che è il fenomeno dell'uso di sostanze da quello che invece è l'uso problematico di sostanze. Esiste una dimensione problematica che nessuno esclude ma, dall'altra parte, esiste un fenomeno di consumo che non è coincidente con la dimensione problematica. Sarebbe come se noi fossimo invitati a leggere l'uso di alcol unicamente attraverso la lente dell'alcolismo: è chiaro che

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

l'alcolismo è un problema legato al consumo di alcol, ma è altrettanto chiaro che esiste una fetta enorme di persone che hanno un rapporto non problematico con l'alcol.

Il primo invito che io colgo è quindi a differenziare il fenomeno dall'uso problematico: fenomeno e problema sono due dimensioni distinte. Tutte le volte che noi facciamo un overlapping di questi due aspetti commettiamo un grossolano errore di lettura.

La seconda cosa che vedo in queste righe è l'invito a de-stigmatizzare le situazioni di tossicodipendenza. Il tossicodipendente è un cittadino a tutto tondo, quindi portatore di diritti e di doveri. Ogni volta che noi sminuiamo questa dimensione operiamo una stigmatizzazione della sua condizione e una riduzione grossolana della sua problematica. La tossicodipendenza è una delle dimensioni umane possibili, perfettamente compatibile con l'essere portatori di diritti e doveri. Penso che l'interlocutore intenda che si può avere una tossicodipendenza compensata, per esempio perché ben trattata, e allo stesso tempo essere cittadini perfettamente integrati nel contesto sociale e culturale della propria città.

Con "processo culturale", penso che intenda il fatto che le persone sappiano leggere la condizione di tossicodipendenza non come una condizione che sminuisce il diritto ma come una patologia che, se ben trattata, consente un inserimento sociale assolutamente uguale a quello delle altre persone. Ci possono inoltre essere progetti speciali per alcune fragilità sociali specifiche, come la condizione di migranti o di senza-tetto, ma credo che gran parte del dibattito sulla tossicodipendenza gravi sul fatto di essere sia tossicodipendenti che cittadini e sulla distinzione fra uso problematico e non problematico, usando quindi lenti differenti per differenziare questi percorsi.

Assolutamente necessario coinvolgere la famiglia nel percorso preventivo. Poiché negli anni molte sono state le esperienze in questo campo e la problematica emergente negli ultimi periodi però è stata: come coinvolgere i nuclei familiari? Alcune esperienze positive fatte nel tempo (personalmente ho condotto nella mia città la sperimentazione dell' SFP *Strengthening Families Program* della dott.ssa K. Kumpfer) seppur hanno dato risultati positivi e sono state quindi validate anche per il nostro territorio, sono state abbandonate.

Non sarebbe opportuno fare una nuova ricognizione dei progetti efficaci anche nel campo dell'intervento con le famiglie?

Prof. Faggiano

Alla prima domanda "è assolutamente necessario coinvolgere la famiglia?" la risposta è sicuramente sì.

*La seconda domanda invece è molto più problematica. Il programma SFP *Strengthening Family Program* è un programma americano, inventato da Richard Spot negli anni '90, che è stato valutato in numerose occasioni negli Stati Uniti e ha sempre dato risultati molto interessanti. È stato suddiviso in due gruppi: il gruppo dei più giovani e quelli 10-14 anni. Quello dei giovani non ha mai dato ottimi risultati, mentre sul gruppo 10-14 anni ha dato ottimi risultati ed era un programma complesso che prevedeva il coinvolgimento delle famiglie sia dentro la scuola sia a casa.*

È stato oggetto di molta attenzione da parte di molti Paesi europei e molti ricercatori in Europa e questo ha portato a sviluppare almeno tre adattamenti del programma e rivalutazione del programma. Quello più conosciuto è quello di David Foxcroft a Oxford, ce n'è stato poi un altro in Svezia e uno in Belgio. Il problema è che in Europa questo programma non ha mai funzionato.

Non ha mai funzionato e i risultati possono essere consultati sul sito di EMCDDA dove si trova il repository, il

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

repertorio di progetti efficaci. Nei Paesi europei il rating assegnato a questo progetto è “improbabile che sia benefico” e tutte le spiegazioni si possono trovare nel sito.

In Europa non funziona mentre negli Stati Uniti ha funzionato: qual è l'elemento fondamentale che non funziona? In Europa non funziona il fatto che i genitori collaborano molto poco, partecipano molto poco e non solo partecipano molto poco ma la minoranza che partecipa sono di solito genitori dei ragazzi che ne hanno meno bisogno.

Aggiungo che quando è stato valutato il programma Unplugged, intorno al 2005, è stato valutato con tre diverse opzioni: l'opzione di base, l'opzione con il coinvolgimento dei genitori e l'opzione con il coinvolgimento dei pari.

L'opzione con il coinvolgimento dei genitori non ha funzionato in sette Paesi europei, non solo in Italia, c'era solo circa il 10-15% dei genitori che partecipava alle sessioni, ma quei genitori erano, così come in tutti gli altri interventi, genitori dei ragazzi che avevano meno bisogno, cioè i genitori dei ragazzi più protetti, i genitori dei ragazzi che erano di per sé più forti nella gestione, nell'educazione e nella gestione dei figli, per cui questo è secondo me il motivo per cui in generale questo tipo di interventi che coinvolgono la famiglia da dentro la scuola non funziona e perché nello specifico Strenghtening Family Program non funziona in Europa.

La terza domanda “non sarebbe opportuno fare una nuova ricognizione progetti efficaci?” questo è quello che fa esattamente il repertorio di EMCDDA: continua a ricercare nella letteratura i nuovi interventi da sottoporre a valutazione e fino ad adesso ce ne sono e vi consiglio di andare a vederlo perché ce ne sono alcuni anche più interessanti di Strenghtening Family Program e, generalmente, il problema di tutti è il fatto che i genitori aderiscono molto poco a questi interventi.

Per cui, tornando alla prima domanda, la risposta è sì, il problema è come farlo. Per adesso non abbiamo ancora trovato il modo per coinvolgere i genitori, non un gruppo sparuto di genitori di figli che sono protetti, ma o tutti i genitori o possibilmente i genitori dei figli meno protetti.

<https://www.scuolapromuovesalute.it/la-rete/>

Questo riferimento mi pare interessante rispetto a come fare prevenzione con il mondo della Scuola, allineando gli obiettivi dei programmi con gli obiettivi di programmazione scolastica per competenze.

Sarebbe interessante coinvolgere queste Scuole in questo dibattito.

Dr.ssa Donini

Ci tengo a dire che non sono parte della Tavola Rotonda A, che è quella che ha definito proprio la riflessione sulla scuola, però mi sento di rispondere ed eventualmente se qualche collega della Tavola Rotonda vuole intervenire ben volentieri.

Conosco il modello delle “scuole che promuovono salute”, ve l'ho riportato nella slide e come vedete emerge l'importanza di qualificare l'ambiente sociale all'interno anche della scuola, fare in modo che la scuola collabori con la comunità in cui è inserita, orientando anche proprio il POF alla promozione della salute, e poi fare in modo che queste siano definite all'interno della scuola. Queste linee guida, queste buone pratiche, devono avere comunque un collegamento con l'ambiente circostante in cui la scuola è inserita e tutto questo permette poi di sviluppare le competenze specifiche anche degli studenti che sono a scuola.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Ora, questo è un modello che viene conosciuto anche come la rete SHE: school for health in Europe a cui la dicitura italiana fa riferimento appunto come "scuole che promuovono salute". Mi sembra importante mettere in evidenza che è importante coinvolgere e cercare connessione anche con questa rete, e a tale riguardo faccio presente che il Piano Nazionale della Prevenzione ha proprio dedicato un programma predefinito specifico che si chiama appunto "scuole che promuovono salute" che mette in evidenza l'importanza di inserire la scuola all'interno del macro-obiettivo di riferimento, che è quello delle malattie croniche non trasmissibili.

Il Ministero della Salute ha effettivamente già fatto questo passo di cercare un collegamento importante con il Ministero dell'Istruzione affinché modelli che hanno dimostrato di funzionare, come quello della rete delle "scuole che promuovono salute", possano essere disseminati non solo in alcune specifiche realtà (attualmente in Lombardia abbiamo una rete molto consistente). L'idea è che grazie all'inserimento nel PNP, questo modello di riferimento che dimostra di funzionare possa essere esteso anche a tutto il territorio nazionale anche attraverso l'adozione nei piani regionali di prevenzione.

Aggiungo che questo aspetto, riportato anche all'interno del più volte citato curriculum europeo di prevenzione, risulta essere una di quelle evidenze di efficacia ormai note e che vanno riconosciute. Nella scuola sono soprattutto tre gli elementi, e l'interazione fra i tre, che contribuiscono a che l'impatto dei programmi possa davvero essere efficace:

il curriculum, che viene predisposto a favore degli studenti, e al cui interno prevedere programmi, come può essere quello di Unplugged citato dal Prof. Faggiano, oppure il GBG che ancora in Italia non è implementato;

le politiche scolastiche, per le quali abbiamo visto come gli interventi di prevenzione ambientale abbiano un ranking più alto (Tabelle UNDOC). Inoltre le politiche scolastiche hanno dimostrato di essere effettivamente molto efficaci e per politiche intendo protocolli iscritti di cui tutti gli stakeholder di una scuola sono messi a conoscenza, in merito ad esempio alle istruzioni e alla disciplina dell'uso di sostanze all'interno e nelle zone circostanti la scuola;

e infine il clima scolastico, cioè il clima, gli obiettivi, i valori le norme che si condividono all'interno della scuola.

Questi tre fattori, politiche scolastiche, clima scolastico e curriculum, contribuiscono a rendere effettivi gli interventi che poi si propongono a scuola. Questo è proprio ciò che fa la rete delle "scuole che promuovono salute".

Approfitto per aggiungere che credo sia nuovamente evidente l'importanza della collaborazione interistituzionale. Quando ho parlato delle strategie nazionali parlavo della collaborazione tra Ministero della Salute, Dipartimento Politiche Antidroga, e per quanto riguarda la scuola inseriamo un'ulteriore istituzione estremamente importante che è il MIUR. Una collaborazione si rende necessaria tra queste istituzioni affinché i progetti abbiano un impatto, perché come diceva il Prof. Faggiano è poi anche una questione di infrastrutture.

Con il progetto europeo ASAP abbiamo addirittura dimostrato come il sistema di prevenzione diventi un ingrediente fondamentale dell'efficacia degli interventi perché possiamo avere ottimi interventi come Unplugged, possiamo avere personale formato, ma se l'infrastruttura e il sistema di prevenzione non sono capace di sostenerne l'implementazione, allora anche questi progetti che sappiamo essere efficaci rischiano di essere meno impattanti.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

il CIC educativo di decodifica ed aggancio ai servizi mi parrebbe essere assolutamente funzionale specie se garantito da personale professionale strutturato (slegata dai finanziamenti) come potrebbero essere gli educatori professionali che tolgono anche lo stigma che altri professionisti possono avere nei confronti dei ragazzi.

Dr.ssa Grillo

Voglio sottolineare due parole in questa osservazione: una è l'aggancio ai servizi e l'altra è lo stigma, lasciando da parte il personale strutturato, cioè slegato dai finanziamenti che, come ho detto nel mio intervento deve essere applicato dovunque perché in un certo qual modo se noi lasciamo al piano dell'offerta formativa di ciascun istituto la possibilità di valutare se poter fare o meno programmi di prevenzione e di che tipo, è chiaro che avremo quello che abbiamo avuto fino ad oggi, ossia istituti più sensibili e altri meno sensibili e di conseguenza una sostanziale difformità.

Mi permetto di partire dallo stigma: quello che non si conosce fa paura, per cui gli insegnanti che sono spesso alle prese con difficoltà legate alla performance, a finire il programma ecc. hanno anche la difficoltà di confrontarsi con situazioni di complessità che non sono sufficientemente supportate e, di conseguenza, la paura e la difficoltà possono creare un meccanismo di delega o espulsività.

Queste sono le due cose che a mio avviso noi dobbiamo cercare di evitare perché il fatto stesso che i genitori che partecipano siano quelli dei figli che hanno meno bisogno, rappresenta il tema della povertà educativa e la complessità cui andiamo incontro. Non possiamo pensare che un figlio, come qualsiasi persona, sia fatto di tanti pezzettini differenti a cui per un pezzettino ci pensa il Comune, per un pezzettino ci pensa la scuola, per un pezzettino ci pensa o non ci pensa la famiglia, per un pezzettino ci pensa l'ASL territoriale, che magari è stata smantellata. Questa è la realtà in cui ci troviamo, quindi, nell'idea originaria, a mio avviso il CIC strutturato in tutte le scuole poteva fungere con un'équipe multiprofessionale a supportare i docenti e il percorso scolastico, inteso anche come percorso educativo alla vita e alle difficoltà che il ragazzo può avere, collegandosi bene con una rete di professionisti del Comune, della ASL ecc. e fornire così un servizio di collegamento e di sviluppo di un'attenzione a determinate problematiche e sensibilità all'interno della scuola.

Cito le figure degli educatori professionali perché a volte nel nostro mestiere si rischia di clinicizzare comportamenti che invece non fanno parte della clinica e che magari semplicemente sono difficoltà legate alla mancanza di aspetti educativi o di esperienze educative nella vita che, invece, sono fondamentali per formare la persona da tanti punti di vista.

Pertanto la scuola, deve recuperare quegli aspetti educativi che a mio avviso sono fondamentali, perché è inutile che un contenitore sia pieno di nozioni se poi è un contenitore che soffre, per cui i CIC secondo me possono servire a rendere più efficaci quei processi di rete di formazione, di reti di attenzione alla salute, di sguardo educativo, di relazione educativa che la scuola e la famiglia hanno perso e che va recuperato.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Gli interventi finora attuati nelle scuole sono stati comunque, nonostante le difficoltà che anche oggi sono state evidenziate, efficaci per essere “antenne sensibili” dei problemi che i giovani portano a chi entra nella scuola con compiti di prevenzione del ben-essere.

Questi problemi, assai complessi e differenziati, spaziano dalla povertà educativa e culturale, dalla difficoltà economica della famiglia, dal disgregamento del nucleo familiare, dalla violenza intra familiare assistita o subita, dalla difficoltà del giovane di adeguarsi alla cultura della famiglia di origine straniera, nel momento in cui vive in un ambiente scolastico e sociale completamente differente per cultura e stili giovanili per arrivare, ma spesso solo in casi residuali, a situazioni legati all'uso di sostanze.

Queste complessità di problematiche, spesso predittive dell'uso di sostanze o di comportamenti dipendenti, faticano a trovare nei Servizi Pubblici una risposta: sono in una terra di nessuno che non trova sovente un supporto

Dr.ssa Salvini

Innanzitutto, vi è un problema di cultura della prevenzione che nei servizi in questo momento è spesso slegata dalla logica di essere condivisa, perché ci sono i dipartimenti per la prevenzione, che fanno un tipo di prevenzione, poi ci sono i servizi per le dipendenze e salute mentale che fanno un altro tipo di prevenzione, ci sono le scuole che a loro volta fanno attività di prevenzione, ci sono i servizi sociali che si rivolgono ad alcune di queste problematiche.

Tutto questo, ovviamente, richiederebbe una collaborazione interistituzionale, come è stato già detto in altri interventi. Quello che noi stiamo vedendo in questi anni però è che sicuramente chi si occupa di prevenzione riferisce questo tipo di problema, come qualcosa di cui occuparsi e come necessità per andare incontro a quelle che sono le logiche di prevenire un consumo e non intervenire laddove il consumo esiste già.

Ci sono strumenti, già validati da EMCDA e a livello scientifico, che ci aiutano a intervenire non sul consumo ma laddove c'è una possibilità di individuare fattori di vulnerabilità e quindi fare interventi diretti, sia alle famiglie sia alle persone, quindi interventi di prevenzione universale, selettiva e indicata. Sappiamo che se la cultura della prevenzione fosse ben proiettata, tutto questo sarebbe già patrimonio comune. Ovviamente si deve arrivare a renderlo utilizzabile da parte di tutti.

Dal punto di vista dell'implementazione di percorsi e attività progettuali sempre più rivolte a individuare in tempi molto precoci eventuali fattori di rischio, ritengo che negli anni ci sia data maggiore opportunità e maggiore possibilità, ma come diceva anche il Prof. Faggiano, è sempre più difficile coinvolgere le famiglie. Quel tipo di prevenzione selettiva o universale che è rivolta alle famiglie e che funzionerebbe come aggancio per essere promotori di stili di vita sani e quindi anche di prevenzione al consumo di sostanze, è sempre più complicato e lo vediamo anche quando ci rapportiamo con il personale delle scuole, che loro stessi faticano a coinvolgere i genitori e le famiglie e faticano a implementare una cultura della prevenzione che vada oltre il discorso di promozione della salute e nella direzione della prevenzione del consumo di sostanze, perché comunque parlare di sostanze non è sempre facile non sempre viene favorito e gradito all'interno delle scuole.

Tutto questo ovviamente ci porta a fare ragionamenti che siano da qui in poi di implementazione e di rete. Portare i servizi a occuparsi di prevenzione in senso lato non è sufficiente, ma deve essere una prevenzione diretta e sinergica tra tutti i servizi. Questa penso possa essere una risposta, ovviamente parziale, però è sicuramente una domanda interessante che mette in evidenza proprio come gli interventi di prevenzione non devono essere indirizzati solo all'abuso di sostanze ma a tutti quei fattori che vanno a promuovere il benessere e un sano stile di vita.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Forse la prima vera questione è: che cosa dobbiamo pre-venire?

Prof. Faggiano

Questa è una domanda molto difficile che non ha una risposta scritta, a differenza delle domande fatte fino ad ora, dove veniva giustamente chiesto di citare gli articoli.

Dal mio punto di vista, che è quello di un medico, le sostanze psicoattive hanno diversi effetti ma gli unici effetti di interesse per la prevenzione sono la dipendenza, cioè la perdita di autonomia e controllo sulla propria persona, e i problemi di salute. Se non ci fossero questi effetti, la sanità non dovrebbe occuparsi di sostanze. Il fatto che ci siano sostanze che danno sensazioni di piacere non è di alcun interesse generale per la medicina. Quello che vogliamo prevenire sono le dipendenze, che hanno interesse sociale, e gli effetti sulla salute, che di sicuro sono un problema di interesse medico.

Cosa possiamo fare per prevenire la dipendenza e gli effetti sulla salute? Questo è molto complicato perché sappiamo che tutte le sostanze psicoattive possono essere usate da alcune persone senza avere problemi di dipendenza e quindi neanche problemi di salute. Il problema maggiore è che non sappiamo identificare quali individui rischiano di avere effetti e quali no. Non sappiamo quindi quali sono le caratteristiche dei soggetti che passano dall'uso, all'uso problematico e alla dipendenza. Se lo sapessimo, basterebbe intervenire laddove il soggetto sta per passare all'uso problematico oppure intervenire solo su quelli che hanno un rischio di diventare problematici.

La progressione nelle tipologie di uso è qualcosa di cui conosciamo molto poco, sappiamo gli effetti ma non sappiamo le cause. Questo vuol dire che, in realtà, il tipo di prevenzione che dobbiamo fare è una prevenzione dell'uso e della sperimentazione.

Questa cosa è stata poco studiata ma sappiamo che circa una persona su tre che fuma diventa dipendente, una persona su tre che fa uso di eroina diventa dipendente, una persona su quattro che usa cocaina diventa dipendente e così via scendendo fino al 15% di coloro che fanno uso di cannabis che diventano dipendenti. Sono dati probabilmente non precisi ma che danno un'idea approssimativa della dimensione. Sarebbe bello riuscire a identificare quella persona su tre che diventerà dipendente da tabacco (o eroina) e dire ad essa di non utilizzarlo, lasciando gli altri liberi, ma non possiamo farlo.

L'unica cosa che possiamo fare è agire su tre piani. Agire sulle conoscenze, cioè far conoscere alle persone (soprattutto ai giovani, perché questo percorso avviene normalmente prima dei vent'anni o subito a ridosso dei vent'anni) il rischio legato alle sostanze e contribuire allo sviluppo di capacità individuali e sociali che permettano al singolo individuo di gestire meglio sé stesso, il rapporto con gli altri e la capacità di prendere decisioni. Inoltre possiamo agire sulla percezione: molto spesso l'utilizzo è legato alla percezione di normalità dell'uso di sostanze, spesso i giovani dicono: "Tutti fumano, allora fumo anch'io per essere accettato", "Tutti usano cannabis, perché dovrei essere io l'unico che non la usa". Invece se cerchiamo di spiegare a questi ragazzi che in realtà questa è una percezione sbagliata, riusciamo probabilmente a ridurre la quota di coloro che cominciano. L'obiettivo quindi è quello di ridurre la probabilità di inizio e di aumentare le capacità di controllo delle persone, in modo che l'inizio non determini la progressione verso la dipendenza. So di non aver risposto del tutto alla domanda ma credo che queste siano le basi della prevenzione dell'uso di sostanze.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Il problema è la settorializzazione dei servizi specifici rispetto agli obiettivi trasversali sulla persona, quindi va ripensata l'organizzazione strutturale degli operatori della prevenzione.

Forse sarebbe opportuno pensare ad una figura inter-servizio che svolga una funzione di case management, un preventologo che faccia da regia tra i diversi interlocutori pubblici e privati che agiscono sulla persona

Dr. Canuzzi

Per quanto attiene alla prima domanda penso che l'interlocutore si rivolga al tema della settorializzazione dei servizi specifici all'interno dei dipartimenti delle dipendenze. Gli obiettivi trasversali sono ovviamente la presa in carico e la diagnosi, la terapia e la riabilitazione.

Per riorganizzare strutturalmente gli operatori della prevenzione lavoriamo su due fasce: o la riflessione è rivolta ai dipartimenti delle dipendenze o è rivolta ai dipartimenti della prevenzione, ossia l'organizzazione degli operatori della prevenzione andrebbe scansionata tra i due tipi di dipartimento affinché avvenga un interfacciamento di natura costruttiva.

Per quanto riguarda la seconda domanda, è la prima volta che mi trovo di fronte al termine preventologo, credo che si rivolga a operatori della prevenzione e ovviamente interpreto la domanda come una riflessione: occorrerebbe una figura/un operatore della prevenzione, sia esso delle dipendenze o dei dipartimenti di prevenzione, che sia all'interno dei CIC e che sappia parlare alle istanze che vengono dal basso, cioè sappia parlare il linguaggio degli studenti all'interno dei CIC, previsti dall'articolo 106 DPR 309/90, e che si interfacci tra i Servizi Pubblici e privati che agiscono sulla persona.

Forte critica agli interventi di prevenzione nelle scuole con «*testimonial*» che confondono e approssimano allo stesso modo uso, abuso e dipendenza (e morte).

Tali approcci inoltre negano il valore di riduzione del danno che una corretta informazione potrebbe portare nei confronti di coloro che usano droghe (al pari di ciò che succede con le sostanze legali come l'alcol).

Le forme di repressione e di controllo non si possono conciliare con educazione e dialogo, soprattutto se abbiamo a che fare con dei giovani.

Una prima proposta è lo spostamento delle risorse pubbliche, destinate a questi interventi nelle scuole, verso interventi fuori dalle scuole.

Molto più produttiva, inoltre, potrebbe essere la collaborazione dei servizi di riduzione del danno con le forze dell'ordine, per formare gli agenti con interventi comunicativi mirati, per offrire supporto e un aggancio ai servizi di prossimità e non solo repressione.

Dr. Guidotti

Sicuramente questa argomentazione si riaggancia a quanto detto all'inizio dalla Dr.ssa Beccaria, e riguarda anche l'intervento di ieri, corrispondendo alla forte critica che facevo nella mia esperienza dell'Istituto scolastico dove Carlotta Benusiglio, che ha anche scritto un libro ed è un personaggio pubblico, portava la sua esperienza.

L'approccio è assolutamente terroristico e mi piaceva fare riferimento anche al discorso della valutazione. Noi immaginiamo un intervento come quello della Benusiglio che si presenta agli studenti e dice "io sono stata a

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

una festa, ho preso mezza pasticca e nel giro di poco mi sono ritrovata col dover fare un trapianto di fegato". Come informazione chiaramente non fa una piega, per qualcuno che vuole ragionare in un'ottica di, potrei dire, prevenzione terroristica. Questo discorso potrebbe anche star bene ma è banale perché basterebbe domandare alla Benusiglio, e penso che nessuno l'abbia mai fatto, che cosa è successo a chi ha preso l'altra mezza pasticca e non ha avuto un trapianto di fegato.

Presentarsi dai giovani con un approccio di questo genere innanzitutto perde di credibilità, perché se andiamo a vedere cosa succede a tutte quante le persone che nel fine settimana, per esempio, non finiscono al pronto soccorso con un trapianto di fegato, sicuramente portare un'esperienza drammatica unica, con particolarità rarissime (perché poi la verità non stava in quella mezza pasticca ma stava in chi l'aveva presa), già questo dice molto del nonsense di un intervento di questo genere, che risulta terroristico.

Il valore della riduzione del danno è altissimo: quando parliamo di valutazione, quando parliamo di che cosa anche noi alla fine vogliamo prevenire, allora il programma di valore sarebbe la capacità di dissuadere la persona usare le sostanze, ma non è sufficiente.

Immaginate l'operatore di riduzione del rischio: quando instaura una relazione sicuramente un risultato buono lo ottiene quando riesce a instaurare un rapporto in cui si parla della complessità della sostanza, perché sicuramente è più misurabile quello piuttosto che misurare se tu nel corso della tua vita da qua a 20 anni ti farai una canna o avrai la possibilità e la volontà di usare una sostanza. Quindi sicuramente ha più validità un approccio di riduzione del danno, rispetto all'approccio terroristico, soprattutto quando abbiamo 50 anni di storia di proibizionismo che ci dicono che è inutile come approccio, nonostante a qualcuno piace ancora insistere su questa cosa compreso corredarla di sanzioni amministrative.

Se lo fai pensando che sia la strada della dissuasione, allora sicuramente un intervento efficace è quello che ti mette nella condizione di riflettere sulla complessità che sta dietro la canna, dietro la striscia di cocaina o dietro la pasticca, perché quello di cui parliamo sono le persone e la loro complessità.

Ho apprezzato il discorso del Dr. Polidori quando ha detto che la persona che usa è un cittadino. Il problema è tutto lì. Allora, fare interventi di prevenzione portando come esempio la persona che è stata ripulita, che ha fatto un passaggio e ti viene a testimoniare il suo dire no, abbiamo elementi che ci dicono che non funziona come approccio. Inoltre, ripeto, quello che dovrebbe funzionare è il discorso che può portare una persona davanti alla complessità di che cosa è la sostanza e la relazione con una sostanza.

L'intervento precedente sul che cosa dobbiamo prevenire da un punto di vista di salute, sul dissuadere, sono cose che teoricamente sono belle, ma rapportate alla realtà, dove è vero che non tutti i giovani consumano, ma è vero che tantissimi giovani consumano, è anche vero che ormai il consumo di sostanza nella nostra società è un po' un rito di passaggio e sui riti di passaggio fosse potremmo trovare tantissimi significati.

Riguardo all'argomentazione fatta qui, ovvero spostare le risorse pubbliche fuori dalle scuole, beh assolutamente sì. Se pensiamo allo scempio culturale che si è potuto permettere spendendo un sacco di soldi con gli interventi con i cani nelle scuole, con i risultati che sappiamo, certo viene da dire che quegli interventi potevano essere portati fuori dalle scuole.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Sappiamo oggi che l'età di inizio d'uso si è ulteriormente abbassata, la scuola è chiamata ad essere luogo educativo con capacità specifiche che non vada solo nella direzione della performance, emerge come sia opportuno ripensare il CIC, dunque come è possibile creare spazi di benessere e come può interagire realmente? come facilitare la fruizione dell'intervento?

Dr.ssa Grillo

Questa è una domanda fondamentale perché come dicevo ieri è importante che quando si affida un compito a qualcuno siano chiare le modalità, il compito, l'obiettivo, e anche come il suo lavoro interagisce con quello, per esempio, del collegio dei docenti.

È importante a mio avviso, per creare benessere, creare le condizioni per questo benessere, anche indirettamente. Certo c'è un benessere diretto, però noi dobbiamo pensare come questo benessere poi possa effettivamente essere efficace fino in fondo e per poterlo essere probabilmente è necessario pensare appunto a un'interazione tra i CIC e la Scuola, un'interazione dove il CIC sia effettivamente parte della scuola, perché diversamente, quello che noi creiamo è un ulteriore frammentazione in una situazione che, come abbiamo visto, è già estremamente frammentata. Quindi non dobbiamo lavorare per frammentare ancora, dobbiamo lavorare per unire.

Uno strumento che sta all'interno della scuola e che produce benessere deve essere costitutivamente all'interno dell'organo scolastico. Solo in questo modo può essere efficace e bisogna pensare a come questo strumento, e le persone che vi lavorano, possano essere parte di un collegio dei docenti per valutare un percorso che, ripetiamo, non è solo scolastico, ma anche educativo dell'alunno all'interno della scuola.

Mi viene in mente una situazione dove un ragazzo ha una condizione di povertà educativa, di povertà economica, di grande complessità rispetto, per esempio, alla famiglia e alla situazione di disagio della famiglia, magari anche una dislessia o una certificazione scolastica ecc., ha diverse difficoltà e c'è l'insegnante che l'unica cosa su cui lo valuta è la capacità di fare un buon tema di italiano. Allora, o si permette a chi fa parte del CIC di lavorare con l'insegnante di italiano perché si vedano le risorse di questo ragazzo e si lavori su quelle risorse, sulle capacità, che lui ha per migliorare la sua condizione oppure, diversamente, non si sta producendo benessere.

Se tutte le scuole hanno a disposizione un CIC che sia chiaro a tutti attraverso norme ministeriali a cosa serve, a chi è rivolto, come funziona, come interagisce e come si lega alla rete territoriale esterna per produrre veri interventi di benessere e di promozione della salute, a quel punto è più semplice per chiunque sapere dove rivolgersi e come e che cosa questo strumento può offrirgli.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Chiedo che venga presa in considerazione la riorganizzazione fisica dei Ser.D per dividere i locali dove si accede per la terapia sostitutiva dal resto degli interventi; molti giovani non accedono al Ser.D perché stigmatizzato come servizio per i tossicodipendenti che in quanto solo consumatori di cannabinoidi, non si ritengono tali. Perciò *équipe* dedicate ai minori e giovani adolescenti e le loro famiglie, magari all'interno dei distretti creando ambulatori ad hoc.

Dr. Barletta

In effetti ci sono esperienze in cui la somministrazione è separata fisicamente all'interno dei servizi per le dipendenze dal resto delle altre attività. Chiaramente parlo delle attività psicologiche sociali, ma anche delle stesse attività mediche. Mi viene in mente l'organizzazione del dipartimento delle dipendenze di Trieste.

Non bisogna però dimenticare che quando sono nati i Ser.D, che si chiamavano Ser.T, il fatto di tenere unite tutte le attività ha permesso di prendere in carico i soggetti eroinomani a tutto tondo, cioè di utilizzare la somministrazione, magari la sola richiesta di Metadone, che all'epoca era il solo farmaco disponibile, per cercare poi di offrire altri interventi come il sostegno psicologico, le attività sociali e questo devo dire che ha funzionato e ha funzionato bene. Non ci dimentichiamo che c'era anche l'HIV, quindi ha funzionato anche dal punto di vista medico.

Molti giovani non accedono al Ser.D perché come servizio è stigmatizzato, la soluzione più facile è stata diversificare gli orari all'interno di un Ser.D e dedicare, aprire gli spazi specifici degli orari specifici ai soggetti non eroinomani; lo abbiamo fatto per esempio per i consumatori di cannabinoidi, per gli alcolisti, e questo ha funzionato; io stesso avevo uno spazio giovani a un certo punto e posso dire che certamente ha funzionato e può essere una soluzione però, detto questo, ritengo che ci si riferisca anche alla presa in carico precoce, e in questo caso certamente sono d'accordo che bisogna individuare spazi idonei. Nel momento cioè in cui noi creiamo o favoriamo una certa richiesta, bisogna anche creare gli spazi idonei, spazi neutri senza targhe e targhette, e che tale spazio deve però essere inserito all'interno di una rete territoriale. Quindi, deve essere una rete territoriale che, ribadisco, deve comprendere tutte le agenzie che si occupano di giovani, adolescenti compresi i CIC. Quindi i CIC secondo me potrebbero essere veramente i primi punti di aggancio, vanno separati nel caso della presa in carico precoce e vanno individuati dei luoghi specifici per gli adolescenti e per le famiglie, all'interno dei distretti, creando ambulatori ad hoc, o comunque luoghi che devono essere neutri, quindi in collaborazione con gli altri servizi e con il Privato accreditato.

Dr.ssa Sacchi

Penso a molte sedi dove già sono presenti locali differenziati, ingressi differenziati, mi vengono in mente le sedi di Milano, che sono sedi piuttosto fortunate ma insomma, questa attenzione mi pare che sia già abbastanza diffusa.

Voglio sottolineare una cosa, sono d'accordo con tutte le raccomandazioni internazionali che indicano la necessità di spazi dedicati. Ogni volta che de-stigmatizziamo un luogo e lo rendiamo più accogliente, più fruibile, più accessibile, vuol dire che ne stiamo stigmatizzando un altro, confermando l'idea che il Ser.T sia il luogo dei pazienti cronici, che non hanno speranza, dei pazienti che prendono solo il metadone e non fanno nient'altro e così via.

È quindi argomento da trattare a mio parere con cautela, perché conferma l'idea, e soprattutto negli operatori socio-sanitari, che la tossicodipendenza sia vista come essenzialmente una patologia cronica per cui non c'è niente da fare, quindi è una via facile dire vabbè differenziamo da una parte quelli per cui non c'è più niente da fare e dall'altra i giovani. È materiale da trattare con cautela.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

C'è qualche riferimento sitografico per il CTC?

Sulla sintesi della Tavola Rotonda B forse andrebbe inserito anche il coinvolgimento dei gestori/rivenditori.

Dr. Mauro Soli

Riporto qui queste indicazioni, questa sitografia dove possono essere trovati materiali, invece riguardo al suggerimento rispetto all'inserimento del coinvolgimento dei gestori e rivenditori questo è stato fatto proprio dal Prof. Faggiano che l'ha inserito all'interno delle proprie considerazioni nella sintesi della Tavola Rotonda.

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries/communities-care-ctc-approach-prevent-use-and-reduce-youth-problematic-behaviours_en

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3934/TI_PUBPDF_TDAU17001ENN_PDFWEB_20170224164629.pdf

Relazione Tecnica del Coordinatore

a cura di **Fabrizio Faggiano**

Esperti partecipanti:

Antonio Affinita, Giuseppe Barletta, Franca Beccaria, Pietro Canuzzi, Floriana Colombo, Rachele Donini, Alessio Guidotti, Giovanna Grillo, Paolo Merello, Maria Migliore, Edoardo Polidori, Antimio Ponticiello, Paola Sacchi, Sonia Salvini, Patrizia Saraceno, Paolo Sciascia



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

7.1 Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Concetti e obiettivi della prevenzione delle dipendenze

La prevenzione è la principale azione per evitare e ridurre i rischi e i danni alla salute correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive legali e illegali e all'insorgenza di disturbi comportamentali, inclusa la dipendenza.

A questo fine, le politiche e gli interventi di prevenzione possono agire con il fine di prevenire la sperimentazione di tali sostanze o la transizione verso stadi di consumo più problematici.

A seconda della popolazione *target* a cui si rivolge l'intervento, si possono distinguere:

- **Prevenzione universale:** interventi o politiche che si rivolgono a tutta la popolazione o a tutti i membri di un gruppo *target*, indipendentemente dalla storia di uso di sostanze.
- **Prevenzione selettiva:** interventi che si rivolgono a gruppi vulnerabili, che presentano un rischio specifico superiore alla media della popolazione, individuati sulla base di criteri socio-demografici ed epidemiologici.
- **Prevenzione indicata:** interventi che si rivolgono a individui che presentano tratti di personalità o fattori di rischio che li rendono più vulnerabili alla progressione verso un uso problematico. La vulnerabilità deve essere accertata clinicamente. L'uso di sostanze non è necessariamente presente.
- **Identificazione precoce** della persona che appare avviata in un percorso di uso problematico, dal punto di vista della salute o del funzionamento sociale, e contestuale **presa in carico** al fine di interrompere la progressione verso l'insorgere di problematiche correlate alla dipendenza.

Queste ultime tappe della prevenzione sono particolarmente delicate per il rischio che un comportamento transitorio, che interessa una proporzione elevata di popolazione (25% dei giovani 15-19 anni hanno usato cannabis nel 2019), possa essere scambiato per percorso problematico e avviato al trattamento.

Interventi preventivi

Gli interventi di prevenzione sono insiemi più o meno complessi di pratiche che hanno l'obiettivo di promuovere la salute prevenendo l'inizio o la progressione dell'uso di sostanze psicoattive e comportamenti additivi. I fattori di rischio e di protezione sui quali agiscono sono comuni all'uso abuso e dipendenza di tutte le sostanze psicoattive, e ai comportamenti additivi, e questa è la ragione per cui non sono indicati interventi e programmi indirizzati a singole sostanze, se non in situazioni specifiche.

Agiscono attraverso lo sviluppo di competenze sociali e individuali, la modifica delle percezioni, delle attitudini, delle credenze, e possono produrre anche effetti indesiderati. Per questo motivo per essere adottati, e quindi essere indicati come **Interventi Efficaci, Sostenibili e Trasferibili** (IPEST), devono presentare le seguenti caratteristiche:

- essere manualizzati, per assicurarne la replicabilità;
- prevedere una formazione specifica;
- essere *evidence-based*, cioè essere stati valutati con risultati positivi da studi scientifici rigorosi;

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

- presentare caratteristiche di sostenibilità e trasferibilità ad altri contesti.

In Italia non esiste però un sistema di assicurazione della qualità degli interventi erogati nei diversi *setting*. È necessario identificare un ente che assuma il coordinamento di una filiera «certificata» delle IPEST sulle dipendenze. Questo ente dovrebbe occuparsi di:

- progettare di interventi innovativi;
- coordinare la disseminazione e l'assicurazione di qualità degli interventi che già hanno le caratteristiche di IPEST;
- monitorare la disseminazione;
- identificare e adattare al contesto italiano gli interventi efficaci valutati in altri paesi (traduzione e adattamento, eventuale rivalutazione, implementazione etc.).

Prevenzione nel *setting* scuola

La scuola ha un ruolo essenziale nella prevenzione dell'uso e della dipendenza e nella identificazione precoce dei soggetti avviati a un percorso di uso problematico di sostanze psicoattive, perché è luogo di vita abituale di tutti i giovani nell'età più a rischio, oltre che per i suoi fini educativi.

Per questo la scuola è il principale ambito in cui assicurare:

- una informazione di base scientifica e non moralistica sulle sostanze psicoattive e sui loro effetti sulla salute fisica, psichica e sociale, oltre che sui servizi dedicati alla gestione del problema;
- la fornitura di curricula integrativi costituiti da interventi selezionati fra le IPEST;
- l'equità geografica di distribuzione e la qualità degli interventi.

A questo scopo è essenziale;

- che tutte le scuole abbiano un insegnante riferimento per l'educazione alla salute formato in modo specifico;
- operare in rete con le Aziende Sanitarie, le famiglie e le altre realtà presenti sul territorio

I **Centri Informazione e Consulenza (CIC)**, oggetto in passato di una serie di circolari ministeriali, a volte contraddittorie, sono riconosciuti come uno strumento essenziale di identificazione e presa in carico precoce di giovani in difficoltà. È necessario un loro potenziamento sulla base dei seguenti principi:

- attivazione in tutte le scuole dell'obbligo e gli istituti superiori, prevedendo un *team* multiprofessionale (educatori e psicologi);
- definizione del ruolo, mandato, modalità di intervento, modalità di relazione con il territorio e modalità operative per l'identificazione precoce. Questo richiede la stesura di linee guida basate su evidenze scientifiche da promuovere in tempi rapidi, anche in accordo con l'apposita commissione attivata per il PNP.

Il ruolo del CIC potrebbe anche includere attività di *empowerment* e di acquisizione di *soft skill*, di interazione tra scuola e territorio, contribuendo in questo modo al rinnovamento della scuola.

Prevenzione nel *setting* di comunità

Coalizioni locali

Il livello locale è un terreno fertile di alleanza fra scuola, operatori socio-sanitari, famiglia e altri attori della comunità. A questo livello possono essere identificati i problemi prioritari della comunità, in considerazione dei diversi contesti e delle fasce di età, e su di essi attivata la comunità con le sue risorse e le sue energie, lungo programmi appropriatamente valutati e implementati, selezionando gli IPEST adeguati per affrontati i problemi identificati.

Per la costruzione di coalizioni locali l'EMCDDA raccomanda di adottare il modello **Communities that care** (CTC – EMCDDA 2017), sperimentato con successo negli USA. Si tratta di un modello interessante che merita di essere proposto, previa traduzione, adattamento e validazione a livello italiano.

Azioni di comunicazione

Le campagne sui *mass media* sono iniziative intraprese dalle autorità nazionali che utilizzano la comunicazione per diffondere informazioni su, ad esempio, stili di vita salutari o rischi per la salute, al fine di persuadere le persone ad adottare comportamenti sani. Le campagne utilizzano *mass media* tradizionali, oltre ai moderni *social media* (Ferri 2013, EMCDDA 2013).

Le campagne sulle dipendenze hanno un importante potenziale sia informativo che normativo, potendo incidere su percezioni e credenze della popolazione, e rinforzare i fattori di protezione rispetto all'uso problematico di sostanze legali e illegali e a comportamenti additivi, quali il gioco d'azzardo, oltre che facilitare l'accesso alle cure e alla prevenzione per gli interessati. Un altro obiettivo è il contrasto allo stigma dell'utilizzatore di sostanze psicoattive, uno dei fattori del ritardo al ricorso ai CIC nelle scuole e ai Ser.D a livello del territorio da parte di giovani che percepiscono di aver intrapreso un percorso di consumo rischioso o che attraversano periodi di difficoltà personali.

Al fine di evitare effetti indesiderati, evidenziati da alcuni studi, l'EMCDDA raccomanda che le "campagne dovrebbero essere condotte solo in un contesto di studi di valutazione rigorosi, ben progettati e adeguatamente dimensionati" (EMCDDA 2013).

A questo fine:

- gli obiettivi e i *target* devono essere chiaramente definiti (informativo, normativo, su quali sostanze e comportamenti);
- i messaggi essere attentamente adattati al *target* e al mezzo, facendo riferimento alle campagne informative di successo condotte in altri paesi;
- il modello teorico esplicitato;
- una valutazione di efficacia teorica, di impatto e costo efficacia deve essere prevista, adottando i disegni di studio più rigorosi, anche al fine di produrre evidenza per le campagne successive.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Mondo della notte

È un *setting* cruciale in cui un numero elevato di giovani e adulti è esposto alla possibilità di usare sostanze psicoattive di varia natura. In questo *setting* dovrebbero essere proposti interventi complessi che abbiano componenti di informazione e prevenzione universale, insieme a componenti di *harm reduction*, adattati al tipo di contesto (*rave, festival, movida cittadina, discoteca...*). Per questo è raccomandabile che gli operatori pubblici siano messi nelle condizioni di effettuare legalmente operazioni di *drug-checking*, che permettano di identificare componenti inattesi e/o sostanze sospettate di maggiori effetti negativi sulla salute (es. oppioidi sintetici), in modo da informare tempestivamente sui rischi associati. Il *drug-checking* è un potente mezzo di aggancio e deve essere combinato con azioni di *counselling*. In alcuni contesti è poi consigliabile la predisposizione di spazi di decompressione (*chill-out*) dove i consumatori possono attendere che l'effetto psicoattivo della sostanza venga smaltito dall'organismo. Per questi fini è essenziale che l'accesso degli operatori ai luoghi di aggregazione sia garantito e tutelato dalle forze dell'ordine.

Va valutata poi l'opportunità di poter effettuare il *drug-checking* anche presso i Servizi Pubblici durante le normali ore di apertura.

Ruolo del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)

Negli ultimi anni il DPA ha assunto un ruolo prevalente "contro il diffondersi dell'uso di sostanze stupefacenti". Il Tavolo Tecnico evidenzia la necessità di rafforzare il ruolo di coordinamento interistituzionale proprio del DPA anche in ambito di prevenzione delle dipendenze, garantendo un'essenziale integrazione allo strumento di programmazione del Ministero della Salute rappresentato dal PNP (Macro Obiettivo 2 Dipendenze), grazie all'acquisizione di funzioni e competenze attualmente carenti in Italia:

- traduzione e disseminazione dei materiali e delle banche dati dell'EMCDDA utili alla prevenzione;
- gestione e coordinamento di tutta la filiera di accreditamento dei programmi di prevenzione e di presa in carico precoce. Questa consiste in particolare nelle funzioni di:
 - promozione della valutazione di programmi promettenti;
 - selezione di interventi validati dalla comunità scientifica internazionale che merita di trasferire nel contesto italiano;
 - coordinamento delle attività di adattamento e traduzione dei programmi così selezionati;
 - creazione e mantenimento di un repertorio di interventi efficaci (in analogia del *Xchange prevention registry* dell'Emcdda) in accordo con il Network Italiano di EBP (<https://www.niebp.com/>) che già opera in questo senso per il PNP;
- monitoraggio specifico delle attività di prevenzione condotte sul territorio;
- coordinamento delle attività di formazione alla prevenzione.

Ruolo e immagine dei Servizi Dipendenze e degli Enti Accreditati

Secondo l'art.113 della L. 309/1990, i servizi per le dipendenze (Ser.D) svolgono "attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze". Ad oggi però sono soprattutto le attività di cura e riabilitazione ad essere svolte dai Ser.D, in particolare per il profilo principalmente clinico degli operatori che vi operano.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

I Ser.D, insieme agli Enti Accreditati, devono rappresentare la chiave di volta del contrasto alle dipendenze. Al fine di rinforzare questo ruolo è però necessario:

- sviluppare competenze specifiche sulle materie di confine fra prevenzione e clinica, al fine di **diventare punto di riferimento intersettoriale della prevenzione selettiva, prevenzione e presa in carico e trattamento precoci**;
- attuare ogni azione utile a modificare l'immagine del servizio affinché diventi presso la popolazione **punto di riferimento per chi vuole ragionare sui propri consumi e comprendere meccanismi dietro i propri comportamenti**.

A questo fine è essenziale che tutti i referenti Ser.D alla prevenzione intraprendano un percorso di formazione nazionale come quello dell'EUPC (EMCDDA 2019).

Contributo dei Ministeri della Salute e dell'Istruzione

Il Tavolo Tecnico ritiene che il Ministero dell'Istruzione debba adoperarsi per rendere più uniforme a livello nazionale l'offerta di interventi preventivi di qualità, anche attraverso la definizione di un docente di riferimento dell'educazione alla salute a cui proporre una formazione nazionale.

Il Ministero della Salute viene invece invitato a sollecitare urgentemente l'elaborazione di linee guida per l'identificazione, la presa in carico e il trattamento precoci. Si tratta di interventi di estrema delicatezza per il rischio di stigmatizzazione, che richiedono quindi un approccio scientifico rigoroso.

Formazione

Il campo della prevenzione delle dipendenze ancora oggi soffre della mancanza di una formazione curricolare.

L'EMCDDA ha predisposto l'*European Prevention Curriculum* (EUPC) che è uno strumento di formazione essenziale per gli operatori della prevenzione delle dipendenze (EMCDDA 2019). Il PNP 2020-2025 ha introdotto come obiettivo trasversale del PP4 *"Svolgere attività di formazione rivolta ai referenti istituzionali in materia di dipendenze basati su ... EUPC Curriculum"*.

Per perseguire una omogeneità territoriale nella formazione alla prevenzione delle dipendenze si propone che almeno un operatore venga formato con il EUPC in ogni Azienda Sanitaria e in ogni Ufficio scolastico.

Al fine di assicurare la produzione di programmi innovativi di prevenzione delle dipendenze, si sollecita la predisposizione di *Master* Universitari di progettazione, valutazione, implementazione di interventi di prevenzione.

Prevenzione del Gioco d'Azzardo Patologico

Il gioco d'azzardo è un comportamento additivo, che quindi può determinare, in particolare in soggetti vulnerabili o in determinati momenti della vita, una progressione verso comportamenti problematici e la dipendenza.

La prevenzione di questa progressione si basa su due cardini riconosciuti dalla letteratura internazionale e da esperienze anche italiane:

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

- interventi volti a irrobustire le conoscenze matematiche utili a sfatare falsi miti, concezioni erranee, superstizioni, pensieri errati riguardo all'azzardo e alle probabilità di vincita (Keen 2017);
- la riduzione della densità e accessibilità degli apparecchi elettronici (Sulkunen 2018), come provato dalla legge regionale 9/2016 del Piemonte che, nel periodo di implementazione, ha mostrato una riduzione significativa delle perdite e dell'iniziazione e dello sviluppo di gioco problematico (IRES 2019, Benedetti 2020; Rolando 2021).

Le modalità di gioco si evolvono rapidamente (vd le recenti forme di convergenza tra *gaming* e *gambling*) e questo richiede una attenzione continua al problema e una regolamentazione specifica capace di adattarsi a tali evoluzioni.

Riferimenti bibliografici

Benedetti E., Molinaro, S. (eds.) (2020), GAPS, L'azzardo nella Regione Piemonte. Research report of the National Research Council, Consiglio Nazionale delle Ricerche. https://www.epid. ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2020/10/GAPS-Piemonte_Report_ISBN-low.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013), Perspectives on drugs. Mass media campaigns for the prevention of drug use in young people, Publications Office of the European Union, Luxembourg

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2017), Communities That Care (CTC): a comprehensive prevention approach for communities, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, Publications Office of the European Union, Luxembourg

Ferri M, Allara E, Bo A, Gasparrini A, Faggiano F. Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD009287. DOI: 10.1002/14651858.CD009287.pub2

IRES Piemonte (2019), 10 numeri sul gioco d'azzardo in Piemonte - Note brevi sul Piemonte n. 1/2019 https://www.ires.piemonte.it/images/pubblicazioni/note-brevi/2019-01_NotaGiocoAzzardo.pdf

Keen B. Systematic review of empirically evaluated school based gambling education programs. J Gambl stud (2017) 33:301-325

Rivoiro C, Pomatto G, Aimò N. (2020). Il Gioco d'Azzardo in Provincia di Cuneo e la valutazione del progetto "Punta su di Te 2.0". IRES Torino.

Rolando S., Jarre P. (2021). La regolamentazione del gioco d'azzardo in Italia e il "caso Piemonte": un'efficace policy di contenimento dell'offerta. In Rolando S. (a cura di), Limitare l'azzardo. Gioco, scienza e politiche pubbliche. Carocci editore.

Sulkunen, P., Babor, T. F., Ornberg, J. C., Egerer, M., Hellman, M., Livingstone, C., ... & Rossow, I. (2018). Setting limits: Gambling, science and public policy. Oxford University press.

Le statistiche

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

8.1 Gli Esperti

Al Tavolo Tecnico “Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche” hanno partecipato 16 Esperti, per il 50% di genere femminile.

Il 25% degli Esperti è appartenente alle Amministrazioni Centrali, un altro 25% è rappresentante del Privato Sociale, pari quote espressi dalle Regioni e rappresentanti della Società Civile (19%), mentre il restante 12% dei Servizi Pubblici.

Figura 8.1.1 – Percentuale degli Esperti per genere

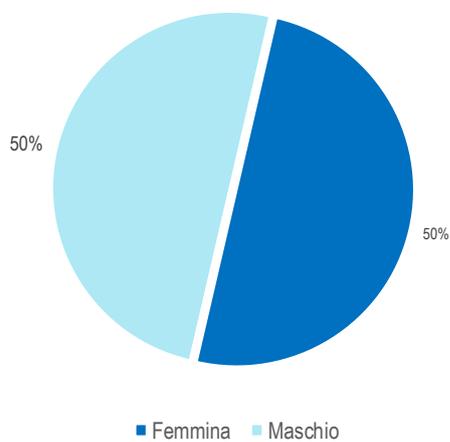
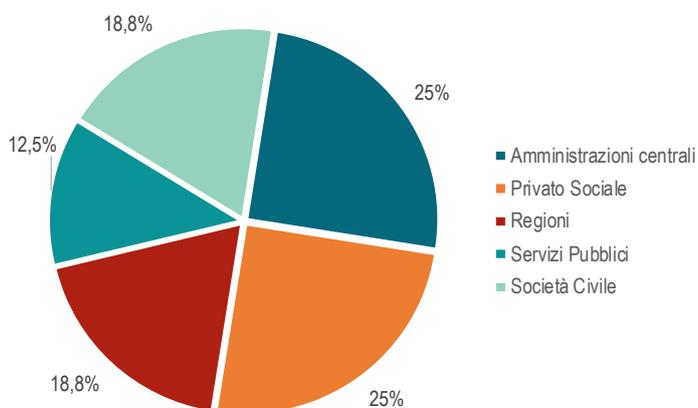


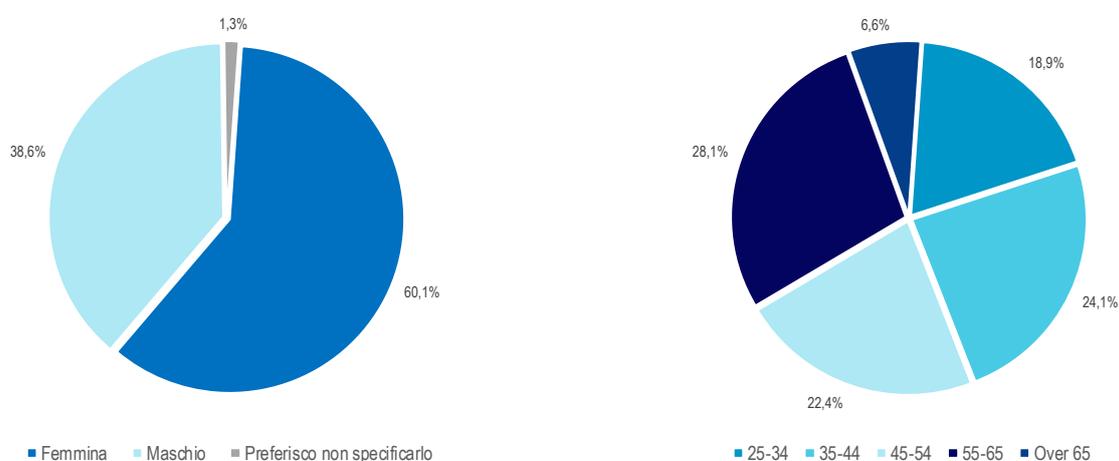
Figura 8.1.2 – Percentuale degli Esperti per ente di appartenenza



8.2 Il pubblico iscritto

Dei 229 partecipanti iscritti ai lavori del Tavolo “Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche” il 60% è di genere femminile, il 39% di genere maschile e il restante 1% preferisce non indicare il proprio genere. La fascia di età maggiormente rappresentata è quella dai 55 ai 65 anni (28%), seguita da quelle dei 35-44enni (24%), dei 45-54enni (22%) e dei 25-34enni (19%). Meno rappresentata nel campione degli iscritti la fascia degli over 65 anni (7%) e assente quella dei più giovani (18-24 anni).

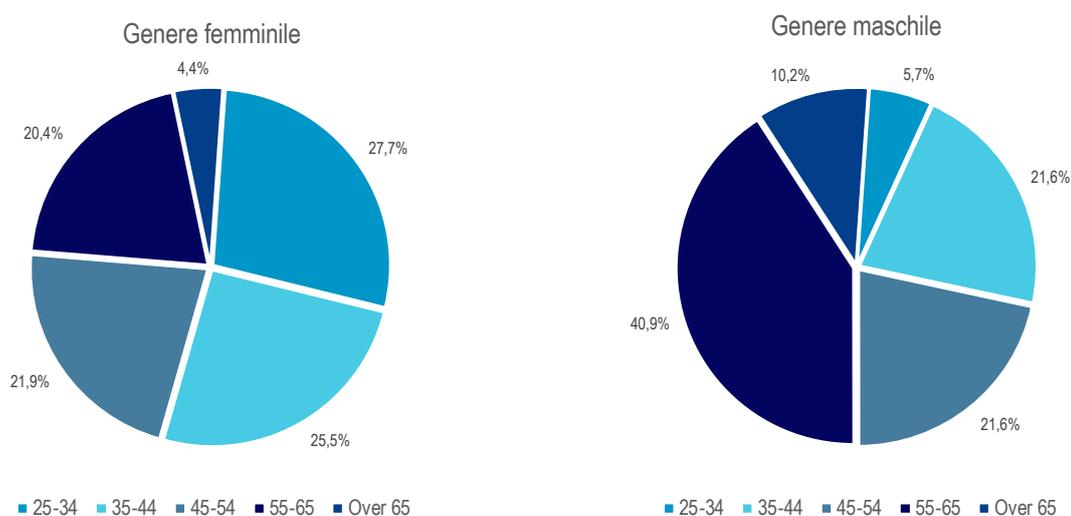
Figura 8.2.1 – Percentuale degli iscritti al Tavolo per genere e fasce di età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La distribuzione per genere e fasce di età mostra che tra le iscritte il 28% ha un'età tra i 25 e i 34 anni, il 25% tra i 35 e i 44 anni, il 22% tra i 45 e i 54 anni. Tra gli spettatori di genere maschile il 41% è nella fascia di età 55-65 anni, pari quote (22%) hanno tra i 35 e i 44 anni, e tra i 45 e i 54 anni.

Figura 8.2.2 – Distribuzione degli iscritti di genere femminile e maschile per fasce di età

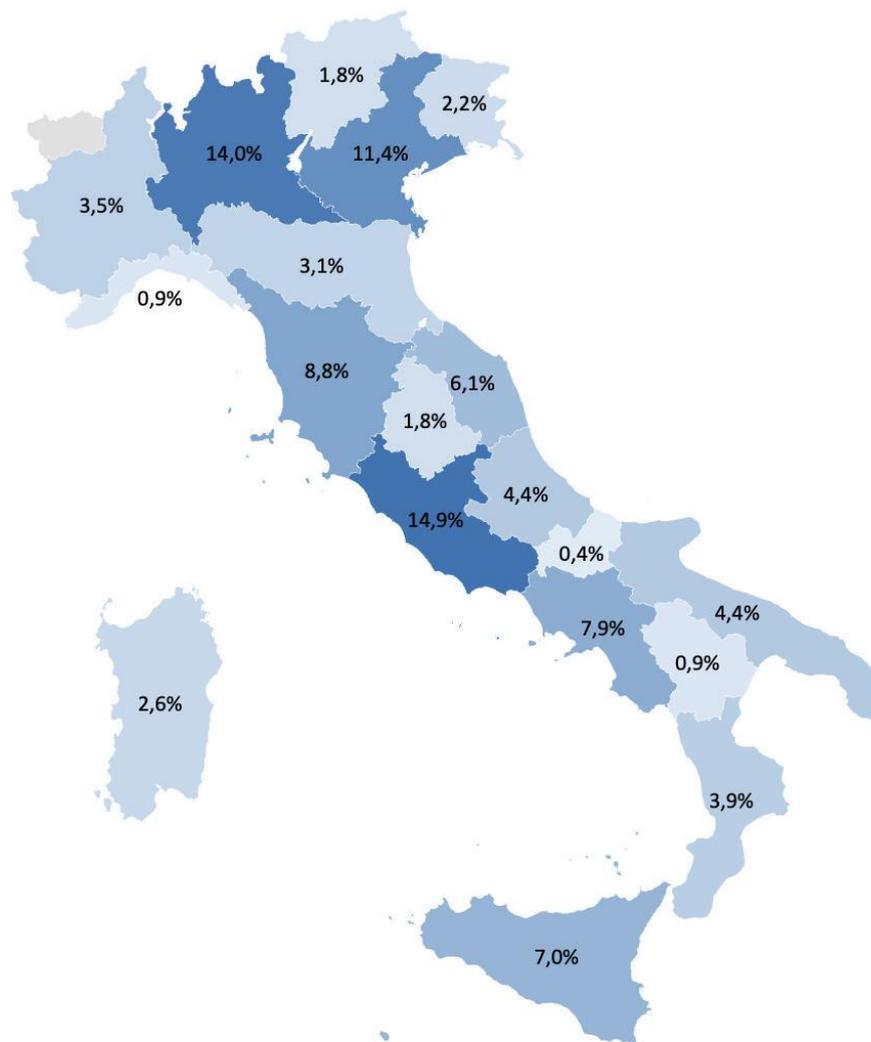


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

In termini di distribuzione regionale, il campione degli iscritti al Tavolo Tecnico “Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche” mostra un'ampia partecipazione dalle regioni Lazio (15%), Lombardia (14%) e Veneto (11%), seguite da Toscana (9%) e Campania (8%).

Figura 8.2.3 – Distribuzione percentuale degli iscritti per regione di provenienza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

L'analisi delle informazioni raccolte al momento dell'iscrizione, consente di rappresentare la distribuzione percentuale delle affiliazioni degli iscritti al Tavolo Tecnico, come mostrato in Figura 8.2.4. I dati mostrano un'ampia partecipazione da parte di iscritti provenienti da strutture pubbliche (42%) nonché dal Privato Sociale (27%). Seguono Cooperative sociali (18%) e Associazioni (11%).

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

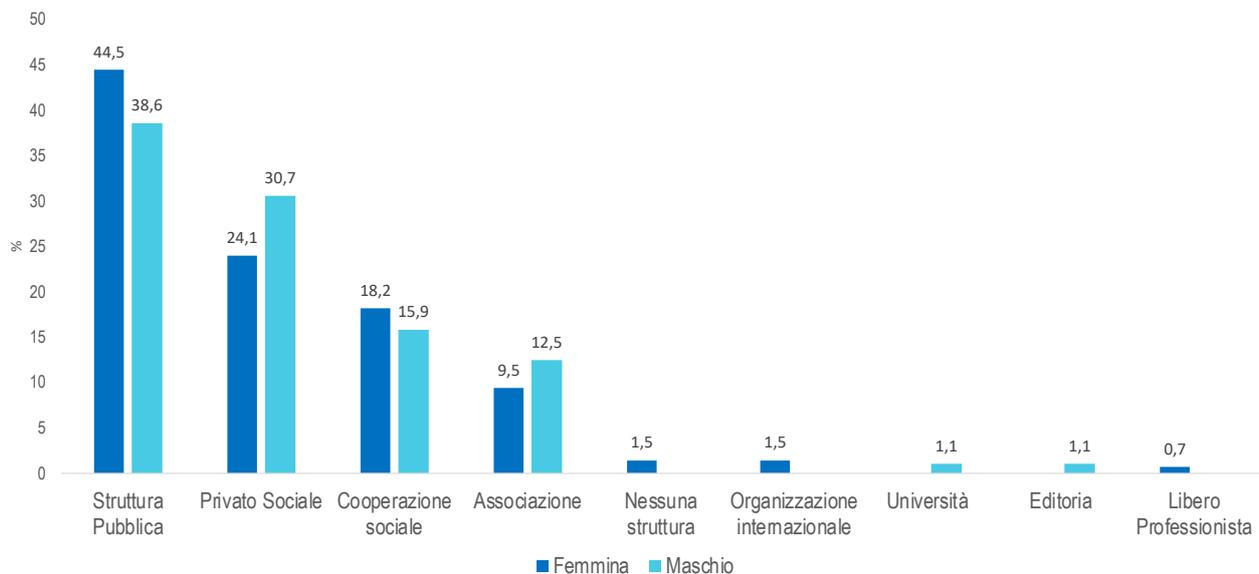
Figura 8.2.4 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

La stessa distribuzione osservata per genere mostra una partecipazione femminile più alta tra le strutture pubbliche e negli enti di cooperazione sociale, e una percentuale di iscritti di genere maschile più elevata nel Privato Sociale e nelle Associazioni.

Figura 8.2.5 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per genere

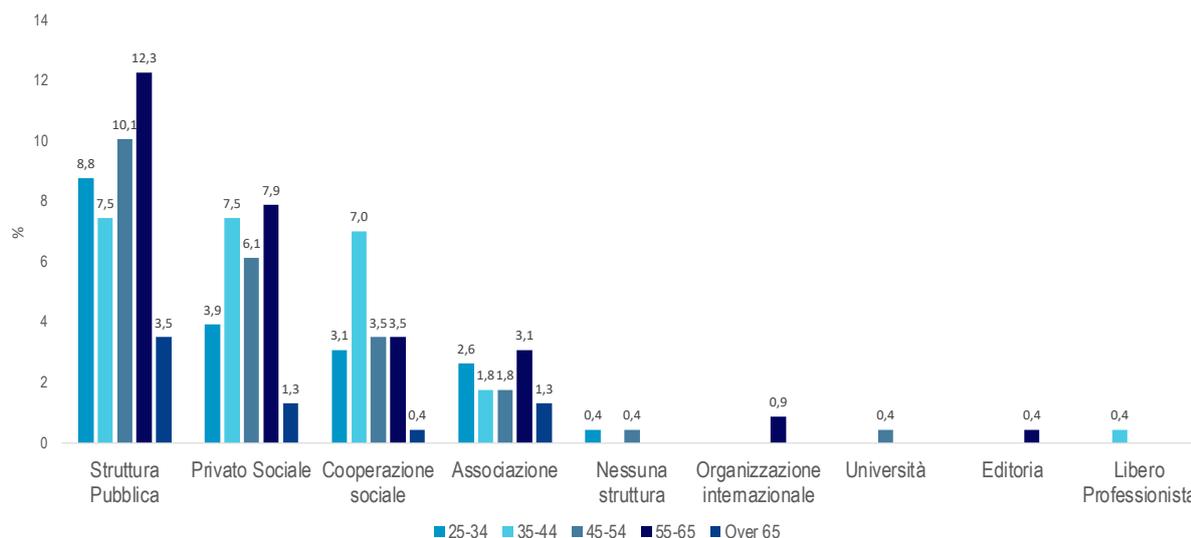


Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Tra gli iscritti appartenenti alle strutture pubbliche la fascia di età maggiormente rappresentata è quella 55-65 anni, nel Privato Sociale sono soprattutto 55-65enni e 35-44enni (8%). Gli iscritti che si occupano di Cooperazione sociale sono soprattutto 35-44enni, e nelle associazioni sono maggiormente rappresentate le fasce di età 55-65 anni e 25-34 anni.

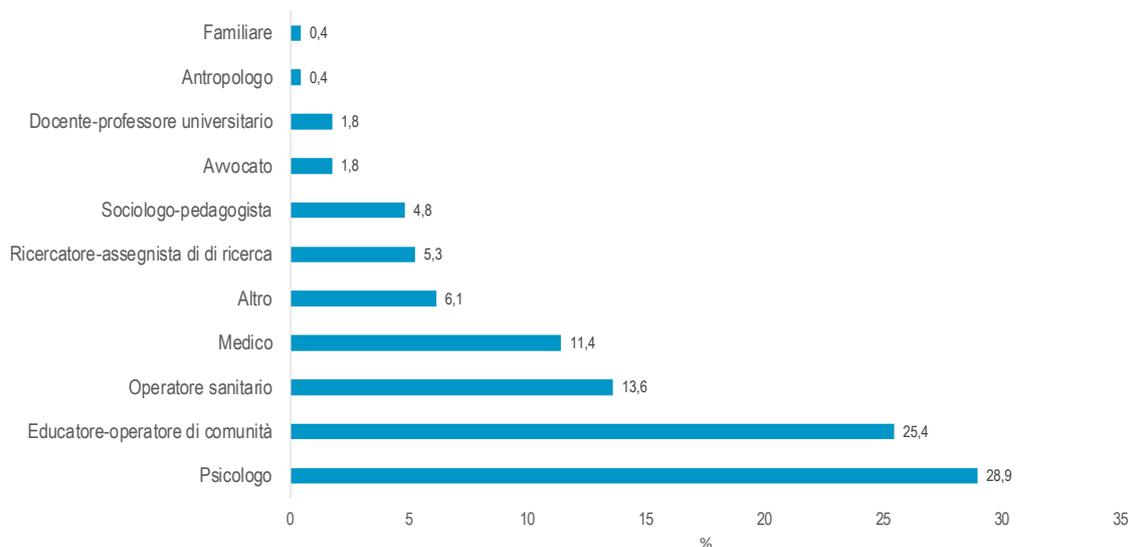
Figura 8.2.6 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza e per fasce d'età



Fonte: elaborazioni CNR-IFC

Infine, la Figura 8.2.7 mostra la percentuale di professioni riferite dagli iscritti al momento della registrazione al Tavolo Tecnico. I dati evidenziano un'ampia partecipazione di psicologi ed educatori socio-sanitari, seguiti da operatori sanitari e personale medico.

Figura 8.2.7 - Distribuzione percentuale degli iscritti per strutture di appartenenza



Fonte: elaborazioni CNR-IFC



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Appendice

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

9.1 Dr.ssa Franca Beccaria – La prevenzione nel *setting* scolastico basata sulle evidenze scientifiche

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 2

**Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce
delle dipendenze patologiche**

11 - 12 ottobre
Online

Franca Beccaria – Eclectica Istituto di ricerca e formazione

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

La prevenzione nel setting scolastico basata sulle evidenze scientifiche

Indice

- La scuola come contesto di prevenzione
- Cosa NON deve essere fatto
- Cosa dovrebbe essere fatto
- Come andrebbe fatto
- Suggerimenti di modifica alla legge 309/90
- Suggerimenti per un nuovo «Piano di azione Nazionale Antidroga»

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

La prevenzione nel setting scolastico basata sulle evidenze scientifiche

La scuola è un setting privilegiato per l'implementazione di programmi di **prevenzione universale sul tema delle sostanze illegali, legali e comportamenti additivi**, che dovrebbero avere come obiettivo lo sviluppo di capacità personali e sociali.



Quindi qualsiasi proposta sul tema va bene?
Meglio poco di niente?



3

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

La prevenzione nel setting scolastico basata sulle evidenze scientifiche

Cosa NON dobbiamo fare



Alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, **NON devono più essere proposti a scuola interventi:**

- improvvisati e spot
- di tipo esclusivamente informativo sui rischi dei consumi di droghe, che rischiano di ottenere l'effetto opposto a quello ricercato
- gestiti da personale delle Forze dell'Ordine (cfr programma americano D.A.R.E., West & O'Neal, 2004)
- di testimonial (es. ex-tossicodipendenti), che possono provocare un effetto glamour
- che enfatizzano gli effetti devastanti delle sostanze (strategia della paura) e che trasmettano contenuti in contrasto con le esperienze dei destinatari e quindi non risultare credibili
- che prevedono l'uso di test antidroga

(Botvin, 2000; EMCDDA, 2019; Griffin & Botvin, 2010; UNODC, 2018; Werch & Owen, 2002)

4

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

La prevenzione nel setting scolastico basata sulle evidenze scientifiche

Cosa DOVREBBE essere fatto

- affidare l'attuazione degli interventi a **insegnanti formati ad hoc**
- utilizzare **metodi partecipati**
- proporre **programmi specifici per ciclo di via:**
 - interventi di promozione della salute basati sulle *lifeskill*, per le **scuole primarie**
 - interventi basati su empowerment, competenze personali e influenza sociale attivati con metodi partecipati per **secondarie di I°** e che trattino più esplicitamente il tema delle sostanze e dei comportamenti additivi per le **secondarie II°** (incluso il peer to peer)
- implementare programmi che si sviluppino in un certo numero di sessioni (non una tantum)
- coinvolgere la comunità scolastica (insegnanti, famiglie, ATA, animatori)
- predisporre politiche scolastiche
- favorire l'inserimento degli interventi scolastici in programmi di comunità
- garantire la diffusione di programmi di prevenzione nelle scuole di tutto il territorio nazionale (EMCDDA, 2019; Faggiano et al., 2014)



5

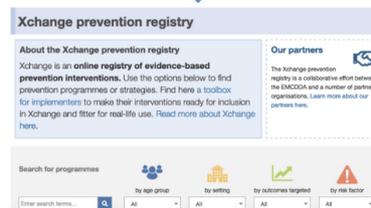
VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

La prevenzione nel setting scolastico basata sulle evidenze scientifiche

Come andrebbe fatto

Tutto ciò può essere realizzato con:

- 1. collaborazione inter-istituzionale (scuola e sanità)**
per la diffusione di una formazione basata su EU Quality Standard e EUPC CV
- 2. diffusione dei programmi inseriti nel registro Xchange (EMCDDA)**
21 programmi che hanno dato prove di efficacia (tra i quali Unplugged e IPSY implementati in Italia), e quelli (10) per i quali sono richiesti ulteriori studi (tra i quali Diario della salute e Life Skills Training implementati in Italia)
- 3. fondi per la sperimentazione e valutazione** di programmi valutati in altri paesi e di nuovi programmi elaborati in Italia
- 4. Nuovo Piano Nazionale Droghe che recepisca quanto previsto dal Piano Nazionale Prevenzione**
a partire dall'obiettivo di adottare **"una strategia che, distinguendo tra uso, abuso e dipendenza, permetta una crescita culturale rispetto a questi fenomeni,..."**



6

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

La prevenzione nel setting scolastico basata sulle evidenze scientifiche

Suggerimenti di modifica Legge 309/90

Gli articoli della Legge 309/90 (art. 104 e 105) sugli Interventi informativi ed educativi nel settore scolastico, andrebbero sostanzialmente riformati.

- Titolo: la parola "informazione" andrebbe sostituita con "**attività di educazione e di promozione della salute**", per dar conto del fatto che l'informazione deve essere parte di una cornice più ampia.

L'art. 127 relativo al Fondo nazionale dovrebbe prevedere il **finanziamento di programmi di prevenzione valutati e la sperimentazione e valutazione di nuovi programmi**, affidando al Dipartimento Politiche Antidroga le funzioni di identificazione di interventi e strategie efficaci sostenibili e trasferibili, di diffusione e di monitoraggio.



7

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

La prevenzione nel setting scolastico basata sulle evidenze scientifiche

Suggerimenti per il nuovo Piano di Azione Nazionale Antidroga

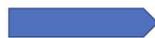
Il «Piano Nazionale contro le Droghe» risente di un'impostazione ideologica, poco suffragata da evidenze scientifiche:

- l'area di intervento *Prevenzione* è centrata sulla informazione dei rischi e dei danni, sulla *gateway theory*, su programmi di identificazione precoce.

Un approccio fortemente basato sul controllo e sulla repressione più che sulla volontà di agire sui fattori di rischio e sui fattori di protezione.

Ad esempio, tra le azioni trasversali ricerca scientifica (5), nella linea di azione prevenzione non sono previste ricerche sulla valutazione di programmi di prevenzione, e la formazione (6) è tutta orientata all'early detection!

Il Piano deve essere riscritto e reso coerente con il Piano Nazionale della Prevenzione.



8

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

beccaria@eclctica.it

www.eclctica.it



Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

9.2 Dr.ssa Giovanna Grillo – Potenziamento e aggiornamento dei Centri di l'informazione e Consulenza (C.I.C.) istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 2

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

11 - 12 ottobre
Online

Giovanna Grillo

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

VI CONFERENZA
NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Potenziamento e aggiornamento dei Centri di l'informazione e Consulenza (C.I.C.) istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di intervenire e identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti

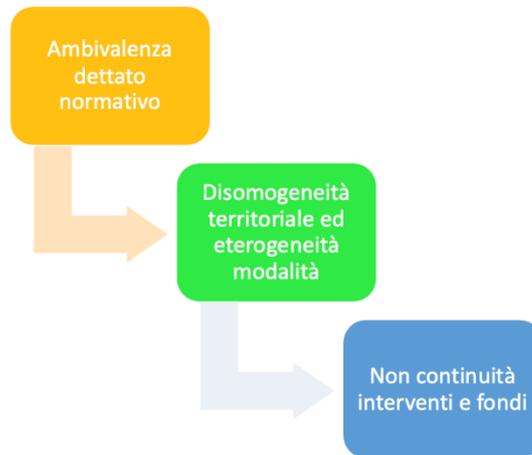
DEFINIZIONE NORMATIVA

- ❖ Legge 162 del 26 giugno 1990;
- ❖ Art. 106 T.U. 309/90
- ❖ Ministero Pubblica Istruzione Circ. numero 66 del 14 marzo 1991;
- ❖ Ministero Pubblica Istruzione Circ. numero 47 del 20 febbraio 1992;
- ❖ Ministero Pubblica Istruzione Circ. numero 362 del 22 dicembre 1992.

Esigenza di definire sempre meglio il compito e le modalità attuative dei CIC

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

Potenziamento e aggiornamento dei Centri di l'informazione e Consulenza (C.I.C.) istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di intervenire e identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti



3

Potenziamento e aggiornamento dei Centri di l'informazione e Consulenza (C.I.C.) istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di intervenire e identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti

CRITICITA'

- Ambivalenza strutturale CIC e riforme scolastiche
- Solo per le scuole superiori
- Intervento preventivo incompatibile con le tempistiche e modalità dei CIC
- Non incidono sulla riduzione dell'abbandono scolastico
- Non sono organizzati per l'identificazione precoce dei comportamenti a rischio
- Disomogeneità nella modalità e nella creazione di una rete
- Discontinuità nei tempi
- Assenza di chiarezza sull'integrazione tra CIC e scuola

4

Potenziamento e aggiornamento dei Centri di l'informazione e Consulenza (C.I.C.) istituiti dall'art. 106 del T.U. 309/90, nell'ottica di intervenire e identificare precocemente comportamenti correlati all'uso di sostanze stupefacenti

PROPOSTE

Potenziamento e inserimento scuole dell'obbligo

Equipe multiprofessionale (educatori e psicologi)

Definizione

Abbandono scolastico ed espulsività

Gestione educativa e preventiva della scuola

Linee guida per la formazione e mantenimento della rete

Usare i CIC come leva di rinnovamento

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

9.3 Dr.ssa Floriana Colombo – I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 2

**Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce
delle dipendenze patologiche**

|

11 - 12 ottobre
Online

FLORIANA COLOMBO

Consiglio Nazionale delle Ricerche
FC - Istituto di Fisiologia Clinica

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

Contenuto

- PNP 2020-2025: elementi strategici di innovazione
- L'importanza delle coalizioni locali
- CTC - Community That Cares: un programma cui ispirarsi

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

Il PNP 2020-2025 :

riorienta tutto il sistema della prevenzione verso un **approccio intersettoriale e multidisciplinare** di Promozione della Salute

Il Programma Predefinito di Prevenzione alle Dipendenze ci richiama a:

- una maggiore **interazione tra tutti i setting**
- rafforzare le capacità di '**attivazione a rete**' tra i Servizi per le Dipendenze, gli altri Servizi sanitari, i Servizi sociali, il Terzo settore, le Associazioni di auto mutuo aiuto, le associazioni di categoria, le Forze dell'Ordine etc

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

PP4 Richiama anche al coinvolgimento dei cittadini, così come dei diversi attori collettivi territoriali

sia *nella veste di 'co-ricercatori'* nell'analisi dei fattori protettivi e dei fattori di rischio, insiti nei nuovi fenomeni emergenti (ad es. NPS, dipendenze comportamentali e tecnologiche, GAP etc)

sia *nella veste di co-attuatori* di interventi mirati, co-programmabili nella specifica comunità locale

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

Principi-chiave cruciali :

"Partecipazione" della comunità, **"responsabilizzazione"** ed **"equità"**

L'Ente locale (il singolo Comune o il Municipio o il quartiere delle grandi città) e il **setting di comunità quale "super-setting"** in cui convergono processualmente gli altri setting.

Il PP4 Dipendenze è improntato al modello operativo **dell'Health Equity Audit**

5

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

Perché sia applicabile è importante che venga incentivato e allestito un **sistema partecipativo-operativo basato su 'coalizioni locali'** al fine di:

- aiutare le parti interessate della comunità e i decisori/amministratori locali ad **analizzare gli specifici fattori di rischio e di protezione** di un dato contesto socio-culturale e fisico-ambientale in evoluzione;
- a **scegliere le priorità di azione sulla base delle sfide e dei punti di forza della comunità**, lungo programmi pluriennali appropriatamente monitorati, valutati e implementati.

6

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

CTC Community That Cares (EMCDAA 2017) è un modello metodologico-operativo cui ispirarsi

ben si presta a mobilitare le coalizioni locali (e i giovani stessi) **nell'analizzare i dati epidemiologici** e quelli sui **fattori di rischio e di protezione**, nello **scegliere politiche, pratiche e programmi di prevenzione basati su evidenze di efficacia**, e nell'implementare **strategie progressive**

si articola in **5 fasi** che **alternano workshop di capacity building** dei leader di comunità con **laboratori operativi aperti**, lungo un continuum che si dispiega ciclicamente su diverse annualità (da 2 a 5 anni per avere risultati apprezzabili).

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

Nel CTC gli eventi formativi di capacity building sostengono nel tempo lo **sviluppo delle comunità sia sul piano organizzativo che identitario**.

La comunità è considerata come un insieme di testimoni-chiave e gruppi di stakeholders che condividono aspetti rilevanti della loro vita (**essere comunità**), ma ancor più dimensioni di appartenenza (**sentirsi comunità**).

CTC è una strategia dello sviluppo di comunità sui temi della prevenzione, volta a **far crescere comunità competenti**, coinvolgendo sia livelli di policy macro che livelli micro in una logica sistemica.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

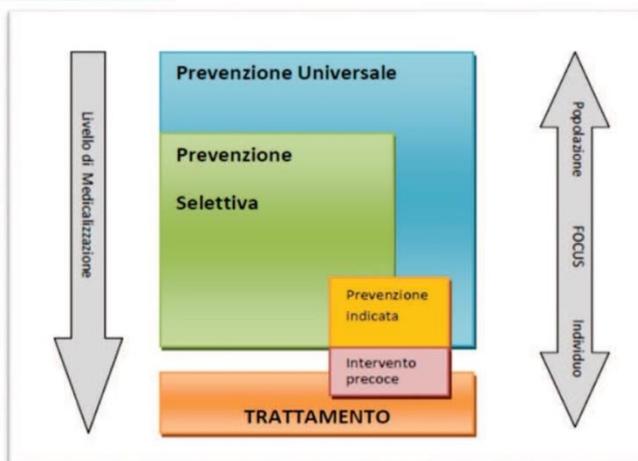
I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'



- 1) **Avvio:** valutare la disponibilità di leader-chiave della comunità;
- 2) **Organizzazione:** ottenere l'ingaggio dei leader della comunità per il processo CTC, formare una coalizione diversificata e rappresentativa;
- 3) **Sviluppo del profilo di comunità** descriverlo utilizzando dati epidemiologici e raccogliendo dati sui fattori di rischio e di protezione;
- 4) **Creare un piano:** scegliere politiche, pratiche e programmi di prevenzione basati su evidenze di efficacia;
- 5) **Implementazione e valutazione:** implementare nuove strategie, in modo congruente con la teoria, il contenuto e i metodi dei programmi EB e valutare i progressi nel tempo.

9

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'



PP4 richiama i paradigmi della **coesione sociale nei contesti di vita**, con attenzione all'aggancio precoce di individui e gruppi vulnerabili.

L'intervento di **aggancio precoce** si connota prioritariamente come l'aggancio di un soggetto a rischio su un aspetto di vulnerabilità e potenziale problematicità, non di patologia franca, e **quindi ricade in un'area che si colloca tra la prevenzione selettiva e la prevenzione indicata.**

10

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

Le prese in carico precoci sono **possibili e tempestive se ricollegate agli interventi di prevenzione universale nei contesti primari di vita** (scuola, famiglia, lavoro) o di socialità (sport, socialità, aggregazione, divertimento etc).

Semplificare e facilitare l'accesso a servizi di aggancio precoce, raccordandoli con gli interventi nei contesti naturali di vita (nelle scuole, nei luoghi di aggregazione e del divertimento, negli ambienti di lavoro) senz'altro **umenterebbe l'efficacia del sistema locale di prevenzione**.

I sistemi operativi di prevenzione e aggancio precoce basati sulle 'coalizioni locali'

Conclusioni: possibili valenze del processo CTC nel mobilitare le 'coalizioni locali'

a livello istituzionale può indurre cambiamenti nelle pratiche sociali e nel sistema di distribuzione di risorse e di servizi, sollecitando la capacità di risposta ai bisogni emergenti, nonché la connessione e l'integrazione tra organi istituzionali e organizzazioni di comunità

a livello di gruppi sociali può aumentare l'accesso alle informazioni, la disponibilità di prospettive alternative, l'aiuto informale disponibile in risposta ai bisogni e alle priorità locali, consentendo una visione comunitaria, obiettivi comuni e relazioni collaborative

a livello delle singole persone può incidere sui valori, sul comportamento e sui sentimenti dei giovani stessi, quali l'autostima, il desiderio di essere utili, il senso di appartenenza alla comunità, la partecipazione ad azioni positive verso la realizzazione di obiettivi legati al benessere individuale e collettivo

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

9.4 Dr. Giuseppe Barletta – Considerazioni su prevenzione e presa in carico precoce

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 2

**Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce
delle dipendenze patologiche**

11 - 12 ottobre
Online

Giuseppe Barletta

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

CONSIDERAZIONI SU PREVENZIONE E PRESA IN CARICO PRECOCE

- Presa in carico precoce e diagnosi precoce
- Soggetti vulnerabili e a rischio e soggetti che hanno avuto contatti con le sostanze
- Presa in carico precoce e trattamento precoce
- Intervallo di tempo tra inizio del consumo e approdo ai servizi
- Obiettivo è ridurre il periodo di latenza

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

CONSIDERAZIONI SU PREVENZIONE E PRESA IN CARICO PRECOCE

- Diagnosi precoce di condizioni cliniche che possono impattare sul consumo di sostanze in età adulta
-
- Limiti di precedenti esperienze di diagnosi e presa in carico precoce
- Ancora stigma per i soggetti e le famiglie
- Ancora stigma per i servizi
- Rischio di abbandono della consultazione

3

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 2

CONSIDERAZIONI SU PREVENZIONE E PRESA IN CARICO PRECOCE

- Necessità di intervenire sullo stigma
- Riqualificazione dei servizi
- Prevenire è anche informare correttamente
- Basandoci su evidenze scientifiche senza trascurare quelle dettate dall'esperienza
- Obiettivo è incoraggiare/facilitare la fruizione dell'intervento precoce

4

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 2

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

CONSIDERAZIONI SU PREVENZIONE E PRESA IN CARICO PRECOCE

- L'informazione deve coinvolgere i sensori territoriali (scuola, associazioni di vario genere)
- Ripensare la rete dei servizi: percorsi idonei di presa in carico precoce
- Garantire l'accesso ai minori e le loro capacità decisionali
- Azione informativa e di sensibilizzazione nei luoghi di esplicito consumo

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

9.5 Dr.ssa Rachele Donini – Interventi e formazione *evidence-based*

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 2

**Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce
delle dipendenze patologiche**

11 - 12 ottobre
Online

Rachele Donini

Alisa
Alleanza Nazionale, Partito Democratico

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

INTERVENTI E FORMAZIONE EVIDENCE-BASED

Gli standard europei per la prevenzione e l'European Prevention Curriculum (EUPC)

Presentazione:

- Testi di riferimento per la progettazione e la formazione evidence-based
- Cosa funziona in ambito preventivo
- Suggerimenti per la predisposizione dei nuovi riferimenti normativi e delle nuove politiche antidroga

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

INTERVENTI E FORMAZIONE EVIDENCE-BASED

Testi di riferimento

2011

2013 e 2018

2019

2021

EMCDDA MANUALS

European drug prevention quality standards

A manual for prevention professionals

UNODC

World Health Organization

International Standards on Drug Use Prevention

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

MANUALS EN

European Prevention Curriculum

A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use

11

ASAP

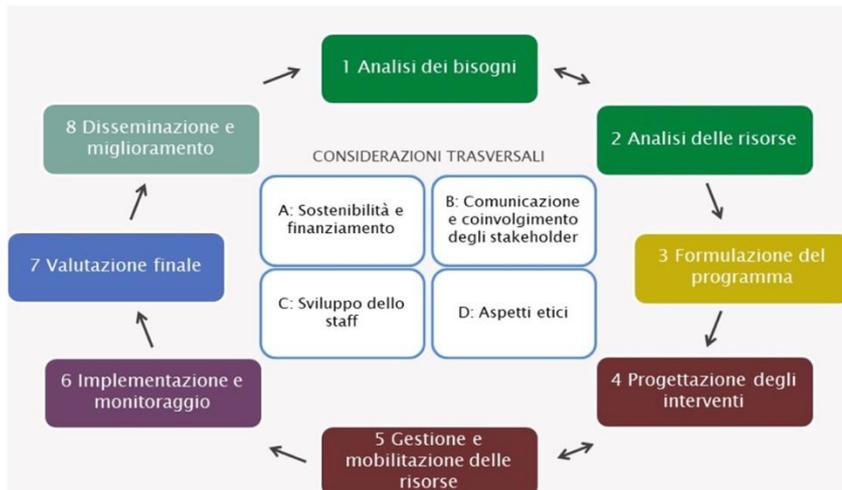
Drug Prevention Professionals Curriculum

3

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

INTERVENTI E FORMAZIONE EVIDENCE-BASED

EDPQS (2011): Ciclo di progetto



4

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

INTERVENTI E FORMAZIONE EVIDENCE-BASED

UNODC (2013): Cosa funziona?

	Età prenatale e neonatale	Prima infanzia	Seconda infanzia	Prima adolescenza	Adolescenza	Età adulta
Famiglia	Selettiva Visite pre e neonatali ** Selettiva Interventi per donne incinte con disturbi da uso di sostanze *		Universale e selettiva Competenze genitoriali ****			
Scuola		Selettiva Educazione nella prima infanzia ****	Universale Abilità personali e sociali **** Universale Gestione della classe ***	Universale e selettiva Educazione alle abilità personali e sociali & alle influenze sociali *** Affrontare le vulnerabilità individuali **		
Comunità			Selettiva Politiche per tenere i bambini a scuola **	Universale Politiche scolastiche e cultura scolastica **		
				Universale Politiche dell'alcol e del tabacco ****		
		Universale e selettiva Iniziativa a più componenti basate sulla comunità ***				
				Universale e selettiva Campagne mediatiche *		
				Selettiva Mentoring *		
				Universale Luoghi di intrattenimento **		
Luogo di lavoro					Universale, selettiva ed indicata Prevenzione sul luogo di lavoro ****	
Settore sanitario					Indicata Interventi brevi ****	

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

INTERVENTI E FORMAZIONE EVIDENCE-BASED

UNODC (2018): Cosa funziona?

	Prenatale e infanzia	Prima infanzia	Infanzia	Prima adolescenza	Adolescenza	Età adulta
Famiglia	Visite parentali & infantili Interventi per donne incinte		Capacità genitoriali			
Scuola		Educazione prima infanzia	Educazione delle capacità personali & sociali Gestione della classe Politiche per tenere i bambini a scuola	Prevenzione nell'educazione basata sulle competenze sociali e le influenze Affrontare le debolezze individuali		
Comunità				Politiche scolastiche per rafforzare l'attaccamento alla scuola Politiche scolastiche riguardo l'uso di sostanze		
				Politiche su alcol & tabacco		
		Iniziativa multicomponenti basate sulla comunità				
				Campagne mediatiche		
				Monitoraggio		
					Programmi di prevenzione nei luoghi di intrattenimento	
Posto di lavoro					Programmi di prevenzione sul luogo di lavoro	
Sistema sanitario	Interventi per donne incinte			Affrontare i disturbi di salute mentale	Breve intervento	

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

INTERVENTI E FORMAZIONE EVIDENCE-BASED

Suggerimenti

- Sviluppo di sinergie con il PNP 2020/25, PP 4
- Collaborazione inter-istituzionale
Ministero della Salute/Dipartimento Politiche Antidroga
- Percorso di accreditamento per coloro che pianificano ed implementano interventi preventivi
- Nel futuro PAN la formazione sia prevista come un'azione trasversale ai diversi settori d'intervento, compresa la prevenzione
- Diffusione dei corsi di formazione EUPC, da parte di formatori accreditati dall'EMCDDA
- Accreditamento ECM dei corsi e partecipazione a carico delle istituzioni di appartenenza



7

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Grazie!

rachele.donini@regione.liguria.it

8

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 1

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

9.6 Dr.ssa Maria Migliore – Linee di indirizzo istituzionali

VI CONFERENZA NAZIONALE
SULLE DIPENDENZE

Oltre le fragilità

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per le Politiche Antidroga

Tavolo tecnico 2

**Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce
delle dipendenze patologiche**

11 - 12 ottobre
Online

Ministero della Salute Maria Migliore Pietro Canuzzi

Consiglio Nazionale delle Ricerche
IFC - Istituto di Fisiologia Clinica

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Il Ministero della Salute, tra i compiti ad esso assegnati, svolge la funzione di tutela della salute umana, intesa come definizione degli indirizzi generali e coordinamento della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie umane, anche sotto il profilo ambientale. Inoltre, al Ministero della Salute compete il coordinamento del Sistema Sanitario Nazionale e la definizione e monitoraggio dei **Livelli Essenziali di assistenza (LEA – DPCM 12.01.2017)**.

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Dal Livello essenziale "Prevenzione collettiva e Sanità pubblica" discende il
Piano Nazionale di Prevenzione.

Il sistema di programmazione, monitoraggio e valutazione che caratterizza il PNP rappresenta uno degli strumenti per dare attuazione e concretezza al LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", contestualizzando nei Macro Obiettivi. programmi e relativi processi e azioni che concorrono al raggiungimento degli **obiettivi di salute.**

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

**Documento programmatico, condiviso tra Stato e Regioni,
che impegna tutte le Regioni al raggiungimento degli OBIETTIVI DI SALUTE**

- **Visione One Health** coerente con **Agenda 2030 ONU (strategia Ambiente e Salute)**
- **Intersectorialità / Benessere in tutte le Politiche** (obiettivo comune: il benessere della popolazione)
- **Centralità della persona**: favorire nelle persone la capacità di gestione del proprio capitale di salute (empowerment), l'alfabetizzazione sanitaria (health literacy) e la capacità di interagire con il SSN (engagement)
- **Interazione organizzativa, funzionale, operativa di tutte le risorse interne ed esterne al Sistema Sanitario, a partire dal Dipartimento di Prevenzione, per sostenere un approccio di promozione della salute**

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

▣ ribadisce l'approccio:

- ▣ **life course**, finalizzato al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza
- ▣ **per setting**, il PNP promuove l'interazione tra tutti i Setting, individuando nell'Ente Locale il Super-Setting in cui tutti gli altri convergono
- ▣ **di genere**, al fine di migliorare l'appropriatezza e l'equità degli interventi

promuove l'implementazione di programmi e azioni supportati da prove di efficacia e sostenibilità (evidence based prevention)

conferma la necessità di rafforzare e adeguare la produzione e l'utilizzo dei dati (sistemi informativi e sorveglianze) anche per monitorare e valutare il profilo di salute e di equità al fine di garantire i LEA

ribadisce l'importanza del profilo di salute e di equità quale strumento per l'individuazione di comuni obiettivi di salute

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Macro Obiettivi

1. Malattie croniche non trasmissibili
2. Dipendenze e problemi correlati
3. Incidenti stradali e domestici
4. Infortuni e incidenti sul lavoro, malattie professionali
5. Ambiente, salute e clima
6. Malattie infettive prioritarie

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

AZIONI TRASVERSALI

- INTERSETTORIALITA'
- EQUITA'
- FORMAZIONE
- COMUNICAZIONE

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

QUADRO LOGICO CENTRALE

Macro Obiettivi

Obiettivi Strategici

**Linee Strategiche
di intervento**

LEA di riferimento

INDICATORI
degli obiettivi
strategici

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

QUADRO LOGICO REGIONALE

Programmi Predefiniti (PP)

Programmi Liberi (PL)

OBIETTIVI SPECIFICI

INDICATORI MONITORAGGIO

AZIONI

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 2

9

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Programma Predefinito PP4 "DIPENDENZE"

Obiettivi specifici del programma e relativi Indicatori

□ **OB1: Attivare un Sistema di Monitoraggio** (trend e modelli di intervento di successo) a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative

□ **OB2:** Diffondere **Modelli di Intervento** (intersettoriali ed interdisciplinari) centrati su metodologie *evidence based (life skills education e peer education)* e **Azioni Raccomandate e Sostenibili** con approccio *life course* differenziato per genere e per *setting*

INDICATORE: progettazione e attivazione di un sistema di monitoraggio con raccolta ed elaborazione dei dati relativi a trend di consumo e modelli di intervento sperimentati con esiti positivi

VI Conferenza Nazionale sulle dipendenze - Tavolo tecnico 2

10

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Programma Predefinito PP4 "DIPENDENZE"

□ **OB3:** Progettare e attivare **Programmi di Prevenzione Universale e Selettiva** rivolti agli adolescenti e giovani **in contesti extrascolastici**

INDICATORE: Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2023 almeno l'80%) che adottano **Programmi di Prevenzione Universale e/o Selettiva** rivolti ad adolescenti e giovani in *setting* extra scolastici con lo scopo di sviluppare empowerment

□ **OB4:** **Progettare e attivare Programmi di Prevenzione Indicata – anche finalizzati all'intervento precoce - declinati per specifici gruppi vulnerabili o a rischio aumentato**

INDICATORE: Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2023 almeno l'80%) che adottano **Programmi di Prevenzione Universale e/o Selettiva** rivolti ad adolescenti e giovani in *setting* extra scolastici con lo scopo di sviluppare empowerment

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Programma Predefinito PP4 "DIPENDENZE"

□ **OB5:** Offrire **Programmi finalizzati alla riduzione del danno** sia nell'ambito dei servizi per le dipendenze sia nell'ambito di servizi specifici – *Unità di Strada/Presidi Mobili/Drop in* - in coerenza con i nuovi LEA

INDICATORE: Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2023 almeno l'80%) che adottano **Programmi di Prevenzione Universale e/o Selettiva** rivolti ad adolescenti e giovani in *setting* extra scolastici con lo scopo di sviluppare empowerment

□ **OB6:** Attuare **Programmi di Sensibilizzazione** in materia di **prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive** a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari

INDICATORE: Aziende Socio Sanitarie (2022 almeno il 50%; 2024 almeno l'80%) che attuano **Programmi di Prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive** rivolti a target vulnerabili o ad alto rischio

Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Linee di supporto centrale al PNP

LINEA N. 11: “Definizione di Linee di indirizzo per le dipendenze”

Output:
Predisposizione di linee di indirizzo

Tavolo di lavoro interistituzionale

Obiettivi:

Definire percorsi integrati, uniformi sul territorio nazionale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Linee di supporto centrale al PNP

Le Linee di supporto centrali (L.C.) sono pertinenti al livello di **governo centrale**.

L'**obiettivo** delle L.C. è di favorire il raggiungimento dei risultati di salute, secondo il modello di *stewardship* in base al quale il Ministero della Salute, in collaborazione con altri Ministeri e Istituzioni centrali, **supporta la programmazione regionale**, svolgendo un ruolo di indirizzo, promozione e coordinamento, ma anche di accompagnamento alle Regioni.

Il sostegno centrale si realizza anche attraverso **strumenti formali** (accordi, linee di indirizzo, protocolli di intesa intersettoriali e interistituzionali, declinabili a livello regionale, ecc.)

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Tavolo tecnico di lavoro per la realizzazione del PNP in
materia di Dipendenze (D.D. 21.04.2021)

Il Decreto istitutivo del Tavolo tecnico, all'art. 2 comma 6 stabilisce: "Gli esiti tecnici del tavolo di lavoro sono trasmessi al Dipartimento Politiche Antidroga in qualità di coordinamento dell'azione di Governo in materia di dipendenze".

Le Linee di indirizzo licenziate dal Tavolo saranno trasmesse alla Conferenza S-R per la ratifica dell'Accordo.

Il Tavolo si è insediato il 07.07.2021 ed i componenti hanno concordato di scegliere come prima tematica da affrontare "**l'intercettazione precoce/emersione precoce delle situazioni problematiche (early detection)**".

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Tavolo tecnico di lavoro per la realizzazione del PNP in
materia di Dipendenze (D.D. 21.04.2021)

I lavori del tavolo tecnico si articoleranno in tre fasi:

- 1) Fase di studio: a) lo stato dell'arte: documenti di riferimento; ricognizione del materiale esistente, buone pratiche evidence-based; b) innovazioni (PNRR); c) condivisione dei lavori di altri tavoli/gruppi di lavoro/Piani Regionali di Prevenzione; d) ricognizione della normativa esistente.
- 2) Fase di confronto: elaborazione e discussione sulle proposte.
- 3) Fase di elaborazione del documento.

NB) Per quanto concerne la Fase di studio saranno prese in considerazione anche le azioni adottate da tutte le Regioni nei loro PRP che vanno a realizzare **l'obiettivo strategico n.4** "Progettare e attivare Programmi di Prevenzione Indicata anche finalizzati all'intervento precoce declinati per specifici gruppi vulnerabili o a rischio aumentato".

LINEE DI INDIRIZZO ISTITUZIONALI

Tavolo tecnico di lavoro per la realizzazione del PNP in materia di Dipendenze (D.D. 21.04.2021)

Per quanto concerne la predisposizione del documento finale che rappresenterà l'oggetto delle Linee di indirizzo, esso dovrà presentare, come requisiti minimi essenziali l'elaborazione e la presentazione dei seguenti temi:

Definizione dell'ambito dell'intervento, oggetto di studio (riferimento al modello teorico).

Definire il target

Identificare i Setting

Considerare l'intera gamma di opzioni di interventi a disposizione

Selezionare le strategie più efficaci

Delineare percorsi per il raggiungimento degli obiettivi scelti come prioritari

Prevedere un metodo per il monitoraggio e la valutazione di impatto e outcome