

LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE E LE NUOVE MODALITÀ DI CONSUMO

Daniela Orlandini

*Unità Operativa Prevenzione Dipendenze – Dipartimento Dipendenze – Azienda ULSS 12
Veneziana*

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi anni, la prevenzione delle dipendenze si è sempre più articolata come scienza multidisciplinare che richiede l'integrazione di servizi e professionalità e, secondo un approccio science-based (in italiano basato sull'evidenza, basato sulla scienza o basato sulla ricerca), mira ad individuare pratiche preventive efficaci che possano garantire risultati sostenibili e valutabili (Orlandini, Nardelli e Bottignolo, 2002) ⁽¹⁾.

Per meglio comprendere lo stato dell'arte attuale è interessante effettuare un rapido excursus storico.

BREVE RASSEGNA STORICA DELLA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE

Negli interventi preventivi attuati prima degli anni '60 risulta difficile identificare l'esistenza di un modello in grado di esplicitare una solida base teorica, nonostante l'estendersi del consumo e dell'abuso di sostanze psicoattive fra la popolazione giovanile e la necessità, quindi, di rispondere a questo in modo tempestivo ed efficace.

In un primo momento, la prevenzione è stata identificata in particolar modo con l'informazione, basandosi sull'assunzione che l'informazione centrata sulle conseguenze negative del consumo potesse essere sufficiente per rendere le persone consapevoli dei rischi e convincerle, quindi, ad evitare il contatto con le sostanze. La conoscenza veniva dunque considerata come quella variabile in grado di modificare l'atteggiamento verso il consumo. La validità di questo approccio risultò già venticinque anni fa discutibile: infatti, un messaggio preventivo ben formulato può produrre un impatto immediato, ma ciò non significa né che modifichi l'atteggiamento positivo verso il consumo, né che questa modificazione si mantenga nel tempo né che esso produca

⁽¹⁾ Quando si parla di science-based, ci si riferisce ad un processo in cui esperti, utilizzando criteri condivisi relativamente alle modalità di analisi di studi e ricerche, pervengono ad un consenso circa la credibilità e la sostenibilità dei risultati della valutazione degli stessi.

un'effettiva riduzione del consumo. È, inoltre, interessante ricordare che alcuni di questi interventi hanno fatto ricorso a messaggi dal forte impatto emotivo negativo, nell'intento di generare paura ed angoscia. Anche in questo caso, si sono dimostrati inefficaci, in quanto suscitano sentimenti spiacevoli che vengono associati all'informazione e, quindi, con essa cancellati; in alcuni casi si è rilevata addirittura controproducente (fenomeno della "devianza provocata")⁽²⁾.

In un secondo momento, il messaggio preventivo ha assunto una valenza maggiormente tecnica, fondata su informazioni specifiche circa le caratteristiche proprie delle diverse sostanze e le loro conseguenze, ma anche questa modalità, pur ricorrendo ad una comunicazione maggiormente equilibrata ed oggettiva, non si è dimostrata particolarmente efficace, sottolineando ulteriormente come la sola informazione non sia sufficiente per produrre un cambiamento nel comportamento a rischio (CSAP, 2001a,2001b,2001c). Infatti, tanto nel caso del ricorso ad esperti quanto nell'utilizzo di sussidi informativi, la tendenza a privilegiare l'asetticità delle informazioni sembra scaturire dall'idea secondo la quale, ad una maggiore oggettività dell'informazione, corrisponderebbe una maggior credibilità del messaggio informativo. In realtà, questa concezione non tiene conto di altri aspetti soggettivi che entrano in gioco nel consumo di sostanze, quali, ad esempio, la ricerca di nuove sensazioni, di autonomia e di emancipazione, il bisogno di appartenenza e di prestigio. L'ingenuità sottesa a questa idea è stata svelata da molti studi (Smart e Fejer, 1974; Stock e Ruiz, 1977; Ravenna, 1993; Colecchia, 1995), che mostrano come i consumatori dispongano in realtà di un patrimonio di informazioni oggettive di gran lunga superiore a coloro i quali non sono interessati al fenomeno.

In un terzo momento, la scuola è stata identificata come l'agenzia privilegiata per la trasmissione delle informazioni sulle sostanze: si è assistito, quindi, all'evolversi di una fase che definiva gli insegnanti come protagonisti dell'intervento preventivo responsabili del passaggio dell'informazione, in quanto quotidianamente in contatto con i giovani. La scuola ha però trovato forti difficoltà ad un approccio didattico diverso da quello tradizionale, dove le informazioni vengono trasmesse attraverso modalità mono-direzionali, che non permettono uno scambio reciproco né l'integrazione e la partecipazione attiva da parte dei ragazzi. In tal modo vengono alimentate, anziché contrastate, quelle tendenze alla passività, alla dipendenza, alle scelte non consapevolmente motivate che sono riconosciute oggi come altrettanti fattori di rischio dell'abuso di sostanze psicoattive. Inoltre, come gli importanti lavori meta-analitici della Tobler (1986, 1993, 1997) hanno evidenziato, gli interventi che ricorrono a tecniche attive di apprendimento risultano essere maggiormente efficaci in quanto capaci di influenzare atteggiamenti e comportamenti. Questa fase è stata comunque molto importante in quanto, coinvolgendo la scuola, ha permesso di aprire l'orizzonte a futuri interventi maggiormente efficaci ed educativi.

Parlando di prevenzione non si possono non citare le campagne informative. Dagli anni '90 in avanti, l'attenzione delle campagne informative si è centrata prima quasi esclusivamente sull'eroina, più o meno associata al problema dell'AIDS, poi con l'avvento dell'ecstasy, l'attenzione si è spostata sulle "nuove droghe" e sull'alcol. Quando si parla di campagna informativa s'intende un intervento di prevenzione che si dovrebbe rivolgere a target differenti. In tal senso, è necessario tener presente che, in primo luogo, esiste sempre un rischio di arbitrarietà e super-

⁽²⁾ Si tratta di un processo attraverso il quale una società, qualificando alcuni comportamenti come simboli di devianza e di asocialità, li definisce implicitamente come i canali migliori per ribellarsi ad essa, innescando in tal modo un meccanismo di induzione che contribuisce attivamente al diffondersi di quegli stessi comportamenti fra gli individui (Palmonari, 1993).

ficialità nell'utilizzare lo stesso messaggio pensando che possa essere significativo per i ragazzi e per gli adulti, per gli uomini e per le donne, per i consumatori di sostanze e per coloro che non lo sono o non lo sono ancora. In secondo luogo, si deve considerare che le sostanze non sono tutte uguali, diverse sono le modalità di assunzione, differenti gli effetti e i danni, e specifici i contesti in cui vengono smerciate dal mercato illegale. Le campagne informative sono da considerarsi come strumenti necessari a porre l'attenzione pubblica sul problema droga, tuttavia non sono sufficienti a modificare i comportamenti e per questo motivo richiedono il supporto di altre attività. Come già ribadito, è ormai risaputo che un'informazione calata dall'alto, che drammatizzi gli effetti nocivi delle sostanze e che si presenti come minacciosa, rischia di essere controproducente se fornita agli adolescenti. Può infatti dar luogo ad un rifiuto aprioristico, dettato dalla diffidenza generazionale o, addirittura, può ingenerare curiosità, voglia di sfida, pulsione a forzare i limiti imposti dal mondo adulto. Ciò è particolarmente vero per alcune sostanze come alcol e cannabinoidi, che non vengono percepite e "vissute" come droghe da chi le consuma o da chi le vede anche solo circolare nei luoghi del divertimento e di aggregazione.

L'impatto dell'intervento dei mass-media sugli adolescenti rispetto al tabacco è più probabile quando:

- È collegato con altri interventi
- Condivide gli obiettivi con i programmi scolastici
- Ha una durata sufficiente
- È presentato nei tempi e negli spazi nei quali gli adolescenti riferiscono il più alto uso dei mass-media
- Utilizza una varietà di stili di messaggio
- Si riferisce a motivi specifici per età e genere determinati attraverso la ricerca
- Utilizza messaggi che descrivono sostegno sociale con modelli rilevanti per età e genere che forniscono appropriate abilità comportamentali, alternative e rinforzi
- Include informazioni antitabacco che possono raggiungere studenti adolescenti all'interno di scuole e comunità
- Misura l'esposizione del target al messaggio

Va comunque detto che disponiamo di alcuni risultati interessanti riguardanti le campagne informative sul fumo che sono risultate efficaci come supporto ad interventi di tipo educativo. Una review ⁽³⁾ ci suggerisce anche quali sono gli elementi portanti di tali campagne, che possiamo ipotizzare valga anche per altre sostanze per le quali se non vi sono le stesse evidenze scientifiche. Riteniamo pertanto che le seguenti parole di Vittorino Andreoli (2000) siano al tempo stesso un monito ed un suggerimento "Il fatto che le campagne del passato non abbiano raggiunto i risultati sperati, non significa affatto che non sia possibile raggiungere dei successi nel futuro".

All'approccio di carattere informativo, pian piano e nel tempo, si sono affiancati altri tipi di approcci. Uno dei primi, che risentiva di una più generale influenza tratta dalla psicologia umanistica e che ha introdotto l'importanza degli aspetti emotivi, si basava sul riconoscimento dell'importanza nello sviluppo della persona di bisogni quali l'auto-realizzazione ed il raggiungi-

⁽³⁾ Una revisione di 63 studi ha considerato 6 di questi (5 statunitensi ed uno norvegese) che avevano un gruppo di controllo ed ha tratto che le campagne hanno una certa efficacia se l'intensità e la durata del messaggio sono adeguate e se il messaggio stesso è adatto all'età dei destinatari (Sowden e Arblater, 2002).

mento dei propri obiettivi (Maslow, 1968; Rogers, 1961). Il modello umanistico affermava come al fine di produrre cambiamenti nel comportamento e negli atteggiamenti riguardo al consumo, fosse necessario produrre modificazioni negli aspetti emotivi ed affettivi, aspetti che negli adolescenti giocano un ruolo rilevante nell'uso di sostanze psicoattive. Le metodologie utilizzate da questo approccio erano attive e richiedevano un alto grado di partecipazione e coinvolgimento affettivo.

In seguito, nel corso degli anni '70, sono stati implementati programmi non specificatamente rivolti alla prevenzione all'uso di sostanze, ma attenti alla sfera emotiva e focalizzati allo sviluppo della persona nella sua complessità. Si tratta di un approccio globale (prevenzione del disagio e successivamente promozione dell'agio) che prevede interventi su alcune determinanti considerate rilevanti per la prevenzione specifica delle dipendenze (la chiarificazione dei valori, incremento delle abilità di decision-making e costruzione di alternative al consumo di sostanze). Questo approccio dunque introduce due importanti elementi cognitivi – abilità di decision making e alternative al consumo ⁽⁴⁾ - per evitare l'iniziazione al consumo di sostanze.

I due approcci sopra descritti possono essere storicamente considerati degli apripista che hanno permesso poi lo sviluppo di alcuni modelli tuttora utilizzati. Alcuni di questi e le rispettive teorie di riferimento meritano una breve presentazione, non solo per la loro diffusione, ma soprattutto per le prove di efficacia dimostrate in numerosi programmi.

Il modello delle Life Skills riconosce nell'adolescente consumatore la risultante di un mancato apprendimento di abilità di vita e quindi la promozione di queste abilità viene identificata come un importante obiettivo della prevenzione. Particolare attenzione è stata rivolta al concetto di abilità sociali che, in quanto repertorio di comportamenti verbali e non verbali che influenzano il tipo di risposta che l'adolescente può ottenere dagli altri in un contesto interpersonale, possono permettere al soggetto di far fronte alle pressioni verso il consumo che provengono da agenti sociali circostanti. Gli interventi preventivi secondo questo modello mirano a produrre cambiamenti a livello comportamentale, sviluppando adeguate strategie di coping e abilità che permettano di affrontare le influenze sociali e di mettere in atto comportamenti salutari. Botvin (1987) ha applicato in modo operativo questo modello nel noto programma "Life Skills Training" (www.modelprograms.samhsa.gov) che mira a stimolare la crescita personale e le abilità sociali, focalizzandosi principalmente sullo sviluppo di competenze che permettono di fronteggiare le influenze sociali verso il consumo di alcol, fumo e altre droghe. Questo programma, ideato per essere applicato in ambito scolastico per gli studenti tra gli 8 e i 14 anni, ha dimostrato efficacia rispetto all'iniziazione e alla riduzione nel consumo di tabacco, alcol, cannabinoidi, allucinogeni ed è stato anche adattato per il contesto spagnolo ("Construyendo salud" incluso nell'archivio dei progetti europei EDDRA in www.emcdda.eu.int/).

La teoria dell'apprendimento sociale si basa sull'interrelazione esistente fra persona, ambiente e comportamento, attribuendo particolare importanza alla capacità dell'individuo di elaborare dei modelli cognitivi interni di esperienza utilizzabili come guide per prendere delle decisioni e per agire. L'individuo, infatti, modella i suoi comportamenti osservando ed apprendendo quelli delle persone con cui entra in relazione; in tal senso, concetti fondamentali di questa teoria sono

⁽⁴⁾ In questo caso, il decision making rappresenta l'essere in grado di attuare un'adeguata presa di decisione prendendo in considerazione simultaneamente alternative e conseguenze del consumo; inoltre, la capacità di prendere decisioni in modo autonomo può permettere al soggetto di evitare scelte di natura conformista ed imitativa che possano favorire il consumo.

quelli di modeling ⁽⁵⁾ e di self-efficacy. ⁽⁶⁾ Quest'ultima gioca un ruolo cruciale nella protezione dal rischio psico-sociale; avere la consapevolezza di sapere resistere alle pressioni dei pari e di saper gestire in modo adeguato emozioni positive o negative, funge da meccanismo di autoprotezione interno, diminuendo possibili esiti di disagio (Barbaranelli et al.1998).

La teoria del comportamento problematico di Jessor & Jessor (1977) è stata sviluppata per spiegare alcuni comportamenti a rischio esistenti fra gli adolescenti, come ad esempio l'uso di sostanze e le esperienze sessuali precoci. Secondo questa teoria, questi comportamenti problematici e rischiosi non si presentano in forma isolata, ma esiste una disposizione costante a passare da una forma di comportamento problematico all'altra e, spesso, alcuni comportamenti problematici vengono associati sistematicamente ad altri (sindromi o costellazioni). In tale ottica l'assunzione di comportamenti a rischio da parte di un soggetto viene compresa ed affrontata all'interno dell'interazione dinamica fra l'organismo ed il suo ambiente, relazione centrata sulla loro influenza reciproca e per questo, sempre in cambiamento (Ravenna, 1997b).

Il modello evolutivo, che trova in Kandel (1980) il suo rappresentante più significativo, sottolinea l'esistenza di una possibile sequenza nell'uso delle diverse sostanze: in questa sequenza il consumo di birra e vino precede quello di tabacco e/o di superalcolici che, a sua volta, precede quello della marijuana, che a sua volta precede quello dell'eroina. Kandel evidenzia come le sostanze lecite possano giocare un ruolo molto importante nel facilitare l'accesso alle sostanze illecite e l'iniziazione al loro consumo (è per questo motivo che sono state definite "sostanze cancello"), pur rilevando che il trovarsi ad un certo stadio della sequenza non implica necessariamente la progressione verso il successivo. La precocità dell'iniziazione ed il livello di coinvolgimento nel consumo sono comunque riconosciuti come determinanti di questa progressione.

IL CONTRIBUTO DEI FATTORI DI RISCHIO E DI PROTEZIONE

Numerosi studi dell'ultimo decennio hanno messo in luce gli elementi ritenuti efficaci nei programmi di prevenzione. Essi hanno permesso di evidenziare la connessione esistente fra l'efficacia di questi interventi ed i fattori di rischio e di protezione. Questo importante progresso ha permesso di uscire dalle logiche delle singole scuole di pensiero, che spesso hanno contribuito ad uno sterile e continuo dibattito sugli assunti e sulle teorie di riferimento, e che, pur restando necessari, non hanno aiutato a definire una comune base di partenza nell'operatività. Un approccio dunque che consideri i fattori di rischio e di protezione ha portato ad importanti risultati per quanto riguarda l'efficacia degli interventi.

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

⁽⁵⁾ Il modeling riguarda la possibilità per un soggetto di apprendere qualcosa osservando il comportamento di qualcuno, riconosciuto come modello dal soggetto stesso.

⁽⁶⁾ Il termine autoefficacia coniato da Bandura (1977) è definito come le credenze nei confronti delle proprie capacità di aumentare i livelli di motivazione, di attivare risorse cognitive e di eseguire le azioni necessarie per esercitare un controllo sulle richieste di esecuzione di un compito. L'autoefficacia è particolarmente importante in quanto fa riferimento a convinzioni che ognuno ha sulle proprie abilità di controllare il comportamento e, quindi, determinare il successo o fallimento delle proprie prestazioni.

tori di rischio definiscono le condizioni grazie alle quali è più probabile che si sviluppi un certo comportamento disadattivo ed agiscono a tutti i livelli della società: individuo, famiglia, scuola, gruppo dei pari, situazione di lavoro, comunità. L'attività di ricerca si è sviluppata da una parte direzionandosi verso lo studio di fattori di rischio aspecifici (relativi ad una molteplicità di forme di disagio e/o di devianza) e specifici, dall'altra verso lo studio di fattori di protezione, in particolare di quelli aspecifici definiti come genericamente protettivi e legati a life skills quali le abilità sociali e le abilità decisionali.

Per quanto riguarda i fattori di rischio aspecifici, va considerato che l'esposizione a questi ultimi ha effetti cumulativi: la probabilità che comportamenti disadattivi compaiano aumenta a causa del numero, dell'intensità e della durata dei fattori di rischio. D'altro canto, anche la presenza o l'assenza di fattori di protezione che interagiscono con quelli di rischio può ridurre od ampliare l'effetto di quest'ultimi (Sameroff et al, 1993)

Per quanto riguarda i fattori specifici correlati all'uso ed abuso di sostanze, un importante riferimento è la lista proposta dal NIDA (2001)

Fattori protettivi:

- Legami familiari forti e positivi;
- Monitoraggio da parte dei genitori dei comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari;
- Regole di condotta chiare che la famiglia fa rispettare;
- Coinvolgimento dei genitori nella vita dei loro figli;
- Successo scolastico; forte legame con le istituzioni, come ad esempio la scuola e le organizzazioni religiose;
- Ricorso a norme convenzionali sull'uso di sostanze.

Fattori di rischio:

- Ambiente familiare disordinato, in particolare i familiari che abusano di sostanze o soffrono di disturbi mentali;
- Genitorialità inefficace, in particolare nei confronti di bambini con difficoltà caratteriali e problemi comportamentali;
- Mancanza del legame di attaccamento fra genitore e figlio;
- Comportamento in classe inappropriato in quanto timido o aggressivo;
- Fallimento scolastico;
- Scarse abilità sociali;
- Affiliazione con pari caratterizzati da comportamenti devianti;
- Percezione che in ambito familiare, scolastico, dei pari e della comunità vi sia approvazione nei confronti del consumo di sostanze psicoattive.

Inoltre sono stati più recentemente introdotti nell'ambito delle caratteristiche personali i comportamenti aggressivi precoci come fattore di rischio e la capacità di autocontrollo come fattore protettivo (NIDA 2003). Anche altre caratteristiche personali rilevate in età precoce, quali la presenza d'iperattività, un basso span attentivo ed un'elevata emotività, sono state identificate come fattori di rischio per lo sviluppo di problemi alcol-correlati durante l'adolescenza e di alcolismo in età adulta. Tali fattori però possono portare alla manifestazione del suddetto comportamento, laddove esista anche un rinforzo familiare e gruppale (U.S. Department of Health and Human Services 2000).

Va comunque considerato che, nonostante la numerosità di studi in questo campo, non vi è ancora una chiara distinzione fra quali siano i fattori di rischio e di protezione associati ai diversi stili di consumo (quali l'uso sperimentale e ricreativo, l'abuso e la dipendenza), ed al diverso tipo di sostanza consumata.

Anche in Italia alcuni ricercatori hanno contribuito allo studio delle variabili che diversificano gruppi di consumatori dipendenti da gruppi di non consumatori o di consumatori saltuari, estrapolando così una serie di fattori di rischio associati alla sperimentazione, all'iniziazione e alla stabilizzazione del consumo di sostanze psicoattive (Ravenna, 1993, 1997a, 1997b, 1998, 2001; Bonino, 1998a, 1998b e 1999; Bonino e Cattelino, 1998; Borca, Ciairano e Bonino, 2001). Tali autori confermano che nel primo contatto con la droga giocano un ruolo importante le influenze interpersonali esercitate dai familiari e dai coetanei. Gli atteggiamenti positivi e tolleranti verso il consumo da parte di genitori, fratelli e coetanei influenzano l'opinione che l'adolescente elabora nei confronti della droga stessa. Anche lo stile educativo adottato dai genitori, sia quello di tipo lassista-permissivo che quello autoritario, e le relazioni intrafamiliari (rapporto genitori-figli e di coppia), influenzano non solo lo sviluppo psico-sociale dell'adolescente, ma anche il suo stile di vita rispetto ai comportamenti a rischio. Inoltre, hanno un ruolo rilevante anche i fattori situazionali come la disponibilità e l'accessibilità della droga, gli eventi di vita particolarmente stressanti e di disagio, le pressioni culturali rispetto all'uso di sostanze. Per quanto riguarda i fattori personali i tratti favorevoli all'iniziazione sono l'impulsività, l'indipendenza, la ribellione, la tolleranza verso la trasgressione, un orientamento prevalente verso i pari ed il presente, la presenza di stati emozionali negativi (sentimenti di sfiducia, inadeguatezza, ansia e scarsa autostima), la ricerca di forti emozioni, un repertorio limitato ed inefficace di competenze sociali e di strategie relazionali e comunicative, l'adozione di comportamenti problematici precoci, la presenza di atteggiamenti e credenze positive verso l'uso, la sottovalutazione dei rischi connessi all'uso, le aspettative ed i significati positivi attribuiti alle droghe, un uso precoce di alcol e tabacco.

Nell'ultima Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (2005) viene stressata l'importanza di alcuni fattori protettivi rispetto all'uso di droghe illegali relativi alla popolazione giovanile: essere scolarizzati, avere successo a scuola, monitoraggio da parte dei genitori, non fumare, non ubriacarsi, capacità di controllo dell'aggressività-impulsività.

VERSO UN APPROCCIO BASATO SULLE EVIDENZE

Il CSAP – Center for Substance Abuse Prevention (2001c), uno dei più importanti organismi internazionali che si occupa di prevenzione delle dipendenze, identifica tre chiavi del successo emerse dalle rassegne di programmi basati sulle evidenze scientifiche:

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

Nella stessa direzione si esprime il Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa (Van der Stel e Voordewind, 1998) che sottolinea come sia molto importante puntare sulla programmazione e sulla valutazione degli interventi preventivi, nonché sostenere un lavoro per progetti.

I principi generali, scientificamente comprovati e definibili come efficaci, della prevenzione delle dipendenze sono stati messi a punto dal NIDA - National Institut on Drug Abuse - prima nel 2001 e successivamente revisionati nel 2004 (www.nida.gov) che qui sintetizziamo.

principio 1 - i programmi di prevenzione dovrebbero aumentare i fattori protettivi e ridurre i fattori di rischio.

principio 2 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di droga, tra cui l'uso da parte dei minorenni di alcol, l'uso di droghe illegali e l'uso non appropriato di sostanze ottenute legalmente (inalanti e psicofarmaci).

principio 3 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema presente nella comunità locale, puntare sui fattori di rischio modificabili e rafforzare i fattori protettivi identificati.

principio 4 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere adattati per rischi specifici della popolazione destinataria, come età, genere e gruppo etnico, per migliorare l'efficacia del programma.

principio 5 - i programmi di prevenzione sulla famiglia dovrebbero aumentare le capacità relazionali e di attaccamento e includere abilità genitoriali; vanno sviluppate, discusse e sostenute le opinioni della famiglia sull'abuso di sostanze ed esercitate le capacità educative ed informative sulle droghe.

principio 6 - i programmi di prevenzione possono essere progettati per intervenire precocemente in età prescolare vanno indirizzati ai fattori di rischio specifici, come comportamento aggressivo, scarse abilità sociali e difficoltà di apprendimento.

principio 7 - i programmi di prevenzione per gli studenti della scuola elementare dovrebbero puntare a migliorare l'apprendimento scolastico e socio-emotivo ed essere indirizzati ai fattori di rischio specifici, come comportamento aggressivo, fallimento e abbandono scolastico. L'educazione dovrebbe concentrarsi sulle abilità di autocontrollo, consapevolezza emotiva, comunicazione, abilità sociali di problem-solving e sostegno accademico, specialmente nella lettura.

principio 8 - i programmi di prevenzione per gli studenti di scuola media e superiore dovrebbero aumentare le competenze accademiche e sociali con le seguenti abilità: abitudini di studio e sostegno scolastico, comunicazione, relazioni tra pari, auto-efficacia e assertività, abilità di resistenza alle droghe, rafforzamento delle opinioni anti-droga e consolidamento delle posizioni personali contro l'abuso di droga.

principio 9 - i programmi di prevenzione mirati ai momenti di transizione, come il passaggio dalla scuola media a quella superiore, possono produrre effetti vantaggiosi anche in famiglie e ragazzi ad alto rischio. Tali interventi non separano i gruppi a rischio dalla popolazione generale e, quindi, riducono l'etichettamento e promuovono il legame con la scuola e la comunità.

principio 10 - i programmi di prevenzione di comunità che combinano due o più programmi efficaci, come programmi per le famiglie e in ambito scolastico, possono essere più efficaci di un singolo programma.

principio 11 - i programmi di prevenzione di comunità che raggiungono i destinatari in setting multipli, ad esempio scuole, club, organizzazioni religiose, media, sono molto efficaci quando sono coerenti tra loro e viene mandato lo stesso messaggio.

principio 12 - quando le comunità adattano i programmi per corrispondere a loro necessità,

norme di comunità o richieste culturali differenti, dovrebbero mantenere gli elementi principali dell'intervento originale basato sulle evidenze, che includono: struttura (come il programma è organizzato e costruito), contenuti (informazioni, abilità e strategie del programma) e consegne (come il programma è stato adattato, realizzato e valutato).

principio 13 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere a lunga scadenza con interventi ripetuti (cioè, programmi con richiami) per rinforzare gli obiettivi di prevenzione originali. La ricerca mostra che i vantaggi dei programmi di prevenzione nelle scuole medie diminuiscono senza programmi nelle scuole superiori.

principio 14 - i programmi di prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti su buone pratiche di gestione della classe, come la gratificazione dei comportamenti appropriati degli studenti. Tali tecniche aiutano a sostenere il comportamento positivo, il rendimento, la motivazione e il vincolo con la scuola da parte degli studenti.

principio 15 - i programmi di prevenzione sono molto efficaci quando impiegano tecniche interattive, come gruppi di discussioni tra pari e role-playing per genitori, che permettono il coinvolgimento attivo nell'apprendimento sulle droghe e sulle abilità di rinforzo.

principio 16 - i programmi di prevenzione basati sulla ricerca possono essere vantaggiosi economicamente. La recente ricerca dimostra che per ogni dollaro investito in prevenzione, si risparmia fino a \$10 in trattamento per alcol o per altro abuso di sostanze.

DAGLI ASPETTI TEORICO-METODOLOGICI AGLI ASPETTI TECNICO-OPERATIVI

Attualmente non si parla più di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, ma si preferisce la classificazione proposta dall'Institute of Medicine (I.O.M.) del 1994, adottata anche a livello europeo per la prevenzione delle dipendenze (www.emcdda.eu.int). Gli interventi possono appartenere a tre diverse categorie.

Prevenzione universale: si indirizza all'intera popolazione (nazione, comunità locale, scuola, quartiere) con messaggi e con programmi mirati a evitare o ritardare l'abuso di alcool, l'uso di tabacco e altre droghe. La mission della prevenzione universale è scoraggiare l'inizio dell'abuso di sostanze fornendo a tutti gli individui il necessario di informazioni e di abilità per evitare il problema. I programmi di prevenzione universale sono indirizzati a grandi gruppi, senza alcuna selezione precedente per rischio di abuso di sostanze.

Prevenzione selettiva: si riferisce a strategie rivolte a specifici gruppi che più di altri rischiano di sviluppare problemi legati all'abuso di sostanze. Essa si rivolge all'intero gruppo indipendentemente dal grado di rischio del singolo individuo che vi appartiene. Il fine della prevenzione selettiva è prevenire l'abuso di sostanze rafforzando fattori di protezione, quali la considerazione di sé stessi e le capacità di risolvere i problemi ed aiutando le persone ad affrontare in maniera efficace fattori di rischio, quali vivere in un ambiente dove si fa uso di droghe. La prevenzione selettiva si rivolge anche a situazioni particolari come i contesti ricreativi.

Prevenzione indicata: mira ad identificare individui che mostrano segni iniziali di abuso di sostanze (ma non i criteri di dipendenza del DSM-IV) e altri comportamenti problematici e a coinvolgerli con interventi speciali. Sono identificati per fattori di forte rischio come il consumo di alcol e altre droghe di accesso, la caduta del rendimento scolastico, i disturbi della condotta, l'allontanamento da genitori, scuola e gruppi di pari positivi. Le finalità della prevenzione indicata si riferiscono ai comportamenti di abuso di sostanze, a un livello sub-clinico, spesso an-

cora all'interno della gamma di variabilità del comportamento adolescenziale.

Dal punto di vista pratico e anche utile tener presente che le strategie preventive possono seguire tre direttrici:

- la prevenzione "limitativa", che tende a introdurre limitazioni nella disponibilità di sostanze sia legali che illegali nella comunità ed in particolare per i minorenni. Sono stati condotti alcuni studi meta-analitici rispetto ad alcol, tabacco e giovani, dai quali si evince l'efficacia sui consumi ed i consumatori del divieto di vendita e di somministrazione di entrambe le sostanze ai minorenni, dell'incremento del prezzo, degli interventi indirizzati ai gestori di locali che vendono e servono alcolici in quanto il comportamento dei gestori influisce sul comportamento dei clienti, degli interventi diretti ai tabaccai al fine di ridurre la vendita di tabacco ai minorenni, delle azioni dirette all'orario ed i giorni di vendita delle bevande alcoliche, delle restrizioni nella pubblicità e nelle promozioni. È stato inoltre dimostrato che questo tipo di interventi sostengono e potenziano gli interventi attuati in ambito scolastico (CSAP-SAMHSA, 1997; SAMSHA, 1999)
- La prevenzione educativa che tende ad aumentare la consapevolezza e le capacità decisionali, a modificare opinioni, atteggiamenti e comportamenti riguardanti le sostanze e che operativamente ha la sua più ampia applicazione nel mondo della scuola.
- La riduzione del danno che ha un suo spazio specifico negli interventi in ambito ricreativo notturno e riguarda non solo l'uso di sostanze, ma anche altri rischi come rapporti sessuali non protetti.

LA PREVENZIONE UNIVERSALE IN AMBITO SCOLASTICO

Le maggiori evidenze e i migliori modelli riguardano l'ambito scolastico. Le scuole indubbiamente sono i luoghi di elezione degli interventi preventivi rivolti ai giovani ed ai giovanissimi perché possono garantire l'attuazione di interventi strutturati, continuativi ed articolati. È possibile inoltre coinvolgere le altre componenti scolastiche: i genitori con interventi a loro diretti di sostegno al ruolo e alle competenze genitoriali, e i docenti in un ruolo attivo di pedagogia preventiva importante sia nel proporre direttamente gli interventi sia nel completare ed ampliare quanto attuato dagli operatori del settore. (Orlandini, Nardelli e Bottignolo, 2004).

Le parole di George Estievenart dell'EMCDDA (2002) ci sembrano possano sintetizzare lo stato dell'arte: "L'ormai vasta esperienza nel campo della prevenzione dimostra chiaramente che programmi di prevenzione nelle classi contribuiscono realmente alla riduzione del consumo di droga e ritardano il primo approccio dei giovani all'assunzione di stupefacenti. Tuttavia, l'esito dipende molto dal tipo di misure scelte e dalla presenza o meno di obiettivi definiti, nonché dalla sufficiente organizzazione degli interventi, dalla fondatezza degli stessi su esperienze precedenti e, infine, dalla valutazione dei risultati".

Per quanto riguarda i modelli di intervento si rimanda alla vasta letteratura e ai Model Programs del CSAP (www.modelprograms.samsha.gov/).

Ci sembra peraltro utile riportare nel riquadro sottostante alcune osservazioni e raccomandazioni dell'EMCDDA pubblicate in un numero del periodico on line Focus (EMCDDA, 2002).

1. I risultati più promettenti in termini di intensità, struttura e qualità delle azioni preventive effettivamente realizzate possono essere individuati in quei paesi che hanno affrontato in modo espli-

cito, nelle loro politiche, la questione della prevenzione in ambito scolastico, con obiettivi chiari e specifici, la disponibilità di un'adeguata organizzazione logistica degli interventi e il relativo finanziamento.

2. Le prove dimostrano che i programmi più efficaci sono quelli che mirano a rinforzare i rapporti interpersonali dei giovani e a sviluppare un atteggiamento critico che supporta scelte ragionate e consapevoli rispetto alla droga. L'insegnamento di tipo interattivo ha inoltre dimostrato la sua efficacia.

3. Interventi a breve termine, isolati e «moralistici» sono controproducenti.

4. Il grande potenziale di prevenzione della droga nelle scuole dell'UE dal punto di vista del contenuto è riposto nella formazione intensiva di specialisti e di insegnanti nel settore della prevenzione, conformemente ai comprovati risultati positivi ottenuti in alcuni paesi, dove si è visto che una formazione intensiva e focalizzata di specialisti in materia di modelli e metodi preventivi ha favorito la buona riuscita di molti progetti.

5. Gli Stati membri che dispongono di sistemi informativi circa l'estensione dei programmi di prevenzione dalla droga nelle scuole hanno la possibilità di servirsi delle informazioni raccolte per condurre e intensificare una politica di prevenzione nazionale.

6. Il raffronto tra esperienze su scala europea mostra che le aree prioritarie per una politica di prevenzione sono la stretta collaborazione tra istituzioni e la creazione di sistemi di accreditamento per progetti specifici fondati su evidenze oggettive e che richiedano una valutazione minima nonché la diffusione dei risultati.

A fronte di una interessante evoluzione sia in termini metodologici che di monitoraggio e di copertura registrati in alcuni Paesi europei (EMCDDA, 2005), l'Italia non sembra allineata con questi progressi. A fronte di questa situazione e del generico impegno del mondo della scuola nel campo della promozione dell'agio e dell'educazione alla salute, si stanno sviluppando anche nel nostro Paese interessanti sperimentazioni come il programma EU-DAP (Faggiano et al., 2006) e il modello DACaR (Orlandini, Nardelli e Marchiori, 2006).

Data l'importanza della valutazione dei programmi scolastici, riportiamo uno schema di indicatori minimali, mentre si rimanda alle "Guidelines for the evaluation of drug prevention" disponibili anche in italiano (Kroger et al., 1997) oltre che la vasta letteratura americana (⁷).

⁽⁷⁾ per una rassegna si veda il volume di Orlandini, Nardelli, Bottignolo del 2002.

Indicatori per valutare la prevenzione universale in ambito scolastico dell'EMCDDA	
Implementazione	<ul style="list-style-type: none"> • Programma basato sull'evidenza vs interventi ad hoc
Contenuti	<ul style="list-style-type: none"> • Modelli teorici su cui sono basati gli interventi (per esempio modello di apprendimento sociale). • Componenti applicati negli interventi (per esempio abilità personali, abilità interpersonali, informazioni, ecc).
Consegne	<ul style="list-style-type: none"> • Strutturato (= un programma) in sessioni definite con manuali, materiale per studenti, formazione per insegnanti vs non strutturato (per esempio promozione alla salute, prevenzione integrata). • Numero definito di sessioni vs improvvisazione • Discussioni interattive vs lezione frontale • Intensità della formazione degli insegnanti • Durata degli interventi
Copertura	<ul style="list-style-type: none"> • N ° di scuole coperte • N ° di studenti coperti • N ° di insegnanti coinvolti
Variabili aggiuntive	<ul style="list-style-type: none"> • C'è una politica scolastica sulle droghe? • Sono offerti degli incontri per genitori? • Livello di valutazione e indicatori utilizzati

LA PREVENZIONE UNIVERSALE E SELETTIVA RIVOLTA ALLE FAMIGLIE

L'influenza dell'ambiente familiare sull'uso e abuso di sostanze è in gran parte conosciuto come abbiamo visto dallo studio dei fattori di rischio e di protezione. Per questo gli interventi rivolti alle famiglie hanno come finalità generale quella di incrementare le abilità educative dei genitori e/o sostenerli nel loro compito educativo, stimolando la comparsa di comportamenti che hanno dimostrato avere una funzione protettiva.

Molti programmi di prevenzione universale in ambito scolastico prevedono degli interventi specifici per i genitori, soprattutto di preadolescenti e adolescenti, non solo perché questo è il momento della vita in cui è più facile entrare in contatto con le sostanze, ma anche perché i genitori in questo periodo devono far fronte ad importanti cambiamenti del figlio e vengono messi in difficoltà da nuove e sempre più complesse problematiche educative. Inoltre, il ricorso ad adeguate competenze educative da parte dei genitori facilita l'instaurarsi di un clima di buoni legami familiari che permette al figlio di non isolarsi, ripiegandosi su se stesso o sfidando, attraverso condotte rischiose, quali il consumo di sostanze, l'autorità genitoriale.

Va rilevato comunque che nonostante la necessità di coinvolgere, e di mettere al corrente, i genitori delle attività offerte ai loro figli dalla scuola, per tali interventi si riscontra una certa difficoltà a provarne l'efficacia (Mendes et al., 2001).

Per quanto riguarda la prevenzione selettiva rivolta alle famiglie vi sono stati negli ultimi anni interessanti sviluppi, anche a livello europeo. Il capostipite, o comunque il programma che ha ricevuto una adeguata valutazione e che si è dimostrato efficace, è "Strengthening Families Program" [SFP] (www.strengtheningfamiliesprogram.org) della Kumpfer, che vanta innumerevoli applicazioni in ambienti e gruppi diversi, nonché delle versioni ridotte più idonee ad interventi di prevenzione universale. SFP è un programma intensivo che combina interventi destinati agli studenti di 5-11 e 12-14 anni con interventi destinati ai loro genitori; è un buon esempio di programma di training di abilità anche se fortemente complesso, che utilizza un approccio misto (abilità educative e di comunicazione per genitori, training sociale per ragazzi e attività insieme per genitori/figlio) e si sviluppa in sessioni settimanali di tre ore ciascuna du-

rante quattordici settimane e incontri di richiamo a 6 e 12 mesi. Tale programma è stato adottato e adattato anche in alcuni Paesi europei (EMCDDA, 2004).

La famiglia nell'ottica sia della prevenzione universale che selettiva è stata oggetto di interessanti studi da parte dell'IREFREA (Mendes et al, 2001)

Sicuramente questa area di intervento appare interessante anche se ci si chiede quali sono i problemi di reclutamento e come risolverli perché le famiglie veramente a rischio si coinvolgono in tali interventi.

LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE IN AMBITO EXTRA-SCOLASTICO

Gli interventi più significativi attuati al di fuori del contesto scolastico riguardano essenzialmente tre aree:

- il mondo del lavoro, dove si tende a contrastare gli infortuni, le assenze, i conflitti con colleghi e superiori, ecc. correlati all'uso e abuso di sostanze psicoattive, con particolare riguardo all'alcol vista la sua diffusione tra giovani ed adulti. Tali interventi si avvalgono del sostegno delle direttive riguardanti la sicurezza e la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro.
- La sicurezza stradale e l'uso di alcol e droghe, si tratta di programmi che coinvolgono soprattutto le scuole guida, ma vi sono anche dei progetti che riguardano il mondo della scuola e l'ambito del tempo libero nei contesti aggregativi – ricreativi.
- Le situazioni ricreative ed in particolare il mondo della notte, a cui dedicheremo uno spazio particolare.

L'interesse per i luoghi e i momenti del divertimento specie notturni è sorto con la diffusione dell'ecstasy e successivamente con il configurarsi di nuove modalità di consumo di nuove e vecchie droghe, chiamate globalmente "droghe ricreative".

Solitamente gli interventi appartengono alla categoria della prevenzione selettiva, rivolti quindi a gruppi a rischio selezionati in genere per la frequentazione di luoghi quali discoteche, pub, raves ed eventi all'aperto (festival, concerti).

La diffusione di materiale informativo sulle droghe, sui problemi sanitari e legali correlati è la strategia più utilizzata. A volte, l'informazione viene effettuata attraverso un approccio personalizzato da parte operatori o da pari (peers leaders o peers educators) che appartengono allo stesso gruppo target (EMCDDA, 2002)

Dato che molti programmi sono partiti sull'emergenza ecstasy hanno inserito tra le tecniche adottate l'analisi del contenuto delle pasticche (in loco o in laboratori centralizzati) per informare in maniera specifica sui rischi il gruppo di consumatori di tali droghe. L'analisi delle pasticche appare ora meno interessante sia alla luce dell'uso di altre sostanze (cocaina in primis) sia per i dubbi sollevati in alcuni Paesi sulla legalità di tale pratica.

Un altro aspetto specifico riguarda l'importanza di regole per la sicurezza negli ambienti del divertimento. Una interessante guida inglese destinata ai gestori di locali e organizzatori di eventi musicali segnala alcune aree chiave come la prevenzione del sovra-affollamento, l'aerazione (aria condizionata e ventilazione), la disponibilità di acqua potabile (AA.VV., 2002). Analisi delle pasticche e sicurezza ambientale sono due elementi cardine della riduzione del danno in ambito ricreativo.

Un altro elemento importante è la creazione di accordi con i gestori dei locali del divertimento notturno e la formazione del personale che vi lavora, come è stato fatto anche in Italia con il progetto nazionale per la formazione del personale delle discoteche negli anni 2002-2004

(www.iss.it/ssps). In un interessante lavoro dell'IREFREA vengono indicati come mediatori che possono contribuire alla prevenzione in tali contesti oltre ai professionisti dell'industria del divertimento (direttori, gestori, dj, pr, e altro personale di bar, discoteche, ecc.) e gli operatori dei programmi di prevenzione, anche i professionisti dei media (specie di interesse giovanile) e i leaders di associazioni giovanili (Calafat et al. 2004).

Va inoltre ricordato che i frequentatori della notte sono particolarmente vulnerabili nel momento del ritorno a casa (guida in stato di intossicazione da alcol o droghe, passeggero di una persona non idonea alla guida, stanchezza per l'ora tarda, malessere per stato di intossicazione, esiti per aver partecipato a una rissa, ecc.) e per questo sono state elaborate alcune strategie come le aree di decompressione (chill-out), i mezzi di trasporto gratuiti ed ad hoc, l'accompagnamento a casa assistito, le prove etilometriche a scopo preventivo ⁽⁸⁾ o sanzionatorio da parte delle Forze dell'Ordine.

A fronte di un grande fermento di idee, di creatività e di operatività, in questo campo però non c'è una solida e datata ricerca valutativa che possa affermare criteri evidence-based tali da fornire un aiuto a chi intende progettare ed operare nell'ambito ricreativo e nello specifico in quello notturno. Anche a livello della più importante e forte fonte di riferimento - il Center for Substance Abuse Prevention (CSAP) del Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) - che mette a disposizione modelli di intervento efficaci (Model Programs, Effective Programs o Promising Programs a seconda dell'efficacia dimostrata) non si trovano inclusi programmi nel mondo della notte (www.modelprograms.samhsa.gov). ⁽⁹⁾

A livello europeo l'Osservatorio di Lisbona - EMCDDA mette a disposizione EDDRA, l'archivio dei progetti europei nel campo delle tossicodipendenze, che ricordiamo però essere una descrizione sistematizzata di progetti e non un sistema per valutarne l'efficacia, dove sono riportati un numero abbastanza limitato di esempi di prevenzione in ambito ricreativo tra i bel 590 progetti presenti ad aprile 2006 (www.emcdda.eu.int).

Nel 2002 è stata condotta una interessante analisi dei 22 progetti in ambito ricreativo presenti allora in EDDRA, che ha permesso tra l'altro di mettere a fuoco le modalità di lavoro di strada specifiche, anche con l'impiego di tecniche peer-to-peer, la formazione degli operatori, l'utilizzo delle linee telefoniche di aiuto, il tipo di messaggi utilizzati (drug free vs riduzione del danno), oltre ad elementi già sopracitati (EMCDDA, 2002); anche da tali analisi i sistemi di valutazione appaiono ancora in divenire.

Alcuni documenti sono comunque da ritenersi di aiuto e orientamento, come ad esempio una risoluzione del 2002 del Consiglio dell'Unione Europea sulla prevenzione del consumo di droghe ricreative che invita gli Stati membri a considerare l'importanza di un'informazione interattiva e correttamente mirata, garantire un accesso facile all'informazione (ad es. Internet9), promuovere forme alternative di divertimento, promuovere programmi di prevenzione e stra-

⁽⁸⁾ Uno dei tanti esempi italiani in tale ambito è illustrato da Orlandini e Cavallin (2006).

⁽⁹⁾ Dei 63 Model Programs attualmente selezionati, 38 hanno come focus specifico una o più sostanze psicoattive (tabacco, alcol, droghe illegali), riguardano prevalentemente l'ambito scolastico e nessuno l'ambito ricreativo. Tra i 37 Effective Programs accanto a numerosi interventi diretti a tabacco e alcol compaiono alcune sperimentazioni di approcci basati sulla peer education e sul concetto di resilience; nessuno di questi riguarda il mondo della notte. Anche nei 55 Promising Programs troviamo una maggioranza indirizzati all'ambito scolastico ed alcuni novità riguardanti la famiglia, le comunità religiose e i programmi multicomponenti; anche in questo caso non è presente nessun programma specifico nell'ambito ricreativo.

tegie di comunicazione basati sulle esigenze dei diversi gruppi di riferimento (EMCDDA, 2002).

Come abbiamo detto il livello di valutazione è basso rispetto ai programmi di prevenzione in ambito scolastico, e questo appare in qualche modo comprensibile dato l'ambito in cui si svolgono gli interventi e i contatti brevi e discontinui con il gruppo di destinazione. Al fine di dare un contributo alla valutazione, un panel di esperti europei ha predisposto una serie indicatori che qui riportiamo (EMCCDA, 2003).

Indicatori di valutazione per la prevenzione in ambito ricreativo (EMCDDA 2003)	
INDICATORI A LIVELLO DI PROGETTO	
1. Livello del destinatario – quantitativo	<ul style="list-style-type: none"> N° di persone avvicinate dal progetto N° di contatti per operatore N° di persone contattate attivamente N° contatti di strada N° di counselling N° di invii ad altri servizi N° di visite mediche o interventi di pronto soccorso
2. Livello del destinatario – qualitativo	<ul style="list-style-type: none"> Congruenza tra il gruppo di destinazione ipotizzato e i destinatari effettivi Grado di soddisfazione degli utenti rispetto alle attività del progetto Il progetto è visto con fiducia dagli utenti? Sono stati prodotti degli opuscoli/messaggi? Il messaggio è stato accettabile per i destinatari? Quale tipo di contatto personale è stato attuato? Gli utenti comprendono e utilizzano le informazioni di riduzione dei rischi/del danno? Ricerca etnografica sulla qualità dei contatti stabiliti con gli utenti per identificare quali sono i modi più appropriati e più innovativi per presentare messaggi di educazione sanitaria. Effetti sul comportamento Intenzione futura all'uso di droga Percezione del rischio rispetto alle droghe ed al loro uso Percezione dell'uso di droghe tra pari (influenza normativa)
3. Livello di output	<ul style="list-style-type: none"> N° di eventi ai quali si ha assistito N° di condoms distribuiti N° di bottigliette di acqua distribuite N° di materiale informativo distribuito N° di opuscoli lasciati per terra alla fine della nottata
4. livello di struttura di progettazione	<ul style="list-style-type: none"> Il progetto prevede dati su comportamenti rischiosi e/o uso di sostanze? Il programma utilizza la sua credibilità per dare messaggi informativi e avvertimenti per mezzo di Internet o dei media? Quanto il progetto si basa sui giovani frequentatori di locali/consumatori di droga per progettare l'intervento? A quali reti di giovani frequentatori di locali si collega il progetto, ad es. promozione di messaggi attraverso una radio gestita da giovani Se la formazione del personale dei locali notturni è uno scopo dell'intervento: viene valutato l'impatto di questa formazione (questionari pre-post)? Tale formazione ha dato delle consegne? Il progetto ha attuato tecniche di riduzione del danno di base come acqua a disposizione gratuita, stanze fresche, disponibilità per contraccezione/consigli/sostegno? N° di condizionatori d'aria/m2 di spazio per cliente

5. livello di outcome	<p>N° di distributori di acqua gratuita, ecc.</p> <p>N° di operatori medico non professionale (studenti di medicina) per visitatore</p> <p>N° di operatori medico professionale per visitatore, ecc.</p> <p>N° di chiamate di polizia per eventi effettuati</p> <p>N° di incidenti di violenza o di comportamento criminale per eventi effettuati</p> <p>N° di giovani frequentatori di locali che hanno usufruito di una unità di emergenza dopo gli eventi assistiti</p>
Per analisi delle pastiglie	<p>N° di pastiglie testate</p> <p>Appartenenza a monitoraggio nazionale e internazionale e sistemi di avvertimento precoci</p> <p>L'utente potrà nuovamente testare le sue pastiglie?</p> <p>L'utente racconterà ad altri delle attività del progetto?</p> <p>I risultati del test hanno influenza sul comportamento di consumo (intenzione)?</p> <p>L'utente consumerà anche se la sostanza è risultata particolarmente pericolosa?</p>
Per attività Internet	<p>N° di visitatori;</p> <p>N° di domande E-mail</p>
Strumenti	<p>Questionari ai sostenitori del progetto</p> <p>Raccolta di commenti</p> <p>Monitoraggio delle lamentele riguardanti la gestione</p> <p>Interviste con operatori</p> <p>Monitoraggio dell'uso di droga (per assicurarsi che informazioni e iniziative di riduzione del danno siano indirizzate correttamente)</p> <p>Indagini intersettoriali</p> <p>Questionari rivolti al gruppo dei destinatari</p>
LIVELLO REGIONALE O POLITICO	
1. Coordinamento e rete dei servizi	<p>C'è una politica pubblica sulle droghe che coinvolge l'ambito ricreativo?</p> <p>N° di strutture consultive tra autorità, professionisti della notte e altri stakeholders</p> <p>Ci sono meccanismi di controllo per le licenze degli esercizi pubblici di ristorazione?</p> <p>C'è una sede di coordinamento tra esercenti e autorità?</p> <p>Sviluppo e implementazione di linee guida sanitarie di base e politiche sulle droghe che coinvolgono l'ambito del divertimento</p>
2. Strutture	<p>Risorse finanziarie assegnate al lavoro di strada (di solito da strutture governative).</p> <p>Le istituzioni (per es. servizi sanitari) forniscono un servizio per i consumatori di droga in discoteche/raves/altri eventi?</p> <p>Vi è una equa distribuzione dei servizi offerti nelle differenti parti del territorio?</p> <p>Ci sono differenze locali e regionali nei contenuti e nello stile?</p> <p>Gli operatori di strada sono consapevoli delle linee guida sulla sicurezza nelle discoteche e sui consiglio sanitari di riduzione del danno?</p> <p>Capacità di sviluppare progetti in coordinamento con altre istituzioni o organizzazioni.</p> <p>Numero di tali progetti</p> <p>Premi o facilitazioni per i locali che sviluppano standards di sicurezza</p> <p>C'è un monitoraggio delle autorità su numero e causa di incidenti nei locali notturni?</p> <p>C'è un monitoraggio delle autorità su temperatura, rumore, ecc. a tempi specifici (per es. iniziale/intermedio/finale della nottata)?</p>
3. Dati sanitari regionali	<p>N° di incidenti correlati alla droga riferiti dal pronto soccorso (ma probabilmente non fattibile da attribuire a un progetto specifico).</p> <p>N° di problemi droga correlati, intossicazioni.</p> <p>N° di incidenti, droga correlati e non, collegati al mondo della notte (ospedali, polizia).</p> <p>N° di morti associate con ambienti ricreativi (difficile da utilizzare perché essi non sono molti e possono oscillare quindi casualmente durante gli anni).</p> <p>uso di droga a livello regionale dopo, almeno, un anno dall'implementazione delle politiche</p>

4. Opinione pubblica	N° di presentazioni a unità di emergenza frequentatori di locali notturni N° chiamate di polizia Miti sfatati a livello pubblico e professionale (per es. motivazione al consumo, modelli di consumo, ingredienti delle pastiglie) Accettazione dei gruppi di destinazione Opinione pubblica e decision-makers, possibile resistenza di questi ultimi
----------------------	---

LA PREVENZIONE SELETTIVA NON RIGUARDA SOLO IL MONDO DELLA NOTTE

Le strategie di prevenzione selettiva, come abbiamo detto, sono indirizzate a gruppi della popolazione ritenuti a rischio per abuso di sostanze, e possono essere identificati sulla base di fattori di rischio biologici, psicologici, sociali o ambientali che si sono dimostrati ad esso associati.

La prevenzione selettiva è sostenuta da ricerche specifiche e applica i modelli di vulnerabilità, cioè combinazioni di fattori di vulnerabilità noti, che permettono l'identificazione di gruppi o di contesti a rischio per abuso di droga. Una risoluzione del Consiglio dell'Unione europea del 2003 riconosce che fattori quali lo scarso rendimento scolastico, la mancanza di relazioni sociali e di capacità personali, l'esclusione dalla scuola o la non frequenza, la partecipazione ad attività antisociali e delinquenti, il comportamento autodistruttivo o aggressivo aumentano la vulnerabilità dei giovani rispetto alle droghe. Questi fattori sono confermati dall'attività di ricerca svolta nel Regno Unito, in Germania e negli Stati Uniti, che ha identificato tra i fattori di rischio anche disfunzioni di carattere familiare, abusi da parte dei genitori, e situazioni ambientali sfavorevoli, come vivere in una comunità non organizzata in cui si tollera l'abuso di droghe (EMCDDA, 2003). I modelli di vulnerabilità (e di protezione) sono utili quando si desidera lavorare dove la probabilità che si verifichino problemi è più alta, anche se è bene ricordare che essi non sono predittivi del destino di un individuo; in altre parole, non tutti i giovani a rischio sviluppano necessariamente problemi con la droga dato che i fattori di rischio non implicano una progressione lineare e causale verso un certo comportamento rischioso. Inoltre l'interazione tra alcuni fattori di rischio e quantità/frequenza del consumo può essere vista anche come circolare (Winter 2002); ad esempio la sperimentazione precoce e intensa di droghe può essere sia causa che effetto di assenze ingiustificate da scuola. È quindi importante essere cauti con l'uso dei concetti come "fattore di rischio", "vulnerabilità" e "gruppi a rischio". Da un punto di vista operativo sono state identificate tre aree di intervento (EMCDDA, 2004):

- gruppi ad alto rischio o vulnerabili: ad esempio, interventi diretti alle assenze ingiustificate (programmi accademici alternativi per chi lascia precocemente la scuola, interventi con gruppi vulnerabili a scuola, tra cui offerta di counselling), a giovani che hanno avuto problemi con la giustizia, a giovani sperimentatori di droghe (counselling fuori dall'ambito scolastico, lavoro di strada, incontri in luoghi esterni come camper, bar, ecc.), interventi sul tempo libero alternativi, tra cui attività sportive;
- famiglie vulnerabili, sia in ambito scolastico che extrascolastico, come abbiamo visto sopra;
- zone ad alto rischio, dove si parte dal presupposto che molti fattori di vulnerabilità ambientali si accumulino in certe aree o quartieri e che la capacità di resilienza ⁽¹⁰⁾ dei giovani o della comunità possa essere sostenuta attraverso tali interventi.

⁽¹⁰⁾ Capacità di adattamento anche in condizioni particolarmente sfavorevoli, capacità di essere flessibile e resistere agli urti, alle pressioni, ecc.

Un importante riferimento scientifico è il “National Cross-site Evaluation of High-risk Youth Programs” condotto dal CSAP (2002) su 48 programmi che hanno coinvolto complessivamente 10 500 giovani a rischio. Lo studio ha dimostrato che i programmi di prevenzione selettiva riducono le percentuali di consumo di sostanze psicoattive con particolare riferimento ad alcol e secondariamente a tabacco e marijuana; i migliori risultati si sono riscontrati nei programmi basati sulle abilità sociali e che utilizzano tecniche interattive, effettuati in ambito scolastico (dopo-scuola), con una intensità di 4 ore di partecipazione per settimana (a prescindere dalla durata complessiva del programma). Sono state riscontrate delle differenze di efficacia in base al genere, ad esempio per le ragazze hanno più influenza le condizioni di vita del quartiere sulla loro associazione con i pari e sul loro consumo di sostanze rispetto ai maschi; inoltre, gli effetti del programma sono stati più duraturi nel tempo per le femmine.

Tale studio ha messo in luce il forte impegno che richiede la prevenzione rivolta ai gruppi a rischio, impegno non tanto tecnico (cosa fare) quanto di risorse (economiche ed umane) data la necessità di attuare interventi intensivi e con gruppi numericamente ristretti.

A livello europeo le informazioni sulla prevenzione selettiva sono ancora scarse ed eterogenee anche se l’EMCDDA (2003) ha incominciato a raccogliere e classificare le varie forme di interventi riscontrando esempi di buone prassi. È stato rilevato inoltre che molti stati europei, nell’ambito di più ampi programmi di politica sociale, inseriscono servizi destinati a gruppi a rischio, ma che di solito non affrontano problematiche legate alla droga in quanto tali, e ciò mette in luce non solo una non specificità dell’intervento ma anche uno scollegamento a livello operativo tra le opportunità offerte nel medesimo territorio da organizzazioni diverse con mandati diversi. Un buon livello di comunicazione tra i servizi e le agenzie territoriali (lavoro di rete) invece è ritenuto uno degli elementi chiave dei programmi preventivi efficaci.

Ricordiamo inoltre, che gli interventi selettivi sono destinati a chiunque faccia parte di un gruppo a rischio, indipendentemente dalla vulnerabilità individuale, ed in questo sta la differenza con la prevenzione indicata che invece si occupa prevalentemente di singoli individui, seppur in un’ottica pre-clinica.

CONSIDERAZIONI ED INTERROGATIVI

Questo scritto ha percorso brevemente la storia della prevenzione delle dipendenze ed il suo concretizzarsi in prevenzione basata sulle evidenze che ha portato a tutti noi delle certezze – le conoscenze scientifiche appunto – e si conclude con alcuni interrogativi.

Esiste la prevenzione delle nuove forme di consumo?

Le conoscenze scientifiche si basano su programmi e relative prove di efficacia non specifici per le nuove forme di consumo in quanto, molto semplicemente, ideati e valutati quando ancora non erano così presenti. Va notato inoltre, che l’efficacia è stata provata in particolare per tabacco, alcol e cannabinoidi, ma non in maniera rilevante e specifica per altre sostanze. Sicuramente è possibile affermare che date le conoscenze attuali ed i criteri specifici individuati sono efficaci gli interventi in ambito scolastico di prevenzione universale rispetto alle sostanze cancello tabacco e alcol. Va peraltro sottolineato che essi sono abbinabili con interventi di tipo limitativo (divieto di vendita ai minorenni, sanzioni per la guida in stato di ebbrezza, orari di vendita, ecc.) che ne rafforzano l’efficacia. Si potrebbe quindi ipotizzare che inibire o ritardare l’accesso alle sostanze cancello possa avere degli effetti anche sulle altre sostanze in accordo con

la nota progressione di Kandel (1980). Inoltre visto che l'abuso di alcol risulta essere una componente sempre presente nei consumatori ricreativi e dato che i programmi sia universali che selettivi evidence-base hanno dimostrato di incidere fortemente sul suo uso, si può ipotizzare che intervenire in tal senso potrebbe quantomeno evitare o ridurre rischi aggiuntivi.

Rimane comunque aperta, come afferma Calafat (2004), "una questione chiave: la non conoscenza della relazione tra giovani, divertimento e uso di droghe".

Già nel 1999 Shapiro forniva una prima idea in tal senso "Quello che è avvenuto... è un allargamento significativo dell'insieme delle droghe usate che racchiude una gamma molto più ampia di sostanze prese da gruppi sempre più ampi di giovani. Per una minoranza significativa di costoro che si considererebbero altrimenti *comuni* membri della società, la droga consumata è diventata una parte rilevante dello stile di vita".

Alcuni studi condotti dall'IREFREA hanno messo in luce che le abitudini ricreative dei giovani (implicazione, motivazione, contesto in cui si sviluppa) sono determinanti chiave nell'uso e abuso di sostanze, potenzialmente più importanti degli altri classici fattori di rischio. La sfera del divertimento specie notturno è diventata uno degli spazi principali di espressione dei giovani, dove molti imparano a diventare adulti, socializzano, vengono iniziati a cose come l'uso di droghe e la sessualità. All'interno di questi spazi inoltre si creano e si definiscono mode e tendenze sostenute dall'industria del divertimento stesso e convenientemente collegate con molti altri prodotti destinati ai giovani (come musica, abbigliamento, telefonini, birra ed altre bevande alcoliche, e, naturalmente, droghe).

Condividendo la raccomandazione dell'EMCDDA (2002) di attuare provvedimenti mirati dato il consumo elevato di sostanze nei luoghi di divertimento, va ribadito che tutto ciò richiede una ricerca altrettanto specifica dei modelli e dei contesti di consumo, come pure l'identificazione di strategie di intervento strutturate e valutate.

È meglio lavorare sulle nuove forme di consumo o sui comportamenti a rischio?

Da una quindicina d'anni la letteratura scientifica anche italiana ⁽¹⁾ documenta l'aumento della cultura del rischio e la sottovalutazione spesso consapevole dei rischi derivanti da certe scelte e comportamenti. Nel mondo della notte e del divertimento troviamo concentrati comportamenti rischiosi che tra loro si potenziano e si compenetrano: alcol e droghe, velocità e guida pericolosa, risse e violenza, rapporti sessuali non protetti o indesiderati, gioco d'azzardo, sport al limite.

Il comportamento a rischio si può definire come un'azione intenzionale dagli esiti incerti che implica la possibilità di conseguenze negative per il soggetto. Una sua componente è *l'ottimismo irrealistico*: le persone tendono a pensare di essere relativamente invulnerabili supponendo che gli altri siano più esposti alle conseguenze indesiderate dell'esperienza. Si è visto che gli adolescenti che mettono in atto comportamenti rischiosi ritengono di essere immuni dai pericoli derivanti da quel comportamento, rispetto ai coetanei che si trovano nella stessa situazione. L'illusione del controllo, le esperienze personali pregresse, gli stereotipi, la necessità di mantenere o accrescere l'autostima sono elementi che sostengono l'ottimismo irrealistico (Savadori e Rumiati, 2001).

⁽¹⁾ Si vedano i diversi rapporti IARD (www.iard.it), e le ricerche di Bonino e Ravenna citate in bibliografia

Non si vuole fare qui una trattazione del significato del rischio e del limite in adolescenza, ma richiamare l'attenzione sugli adulti significativi (genitori, docenti, allenatori, ecc.) sia nel loro ruolo educativo di sostegno alla crescita con tutte le sue valenze di protezione aspecifica, sia nel loro ruolo preventivo sui fattori protettivi specifici per l'uso di sostanze. A tal fine abbiamo visto come programmi che si concentrano sulla famiglia sia a livello universale che selettivo stanno dimostrando interessanti risultati: la famiglia ed il contesto educativo in genere possono così diventare l'elemento chiave per *controbilanciare* opinioni, atteggiamenti e abitudini intorno allo stile di vita e ai comportamenti rischiosi che si formano nei contesti di socializzazione degli adolescenti, ivi comprese le situazioni ricreative.

Riteniamo importante sottolineare che allargare la prevenzione delle dipendenze ai comportamenti a rischio non significa promuovere interventi generici rivolti al disagio o all'agio, bensì lavorare in un'ottica che promuova scelte consapevoli al fine di evitare comportamenti a rischio. A sostegno di questa prospettiva troviamo sia la teoria del comportamento problematico di Jessor e Jessor (1977), sia la ricerca sui fattori di rischio e di protezione che ha evidenziato che molti di questi sono comuni a una gran quantità di condotte problematiche o disadattive (Moncada, 1997), sia la pratica preventiva di importanti programmi ⁽¹²⁾. Questa prospettiva inoltre permetterebbe di far fronte al continuo modificarsi del comportamento giovanile in relazione ad esempio all'offerta sul "mercato" di nuove droghe o al comparire di nuovi "giochi" rischiosi.

Si ritiene comunque utile porsi, anche se in controtendenza, l'interrogativo se in realtà esistono le nuove forme di consumo: sicuramente la diffusione delle sostanze è cambiata, l'accessibilità aumentata e l'uso è spesso in combinazione (policonsumo), ma il significato del consumo forse resta sempre quello di sostenere il divertimento, provare eccitazione, abbattere la noia, aumentare le prestazioni sociali, trovare delle scorciatoie per diventare adulti.

Prevenzione universale o prevenzione selettiva: dove indirizzare le risorse?

Attualmente, la prevenzione delle dipendenze basata sull'efficacia ha tracciato una nuova strada da percorrere, definendone presupposti ed orientamenti. È necessario continuare e procedere lungo questa via che ha reso possibile il raggiungimento di così importanti risultati e, per fare ciò, un primo passo indispensabile è favorire la diffusione delle conoscenze acquisite fra gli operatori delle diverse agenzie; un secondo passo è quello di applicare in maniera capillare e continuativa ⁽¹³⁾ ciò che ha dimostrato avere effetti sull'uso di sostanze psicoattive e su altri comportamenti a rischio. Tutto ciò significa abbandonare gli interventi "fai da te", estremamente ricchi di elementi creativi ma poco riproducibili e valutabili, anche se la creatività è necessaria per ideare strategie innovative per affrontare nuovi e diversi contesti e gruppi.

A chi teme la rigidità dei programmi, è bene ricordare che le buone prassi si basano sulla contestualizzazione degli interventi rispetto alle specificità di target, ambiente, rete territoriale, risorse, ed utilizzano tecniche e strategie basate su relazioni educative significative.

⁽¹²⁾ Oltre ai Model Programs più volte citati (www.modelprograms.samsha.gov/), si vedano anche gli interessanti lavori del Social Development Research Group (<http://depts.washington.edu/sdrg/>)

⁽¹³⁾ La capillarità è da intendersi relativa al territorio (ad esempio tutte le zone di una regione) e relativa al target (ad esempio la maggior parte dei ragazzi di una certa fascia di età), mentre la continuità ha a che fare con la stabilità nel tempo del servizio offerto.

A questo punto bisogna chiedersi cosa impedisce di applicare i programmi efficaci: perché sono stati messi a punto da altri? Perché non si conoscono? Perché non ci sono delle direttive chiare che indicano quali applicare?

Gli approcci di prevenzione universali in ambito scolastico hanno dimostrato di essere molto efficaci con i giovani non consumatori e quindi andrebbero applicati in maniera routinaria, come prestazione socio-sanitarie ed educativa di base nei diversi livelli elementare, medie e superiori quantomeno fino all'età dell'obbligo scolastico. Dato che tali approcci si sono rilevati poco efficaci con giovani ad alto rischio, è necessario offrire a questa categoria di giovani programmi specifici per affrontare i loro bisogni specifici. Va però detto che le strategie di prevenzione universali e selettive sono entrambe necessarie e si dovrebbero completare l'un l'altra: la prima diretta a tutti i ragazzi per ridurre i rischi generali di iniziazione e di sperimentazione (promuovendo abilità di resistenza e di vita di base), la seconda diretta specificatamente a quei gruppi che non sono raggiunti dalla prima o a causa di alta vulnerabilità e/o di esclusione sociale e che necessitano di interventi aggiuntivi o alternativi, e anche più intensivi.

Abbiamo visto che la prevenzione selettiva sia con i giovani che con le famiglie per essere efficace è molto impegnativa: è quindi necessario chiedersi come fare per mettere insieme le risorse di una comunità per far fronte a questo problema o meglio ad un insieme di problemi spesso ben precedenti all'uso di sostanze (si pensi ad esempio all'insuccesso scolastico). Una prima osservazione riguarda non la carenza di servizi, strutture, o altro, pubblici, privati e del volontariato, quanto la loro difficoltà di lavorare come rete organizzativa, formata cioè da organizzazioni unite da collegamenti che permettono loro scambio di conoscenze, competenze, risorse economiche per la realizzazione di un progetto, in vista di un vantaggio reciproco.

Una seconda osservazione è che questi diversi servizi, benché abbiano mission anche simili o assimilabili, in realtà sono strutturati rigidamente secondo bisogni rilevati molti anni fa e con difficoltà a riorientarsi verso nuovi bisogni o nuovi tipi di prestazioni. Inoltre, a livello territoriale manca una "regia" che possa coagulare in maniera trasversale soggetti appartenenti a mondi diversi - sociale, sanitario, educativo, ricreativo, sportivo, religioso - ma tutti a contatto con i giovani al fine di promuovere strategie di empowerment di rete ⁽¹⁴⁾ secondo un'ottica di progettazione partecipata ⁽¹⁵⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Andreoli V., 2000, Le campagne antidroga. ADD Periodico di documentazione scientifica sui comportamenti di abuso, N. 1.
2. AA.VV., 2002, Safer Clubbing. Guidance for licensing authorities, club managers and promoters, www.drugs.gov.uk
3. Bandura A., 1977, Social learning theory. Englewood Cliffs-New York: Prentice Hall; trad

⁽¹⁴⁾ L'obiettivo delle strategie di empowerment di rete è quello di promuovere sinergie positive tra tutte le organizzazioni presenti in un territorio in modo tale da far fronte insieme ad una tematica di comune interesse.

⁽¹⁵⁾ La valutazione partecipata valorizza la dimensione processuale, l'interazione sociale ed il livello cognitivo ed emotivo; diventa così un insieme di decisioni e di soluzione di problemi, frutto di processi di negoziazione delle parti e fra gli attori sociali coinvolti, i quali direzionano il corso stesso della progettazione.

- it Ericson Trento.
4. Barbarenalli C., Regalia C., Pastorelli C., 1998, Fattori protettivi dal rischio psicosociale in adolescenza. In *Abilità prosociali e prevenzione del rischio*, 60, 93-99.
 5. Bonino S., 1998a, Il rischio nell'adolescenza: identità in fumo. *Psicologia Contemporanea*, 149, 18-25.
 6. Bonino S., 1998b. Il rischio nell'adolescenza: bacco in t-shirt. *Psicologia Contemporanea*, 150, 18-25.
 7. Bonino S., 1999, Il rischio nell'adolescenza: l'erba leggera. *Psicologia Contemporanea*, 151, 40-48.
 8. Bonino S., Cattelino E., 1998, I comportamenti a rischio per la salute ed a rischio psicosociale in adolescenza. Assunzione di alcolici. Regione Piemonte. Assessorato Sanità.
 9. Borca G., Ciairano S., Bonino S., 2001, I comportamenti a rischio in adolescenza. Prospettive teoriche e ricerche. In Orlandini D., Nardelli R., Potente R. (a cura di). *Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti*, Regione Veneto, Mirano-Venezia, Graph Photo.
 10. Botvin G.J., Dusenbury L., 1987. Life skills training: a psycho-educational approach to substance abuse prevention In C.A. Maher e J.E. Zins (a cura di), *Psycho-educational interventions in schools: methods and procedures for enhancing student competence*. New York pergamon Press, 46-65.
 11. Calafat A. et al. 1998, Characteristics and Social Representations of Ecstasy in Europe, www.irefrea.org
 12. Calafat A. et al., 1999, Night Life in Europe and Recreative Drugs Use, www.irefrea.org
 13. Calafat A. et., 2001, Risk and control in Recreational Drug Culture, www.irefrea.org
 14. Calafat A. et al. 2004, Cultural mediators in a hegemonic nightlife. Opportunities for drug prevention, www.irefrea.org
 15. Colecchia, N., 1995, Adolescenti e prevenzione. Disagio, marginalità e devianza. Il Pensiero Scientifico, Roma
 16. CSAP-SAMHSA, 1997, Reducing tobacco use among Youth: Community Based Approaches. A guideline for Prevention Practitioners. www.ncadi.samhsa.gov/
 17. CSAP, 2001a). Principles of substance abuse prevention. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. www.samsha.gov/csap
 18. CSAP, 2001b, Promising and proven substance abuse prevention programs, Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. www.samsha.gov/csap
 19. CSAP, 2001c, Science-based substance abuse prevention: a guide. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, www.samsha.gov/csap
 20. CSAP, 2002, National Cross-site Evaluation of High-risk Youth Programs, Overview, Monograph No 1, 2, 3, 4, <http://www.health.org/govpubs/fo36/>.
 21. EMCDDA, 2002, Focus sulle droghe. Prevenzione in materia di droghe nelle scuole dell'UE, www.emcdda.eu.int
 22. EMCDDA, 2002, Focus sulle droghe. Il consumo di stupefacenti ad uso ricreativo: una sfida chiave per l'UE, www.emcdda.eu.int
 23. EMCDDA, 2002, EDDRA analysis – Party Settimo projects, <http://emcdda.eu.int:8008/eddra/>
 24. EMCDDA, 2002, Focus sulle droghe. Il consumo di stupefacenti ad uso ricreativo: una sfida chiave per l'UE, www.emcdda.eu.int
 25. EMCDDA, 2003, Focus sulle droghe. Utilizzo di droghe tra i giovani a rischio, www.emcdda.eu.int

26. EMCDDA, 2003, Evaluation indicators for prevention in recreational settings, www.emcdda.eu.int
27. EMCDDA, 2004, Report on selective prevention in the European Union and Norway, www.emcdda.eu.int
28. EMCDDA, 2005, Relazione annuale 2004 dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, www.emcdda.eu.int
29. Faggiano et al., Il progetto di prevenzione EU-DAP, OED Regione Piemonte, 2006, <http://www.eudap.net/>
30. Jessor R., Jessor S.L., 1977, Problem behavior and psychosocial development-A longitudinal study of youth. Academic Press, New York.
31. Kandel D.B., 1980, Drug and drinking behavior among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 235-285.
32. Kroger C, Winter H, Shaw R, 1997, Guidelines for evaluation of drug prevention, www.emcdda.eu.int
33. Kumpfer K. L., Alvarado R., 1995, Strengthening families to prevent drug use in multiethnic youth. In G. Botvin, S. Schinke, M. Orlandi (Eds.), *Drug abuse prevention with multiethnic youth*, 255-294. Thousand Oaks, CA: Sage.
34. Kumpfer K. L., Molgaard V., Spoth, R., 1996. The Strengthening Families Program for the prevention of delinquency and drug use. In R. Peters & R. McMahon (Eds.), *Preventing childhood problems, substance abuse, and delinquency*, 241-267. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
35. Kumpfer K. L., Williams M. K., Baxley G., 1997. *Selective prevention for children of substance-abusing parents: The Strengthening Families Program*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
36. Maslow A., 1968, *Toward a psychology of being*. New Jersey: Van Nostrand Princeton.
37. Mendes F., Relvas A. P., Olaio A., Rovira M., Broyer G., Pietralunga S., Borhn K., Recio J. L., 2001. Family: the challenge of prevention of drug use, www.irefrea.org
38. Moncada S., 1997, Factores des riesgo y de protecciòn en el consumo de drogas. In *Plan Nacional sobre Drogas, Prevenciòn de las drogodependencias. Analisis y propuestas de actuacion*, 85-101, Madrid
39. NIDA, 2003, *Prevention Principles for Children and Adolescents*. www.drugabuse.gov/NIDAHome.html
40. NIDA, 2001, Risk and protective factors in drug abuse prevention. Second National Conference on Drug Abuse Prevention, Washington, 9-10 agosto. www.drugabuse.gov/NIDAHome.html
41. NIDA, 2004, Lesson from prevention research, www.drugabuse.gov/NIDAHome.html
42. Orlandini D., Nardelli R, Bottignolo E., 2002, Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione, Regione Veneto, Venezia, <http://serviziweb.ulss12.ve.it/html/download.html>
43. Orlandini D., Nardelli R, Bottignolo E., 2004, Prevenzione delle dipendenze in ambito scolastico. Dagli aspetti teorici agli aspetti tecnico-operativi, vol 1, <http://serviziweb.ulss12.ve.it/html/download.html>
44. Orlandini D., Nardelli R., Marchiori L., 2006, Prevenzione delle dipendenze in ambito scolastico. Il modello operativo DACaR, vol 2, <http://serviziweb.ulss12.ve.it/html/download.html>
45. Orlandini D., Cavallin, V., 2006, Night & Day a Terrazzamare. Sicurezza stradale, alcol e luoghi del divertimento, <http://serviziweb.ulss12.ve.it/html/download.html>

46. Polmonari A., 1993, *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino. Bologna
47. Ravenna M., 1993, *Adolescenti e droga*. Il Mulino. Bologna
48. Ravenna M., 1997°, *Uso di sostanze psico-attive nel tempo libero: indagine su ambienti giovanili nella provincia di Ravenna*. STEAR. Ravenna
49. Ravenna M., 1997b, *Psicologia delle tossicodipendenze*. Il Mulino. Bologna
50. Ravenna M., 2001, *Adolescenza e sostanze psicoattive: prospettive teoriche e di ricerca*. In Orlandini D., Nardelli R., Potente R. (a cura di). *Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti*. Regione Veneto, Mirano-Venezia, Graph Photo.
51. *Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2004*, www.politicheantidroga.it
52. Rogers C., 1961, *On becoming a person*. Houghton-Mifflin. Boston
53. SAMSHA, 1999, *Preventing Problems Related to Alcohol Availability: Environmental Approaches*, www.samhsa.gov/
54. Sameroff A. et al., 1993, *Contextual risk and resiliency during late adolescent*, *Development and Psychopathology*, 5, 741-761
55. Savadori L., Rumiati R., 2001, *Aspetti cognitivi e psico-sociali della percezione del rischio. Percezione del rischio, adolescenti e uso di sostanze*, in D.Orlandini, R.Nardelli, R.Potente, *Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti*, cap.4, Regione Veneto, Venezia.
56. Shapiro H., 1999, *Dances with drugs: pop music, drugs and youth culture in Drugs: cultures, controls and everyday life*, Ed. South London, Sage.
57. Smart R., Fejer D., 1974, *Drug education: currents issues, future direction*. Addiction Research Foundation of Ontario. Toronto
58. Sowden A, Arblaster L., 2002, *Community interventions for preventing smoking in young people (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, Issue 3
59. Stock W., Ruiz M., 1977, *Drug abuse bridging the multidimensional ignorance gap*. *Drug Forum*, 4, 335-344.
60. Tobler N., 1986, *Meta-Analysis of 143 adolescent drug prevention programs: qualitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group*. *The Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
61. Tobler N., 1993, *Meta-Analysis of adolescent drug prevention programs: results of the 1993 meta-analysis*. NIDA. http://165.112.78.61/pdf/monographs/monograph170/005-068_Tobler.pdf
62. Tobler N.S., Stratton H.H., 1997, *Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research*. *Journal of primary prevention*, 18(1), 71-128.
63. U.S. Department of Health and Human Services, 2000, *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health*. Public Health Service. National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
64. Van der Stel J., Voordewind D., 1998, *Handbook prevention. Alcohol, drugs and tobacco*. Pompidou Group, Council of Europe & Jellinek Consultancy, Strasburgo, trad it *Manuale italiano di prevenzione: alcol, droghe e tabacco*, Franco Angeli, Milano.
65. Winter K., Botzet A., Anderson N., 2002, *Youth drug abuse and psychosocial risk and protective factors*. *Prevention perspectives*, vol 1, www.mentorfoundation.org