

La “scienza della prevenzione” dell’uso di sostanze

Gabriele Lo Iacono

Publicato in versione ridotta su “Nuove tendenze della psicologia”, settembre 2003, n. 2.

Abstract

Molto recentemente i ministri della Sanità dell’Unione Europea hanno deciso di avviare un piano d’azione coordinato per prevenire mediante metodologie scientifiche il consumo di sigarette e alcolici. Questo articolo ha un duplice scopo: indicare una fonte ricca, attendibile e accessibile di metodologie e contenuti per le azioni di prevenzione dell’uso di sostanze ad ogni livello; fornire una struttura concettuale per inquadrare le principali problematiche da affrontare in sede di pianificazione, realizzazione e valutazione delle attività di prevenzione dell’uso di sostanze. La metodologia proposta dal Center for Substance Abuse Prevention fornisce coordinate utili per la rilevazione dei bisogni di prevenzione; l’analisi delle risorse necessarie e di quelle disponibili per un’azione di prevenzione efficace; la scelta del target e degli obiettivi dell’intervento; la creazione di sinergie per il buon esito degli interventi; la scelta, la progettazione e la realizzazione di azioni efficaci; il loro monitoraggio; la valutazione degli esiti e la riflessione su di essi.

Il 5 settembre 2003, al termine della prima giornata di confronto fra i ministri della Sanità dell’Unione Europea, il ministro Girolamo Sirchia spiega che “Tutti i Paesi dell’Unione europea avevano capito da anni che bisognava intervenire per modificare gli stili di vita, ma solo adesso abbiamo deciso che occorre passare dalle petizioni di principio ai fatti. [...] Abbiamo deciso di inserire un piano d’azione nel programma di salute pubblica 2003-2008 già approvato dal Consiglio d’Europa. Un piano che dovrà indicare quali campagne intraprendere assieme per riequilibrare gli stili di vita. Inoltre, ci siamo convinti che le campagne di comunicazione fatte fino ad ora non influiscono sul comportamento delle persone, rimangono un rumore di fondo. Quindi abbiamo deciso che non bastano le campagne di persuasione. È indispensabile raggiungere tutte le tipologie di target, attraverso metodologie scientifiche che esistono, accompagnate da direttive europee” (Repubblica, 6 settembre 2003, p. 11).

La prevenzione dell’uso di sostanze, e dei conseguenti problemi di carattere individuale e sociale, è ormai da molti anni uno degli obiettivi delle politiche sanitarie e di sicurezza italiane, europee e internazionali. I servizi sanitari e la scuola sono due dei protagonisti impegnati in questa lotta e, nel corso degli anni, in Italia, hanno basato le loro azioni di prevenzione su vari modelli concettuali di riferimento, non sempre esplicitati, non sempre coerenti, non sempre scientificamente fondati e spesso fortemente ideologizzati (vedi per es., A.A.V.V., 2000; Fazzi e Scaglia, 2002). In assenza di una valutazione metodologicamente corretta degli esiti, l’utilità di questi interventi resta sconosciuta. In mancanza di procedure di intervento sufficientemente codificate, il coordinamento delle esperienze, il dialogo, il confronto e la crescita delle

persone a vario titolo impegnate nel settore restano piuttosto difficili. Senza tutto ciò la pratica della prevenzione rischia di restare sempre all'anno zero.

Questo articolo ha lo scopo di:

- indicare una fonte ricca, attendibile e accessibile¹ di metodologie e contenuti per le azioni di prevenzione dell'uso di sostanze ad ogni livello, e presentarne le attività e i principali risultati raggiunti;
- fornire una struttura concettuale per inquadrare le principali problematiche da affrontare in sede di pianificazione, realizzazione e valutazione delle attività di prevenzione dell'uso di sostanze.

L'attività del Center for Substance Abuse Prevention e la “prevenzione basata sulla scienza”

Su richiesta del gruppo di lavoro sulla prevenzione del Gruppo Pompidou, che opera all'interno del Consiglio d'Europa, l'Istituto Jellinek di Amsterdam ha preparato nel 1998 un manuale di prevenzione del consumo di alcol, tabacco e droghe, con l'ambizione di fornire indicazioni teoriche, metodologiche e pratiche attuali agli stati membri del Consiglio d'Europa. Nelle prime pagine di questo manuale, pubblicato in Italia nel 2001 (van der Stel e Voordewind, 2001), si legge:

Le lacune di questo manuale riflettono la situazione attuale nel campo della prevenzione. La letteratura infatti non ci mostra un'immagine particolarmente brillante per ciò che riguarda la prevenzione dell'uso di alcol, droghe e tabacco. Questo è dovuto da una parte alla difficoltà del tipo di argomento e dall'altra a una pratica di prevenzione che a tutt'oggi resta poco strutturata dal punto di vista della ricerca e mal utilizzata. [...] parecchie teorie e interventi contraddittori sono in lizza per guadagnare riconoscimento e priorità. Ma nessuno di questi può reclamare un'efficacia sufficientemente stabilita su base scientifica. (p. 20)

Le attività del CSAP sembrano rispondere adeguatamente a questo bisogno di una metodologia di lavoro chiara, sistematica e scientificamente fondata nella prevenzione delle dipendenze.

Il CSAP

Il CSAP è un organismo della Substance Abuse and Mental Health Services Administration/SAMHSA. La SAMHSA è un'agenzia federale del Department of Health & Human Services degli Stati Uniti incaricata di *migliorare l'accessibilità e la qua-*

¹ La maggior parte dei materiali citati può esser reperita su Internet semplicemente digitandone il titolo in un motore di ricerca. Purtroppo però si tratta regolarmente di materiali in lingua inglese.

lità dei servizi di prevenzione, trattamento e riabilitazione finalizzati alla riduzione delle malattie, della mortalità, della disabilità e dei costi sociali derivanti dall'abuso di sostanze e dalla malattia mentale. Essa si compone di tre centri che condividono la mission dell'agenzia:

1. il Center for Mental Health Services/CMHS, a capo delle iniziative destinate ad accelerare l'applicazione dei trattamenti di salute mentale;
2. il Center for Substance Abuse Treatment/CSAT, che si occupa di migliorare i servizi terapeutici e renderli maggiormente disponibili a chi ne ha bisogno;
3. il Center for Substance Abuse Prevention/CSAP, che controlla le iniziative federali di prevenzione dell'abuso di sostanze fra i cittadini statunitensi.

Più in particolare il CSAP ha la funzione di *promuovere, accumulare, integrare e divulgare conoscenze sulle pratiche scientificamente difendibili ed efficaci di prevenzione dell'uso e dell'abuso di sostanze.*

Sin dalla sua nascita, nel 1986, il CSAP ha svolto un ruolo cruciale nello sviluppo delle teorie, dei programmi e della ricerca nell'ambito della prevenzione dell'abuso di sostanze. Una componente importante della mission della CSAP consiste nel produrre conoscenze riguardo agli effetti e all'efficacia delle iniziative di prevenzione. Buona parte di tali conoscenze sono state sviluppate negli ultimi undici anni mediante la raccolta, l'analisi e la divulgazione dei dati provenienti dalla moltitudine di programmi di dimostrazione sovvenzionati dal CSAP. Una delle prime iniziative programmatiche di questo tipo genere fu l'High Risk Youth/HRY Demonstration Grant Program, che assegnò sovvenzioni a organizzazioni della comunità, università e agenzie locali. Con questi programmi si è cercato di aiutare i genitori, i loro figli e la comunità nell'insieme fornendo le abilità, le conoscenze e il sostegno necessari per resistere al consumo di sostanze o cessarne l'uso. Alcune iniziative speciali hanno preso di mira la prevenzione dei comportamenti violenti, la prevenzione dell'HIV/AIDS, i bisogni delle ragazze adolescenti e alcuni gruppi etnici/culturali specifici. Negli ultimi undici anni il CSAP ha accumulato diverse informazioni sul processo e gli esiti di questi programmi e si è adoperato per formalizzare, sintetizzare e trarre insegnamenti, sulla base di prove scientifiche solide, riguardo alla capacità dei programmi di intervento di ridurre l'uso di sostanze nelle popolazioni bersaglio. Le informazioni tratte dalle ricerche sovvenzionate sono state organizzate in una banca dati (la High Risk Populations Data Bank) (CSAP, 2001a).

Nell'ambito della sua opera divulgativa, il CSAP ha pubblicato vari documenti in cui vengono esposte le premesse concettuali e la metodologia per la progettazione, l'attuazione e la valutazione dei programmi di prevenzione dell'abuso di sostanze. I risultati di oltre dieci anni di ricerche finanziate dal CSAP e di altri studi di progettazione e valutazione di interventi possono essere considerati le fondamenta per un approccio nuovo e scientificamente fondato alla prevenzione dell'abuso di sostanze. Negli ultimi dieci anni i programmi di dimostrazione del CSAP hanno rispecchiato i progressi nella conoscenza delle azioni efficaci nella prevenzione dell'uso di sostanze. Infatti, inizialmente, venivano realizzati e testati metodi di prevenzione basati sulle osservazioni di operatori impegnati nel lavoro sul campo; per esempio, la con-

statazione del fatto che la maggior parte della gente conosce poco gli effetti nocivi dell'alcol e delle droghe portò allo sviluppo di campagne di informazione pubblica e di programmi per la scuola mirati a sgombrare il campo dai miti e favorire una conoscenza oggettiva. Poi vennero proposti interventi innovativi più sofisticati, e basati su teorie derivate dalla ricerca in campi affini (per es., la teoria dell'apprendimento sociale di Albert Bandura – vedi Bandura, 2000; Lo Iacono, 2002; Lo Iacono e Albero, 2002), in cui non ci si limitava più a favorire una corretta conoscenza delle nozioni rilevanti. Più recentemente si è incominciato a conoscere l'esito delle valutazioni di programmi preventivi specifici che hanno fornito dati empirici sulle strategie risultate efficaci nel modificare conoscenze, atteggiamenti e comportamenti. Queste scoperte, molte delle quali derivate proprio dai programmi di dimostrazione finanziati dal CSAP, hanno gettato le basi per la metodologia propugnata dal CSAP.

La prevenzione scientificamente fondata secondo il CSAP

La ricerca scientifica ha evidenziato una serie di fattori di rischio e di protezione connessi all'uso e all'abuso di sostanze (vedi sotto). Ovviamente l'elenco di questi fattori è in continuo aggiornamento. Le azioni di prevenzione, secondo il CSAP, devono essere mirate a rimuovere i fattori di rischio e/o a promuovere i fattori di protezione nella popolazione destinataria dell'intervento; pertanto, ogni progetto di prevenzione deve *specificare gli obiettivi dell'azione preventiva indicando i fattori di rischio e/o di protezione scelti come bersaglio*.

Naturalmente non si conoscono a priori i fattori di rischio presenti nella popolazione su cui si vuole intervenire; questi devono essere scoperti con opportune operazioni di misurazione. Il CSAP, fra le altre cose, fornisce indicazioni sugli strumenti di misura adatti per la misurazione dei fattori di rischio e dei fattori di protezione – e invero ha predisposto delle linee guida scritte e un sistema di supporto decisionale (il Prevention Decision Support System – consultabile online) per assistere i politici, i funzionari e i tecnici in tutte le fasi di progettazione e valutazione di programmi preventivi. Inoltre ha avviato un'attività di “mappatura” dei bisogni di prevenzione in diverse regioni degli Stati Uniti.

Una volta scelti gli obiettivi, occorre scegliere l'intervento. A questo scopo, il CSAP – così come altre organizzazioni statunitensi, canadesi (vedi Roberts et al., 2001) ed europee (vedi van der Stel e Voordewind, 2001) – consiglia di non progettare un intervento senza documentarsi sui *programmi efficaci* (vedi per es. CSAP, 2001a; Roberts et al., 2001) e sui *principi della prevenzione efficace* (vedi per es., Gardner, Brounstein e Stone, 2001; NIDA, 1997; Roberts et al., 2001). La valutazione scientifica degli esiti degli interventi di prevenzione già attuati in passato permette infatti da un lato di identificare i programmi efficaci e dall'altro di riflettere sulle caratteristiche a cui può essere ragionevolmente attribuita questa efficacia. Il CSAP (vedi per es., CSAP, 2001a) classifica i programmi di prevenzione mediante una valutazione:

- ❖ del rigore metodologico nella pianificazione e nella realizzazione dell'intervento (si selezionano così i “science based programs”);

- ❖ della dimostrazione di efficacia (si ottiene così una classificazione dei programmi “science based” in programmi “sotto esame”, “promettenti” ed “efficaci”);
- ❖ del possesso di requisiti necessari per la diffusione del programma (assegnazione della qualifica di programma “modello” ad alcuni programmi risultati efficaci)².

Inoltre, il CSAP ha creato recentemente un Registro nazionale dei programmi di prevenzione efficaci (National Registry of Effective Prevention Programs/NREPP www.samhsa.gov/csap/modelprograms/) che ha la funzione di raccogliere, esaminare e diffondere i programmi di prevenzione efficaci. Il NREPP individua i programmi candidati all’iscrizione nel registro monitorando le azioni di prevenzione attuate nella comunità e svolgendo ricerche nella letteratura scientifica. L’esame dei programmi è affidato a squadre di esperti che li analizzano e valutano alla luce di criteri specifici (vedi per es., CSAP, 2001a). L’identificazione dei programmi efficaci e dei principi della prevenzione efficace avvengono secondo metodi rigorosi e trasparenti basati su criteri logici, empirici e di consenso fra esperti.

Fra le altre cose il CSAP ha avviato un’attività di ricerca che dovrà servire a guidare la trasposizione di interventi efficaci ad altri contesti: infatti, se un programma di prevenzione si è dimostrato efficace in un certo contesto (per es., una scuola media di una zona rurale di uno stato americano) e a certe condizioni (per es., somministrazione di 10 sessioni settimanali da un’ora da parte di insegnanti appositamente formati che seguono un programma strutturato scritto), non è detto che sarà altrettanto efficace se verrà applicato in un altro contesto (per es., scuola superiore di una città italiana) e in condizioni diverse (per es., somministrazione di cinque sessioni mensili da due ore ognuna somministrate da uno psicologo non addestrato all’applicazione del programma); secondo il CSAP la ricerca empirica deve stabilire quali sono i vincoli di fedeltà e i margini di adattabilità del programma originale (Backer, 2001 – vedi sotto).

Fattori di rischio, fattori di protezione e “resilienza”

Come si è detto, la ricerca nel campo dell’uso e dell’abuso di sostanze si è concentrata su due ambiti collegati fra loro: quello dei fattori di rischio e quello dei fattori di protezione. Entrambi riguardano atteggiamenti, comportamenti, convinzioni e azioni, ma sono diversi: i fattori di rischio aumentano la *vulnerabilità* dell’individuo, del gruppo o della comunità all’abuso di sostanze; i fattori protettivi sviluppano una *resilienza* negli stessi individui, gruppi e comunità, e aumentano la probabilità che essi riescano a opporsi all’abuso di sostanze e ai suoi effetti.

Il concetto di *resilienza* incarna un cambiamento di prospettiva: il passaggio da un approccio alla prevenzione che mira alla rimozione dei fattori di rischio, a un approccio rivolto alla promozione dei fattori di protezione. Nell’ambito dello sviluppo

² Anche altre organizzazioni federali compiono valutazioni simili.

infantile e della prevenzione il termine è stato utilizzato negli studi longitudinali di Garmezy and Streitman (1974), Emmy Werner (1986), Michael Rutter (1979) e altri autori che hanno esaminato le qualità evolutive di bambini e giovani usciti indenni da condizioni difficili (fattori di rischio) come l'indigenza, genitori con abuso di sostanze e famiglie disfunzionali. Garmezy ha definito la resilienza (Hazelden, 1996) come *assenza di esiti devianti nonostante l'esposizione al rischio*. Wolin e Wolin (1995) l'hanno definita *adattamento riuscito nonostante il rischio e l'avversità*. Secondo una recente rassegna della letteratura (Hazelden, 1996), i fattori che contribuiscono alla resilienza nei giovani sono:

- Una relazione forte con un genitore o una figura di attaccamento che abbia fornito precocemente e costantemente un ambiente attento ai loro bisogni (nurturing environment);
- un senso di successo e di competenza personale (mastery) tali che i giovani abbiano qualcosa in cui riescono bene e possano nutrire una buona stima di loro stessi;
- forti risorse interiori ed esterne come una buona salute fisica, una buona autostima, senso dell'umorismo e una rete di sostegno che comprenda la scuola, la famiglia e la comunità;
- abilità sociali, fra cui buone abilità di comunicazione e negoziazione, buone capacità decisionali e capacità di rifiutare di partecipare ad attività potenzialmente pericolose;
- abilità di soluzione di problemi;
- la speranza di poter vincere la sorte con la perseveranza e il duro lavoro;
- il fatto di avere già superato positivamente altre situazioni stressanti.

La ricerca scientifica ha accertato che fattori di entrambe le categorie – di rischio e di protezione - svolgono un ruolo critico nella prevenzione dell'abuso di sostanze e meritano uno studio approfondito, ma né gli uni né gli altri presi da soli sono sufficienti a spiegare i fenomeni di consumo e abuso di sostanze. I fattori delle due categorie sono strettamente interconnessi e interagiscono fra loro.

I programmi di prevenzione devono basarsi sulle conoscenze derivanti da entrambi i settori di studio. Inoltre la ricerca ha rivelato che questa rete interattiva di fattori di rischio e di protezione si estende a tutte le aree della vita. Un modello teorico ha indicato sette ambiti della vita, ognuno dei quali ha i suoi fattori di rischio e di protezione: l'individuo, i pari, la famiglia, la scuola, la comunità³, il posto di lavoro e la società (vedi tabella 1).

Tabella 1. *Una sintesi dei fattori di rischio e dei fattori di protezione rispetto all'uso e all'abuso di sostanze*. Fonte: Center for Substance Abuse Prevention, 2001b

Ambito	Fattori di rischio	Fattori protettivi
---------------	---------------------------	---------------------------

³ Per "comunità" il CSAP intende il luogo geografico specifico in cui la persona risiede e le condizioni di quella zona particolare.

Personale	<ul style="list-style-type: none"> - Inclinatione alla ribellione - Amici con il comportamento problema - Atteggiamenti favorevoli al comportamento problema - Inizio precoce del comportamento problema - Relazioni negative con gli adulti - Propensione al rischio/impulsività 	<ul style="list-style-type: none"> - Opportunità di coinvolgimento prosociale - Ricompense/riconoscimento per il coinvolgimento prosociale - Convinzioni funzionali alla salute e norme di comportamento chiare - Percezione di sé positiva - Atteggiamenti negativi verso le droghe - Relazioni positive con gli adulti
Coetanei	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporti con coetanei delinquenti che usano o apprezzano sostanze pericolose - Relazioni con coetanei che rifiutano le attività e le occupazioni della corrente principale - Vulnerabilità alla pressione negativa dei coetanei - Facile influenzabilità dai coetanei 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapporti con coetanei impegnati in attività scolastiche, ricreative, di servizio, religiose o comunque organizzate - Resistenza alla pressione dei pari, specialmente negativa - Non facilmente influenzabile dai compagni
Famiglia	<ul style="list-style-type: none"> - Storia familiare di comportamenti ad alto rischio - Problemi di gestione familiare - Conflitti familiari - Atteggiamenti favorevoli e coinvolgimento genitoriale nel comportamento problema 	<ul style="list-style-type: none"> - Legame (attaccamenti positivi) - Convinzioni funzionali alla salute e norme di comportamento chiare - Aspettative genitoriali elevate - Senso fondamentale di fiducia [basic trust] - Dinamiche familiari positive
Scuola	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamento antisociale precoce e persistente - Insuccesso scolastico a partire dalle scuole elementari - Basso impegno scolastico 	<ul style="list-style-type: none"> - Opportunità di coinvolgimento prosociale - Ricompense/riconoscimenti per il coinvolgimento prosociale - Convinzioni funzionali alla salute e norme di comportamento chiare - Attenzioni e sostegno da parte degli insegnanti e del personale

Comunità	<ul style="list-style-type: none"> – Disponibilità di droghe – Leggi e norme della comunità favorevoli all'uso di droghe – Deprivazione economica e sociale estreme – Cambiamenti e mobilità – Scarso attaccamento con il vicinato e disorganizzazione della comunità 	<ul style="list-style-type: none"> – Clima di insegnamento positivo – Opportunità di partecipazione come membri attivi della comunità – Scarsa accessibilità delle droghe – Norme culturali che stabiliscono aspettative elevate per i giovani – Reti e sistemi di sostegno sociali all'interno della comunità
Società	<ul style="list-style-type: none"> – Povertà – Disoccupazione e sottoccupazione – Discriminazione – Messaggi mediatici favorevoli all'uso di sostanze 	<ul style="list-style-type: none"> – Fruizione consapevole dei media (resistenza ai messaggi favorevoli all'uso) – Accessibilità ridotta – Aumento dei prezzi attraverso la tassazione – Aumento dei limiti di età e controllo del loro rispetto – Leggi più severe sulla guida in stato di ebbrezza

Secondo i ricercatori, *i programmi di prevenzione possono ottenere esiti positivi in uno o più ambiti*. Quando si raggiungono questi tali risultati, l'abuso di sostanze risulta *ritardato, ridotto o prevenuto del tutto* (vedi per es., Brounstein e Zweig 2002).

Sapendo questo, i programmi preventivi di oggi *prendono come bersaglio più di un ambito* per massimizzare gli esiti positivi e aumentare i benefici. I ricercatori raccomandano anche di usare interventi multipli, che, se sono scientificamente fondati, spesso possono incrementare gli esiti positivi. I programmi di prevenzione scientificamente fondati possono trarre vantaggio da acquisizioni come queste.

Lo sviluppo della teoria della resilienza negli ultimi 25 anni è un chiaro esempio dell'utilità dei programmi di prevenzione scientificamente fondati. I ricercatori hanno sviluppato, e poi messo alla prova, l'idea che gli individui "resilienti" – dotati di una serie specifica di caratteristiche apprese – siano più capaci di evitare vari comportamenti distruttivi, fra cui, accanto alle gravidanze premature, all'abbandono scolastico, al suicidio nell'adolescenza e al crimine violento, l'abuso di sostanze. I ricercatori hanno notato che questa resilienza protegge l'individuo anche quando è circondato da fattori di rischio come l'indigenza, genitori che abusano di sostanze o una famiglia disfunzionale. In venticinque anni di ricerche nell'ambito della teoria della resilienza sono state identificate le caratteristiche delle persone resilienti, si è constatato che si tratta di comportamenti appresi e sono stati messi a punto, applicati

e valutati alcuni programmi di prevenzione che insegnano tali comportamenti alle persone esposte ai fattori di rischio in uno o più ambiti della loro vita.

Livelli di prevenzione

Accanto al modello delle relazioni fra le varie categorie di fattori di rischio e di protezione e i comportamenti disfunzionali che ne derivano (detto “rete di influenza”), il secondo elemento dello schema concettuale e organizzativo utilizzato dal CSAP per identificare i gruppi a rischio e stabilire gli obiettivi è la classificazione dei livelli di prevenzione, che segue i criteri dell’Institute of Medicine/IOM. Il sistema di classificazione dei programmi di prevenzione dell’IOM è utile per comprendere i diversi obiettivi dei vari interventi possibili e per scegliere quelli che meglio si adattano ai bisogni di una popolazione bersaglio.

Il sistema dell’IOM classifica gli interventi di prevenzione in base alla popolazione interessata:

- gli interventi *universali* – per esempio le campagne mediatiche o i programmi scolastici di promozione della salute – prendono a bersaglio gruppi di popolazione generale, senza riferimenti a gruppi particolarmente a rischio. In altre parole, da una iniziativa di prevenzione universale traggono vantaggio tutti i membri di una comunità e non soltanto persone o gruppi specifici.
- Gli interventi *selettivi* – come potrebbe essere, per esempio, un programma di mentoring rivolto ai bambini con difficoltà scolastiche o problemi di comportamento - sono rivolti alle persone che hanno un rischio di uso o abuso di sostanze superiore alla media. Le persone bersaglio vengono identificate in base al tipo e al numero di fattori di rischio per l’uso di sostanze a cui risulterebbero esposte.
- Gli interventi *indicati* sono rivolti alle persone che mostrano già segni di uso o abuso di sostanze e mirano a prevenire lo sviluppo di un uso regolare o massiccio o a prevenire altri problemi derivanti dall’uso. Interventi di questo tipo sono, per esempio, i programmi di rafforzamento delle abilità genitoriali rivolti ai genitori con abuso di sostanze.

La scelta degli obiettivi

La progettazione di un’azione di prevenzione delle dipendenze da sostanze nei giovani comporta alcune scelte di fondo.

Il livello di prevenzione (universale, selettiva o indicata). Occorre scegliere se coinvolgere una popolazione di persone nella sua totalità/concentrarsi sui soggetti maggiormente a rischio/concentrarsi su persone che già hanno fatto uso o usano certe sostanze, allo scopo prevenire rischi maggiori. Se non conosciamo la popolazione locale abbastanza da poter identificare attendibilmente alcuni gruppi di persone come gruppi a rischio, e quindi mancano le premesse scientifiche per un’attività di preven-

zione selettiva, conviene forse scegliere il livello della prevenzione universale. Va inoltre considerato che dalla letteratura scientifica emergono indicazioni dell'esistenza di rischi di stigmatizzazione connessi agli interventi mirati (per es., Roberts et al., 2001).

La sostanza bersaglio. Per utilizzare in modo ottimale le risorse disponibili occorrerebbe chiedersi quali forme di dipendenza da sostanze costituiscono il rischio maggiore nel territorio su cui si intende agire (per es., tabagismo, cannabismo, alcolismo, ecc.). Il giudizio di rischiosità potrà dipendere da una serie di valutazioni, cioè da quale peso si darà:

- alla frequenza relativa di uso delle diverse sostanze (considerando le informazioni epidemiologiche relative alla prevalenza e all'incidenza – vedi sotto);
- alla gravità dei rischi sanitari corsi dai consumatori;
- alla gravità dei rischi sociali corsi dai consumatori delle diverse sostanze;
- alla definizione di legalità/illegalità delle varie sostanze da dipendenza;
- alla percezione sociale della pericolosità delle diverse tipologie di consumatore;
- alla previsione di costi economici a carico della collettività per riparare ai danni sanitari, per la lotta alla criminalità connessa alla droga e via dicendo.

In definitiva la scelta della tipologia di intervento dipende in gran parte da priorità di politica sociale e sanitaria. Secondo vari esperti (per es., van der Stel e Voordewind, 2001) la prevenzione dell'uso di sostanze dovrebbe cominciare dall'alcol e dalle sigarette; infatti da un lato i fattori psicosociali correlati all'uso di tabacco, alcolici e droghe sono in parte gli stessi, dall'altro spesso è stata osservata una progressione nell'utilizzo di sostanze: dagli alcolici si passa al consumo di superalcolici e di tabacco, per passare poi alla marijuana e da qui ad altri tipi di droghe (Kandel, 1980).

I destinatari degli interventi. Poiché l'uso di alcol, sigarette e droghe iniziano spesso nell'infanzia e nell'adolescenza, un bersaglio privilegiato dei progetti di prevenzione sono i giovani. D'altra parte la ricerca sui fattori di rischio e di protezione e gli studi di valutazione dei programmi di prevenzione attuati in passato, specialmente negli Stati Uniti, indicano che un'azione preventiva efficace deve prendere come bersaglio non soltanto l'individuo, ma anche la sua famiglia, il gruppo dei pari, l'ambiente scolastico/lavorativo, la comunità di appartenenza e il contesto sociale più ampio. Hanno maggiori probabilità di efficacia i progetti di prevenzione che, attraverso lo sforzo coordinato e congiunto del maggior numero possibile di protagonisti, agiscono sui diversi livelli di variabili correlate alla vulnerabilità o alla resilienza rispetto al consumo di sostanze. Pertanto occorrerebbe *cercare la partnership più ampia possibile per attivare interventi a livello di giovani, famiglie, insegnanti, operatori a contatto con i giovani (specialmente quelli impegnati nella lotta alle dipendenze) nonché i luoghi e le occasioni di partecipazione attiva della cittadinanza.* Ritengo che la scuola, in particolare la scuola dell'obbligo, sia il luogo in cui è più facile

contattare direttamente il maggior numero di giovani (con una buona rappresentatività delle diverse caratteristiche socioeconomiche, di salute, background familiare, caratteristiche psicologiche della popolazione di una comunità) in un contesto attrezzato meglio di qualunque altro, se non altro per scopo istituzionale, strutture fisiche, presenza di personale preparato e tradizionale esistenza di rapporti comunicativi e collaborativi con la famiglia, il mondo del lavoro e i servizi sociali e sanitari, per la realizzazione di interventi psicoeducativi di promozione della salute e prevenzione di condizioni di carenza di salute.

Premesso che, a mio avviso, non è possibile evitare che una persona decida di provare o continuare a usare sostanze, ritengo che vari fattori di ordine sociale, psicologico e (forse) biologico possano limitare la libertà di non usare tali sostanze.

Scopo generale di un intervento di prevenzione dell'uso, dell'abuso e della dipendenza da sostanze è allora *promuovere la libertà di astenersi dall'uso*, cercando di rimuovere i fattori che la ostacolano e di sviluppare quelli che la favoriscono.

Gli *obiettivi generali* dell'intervento potranno allora essere:

1. fornire ai ragazzi gli strumenti necessari per *scegliere con consapevolezza* di non provare a usare una certa sostanza (strumenti per *decidere di non provare*)
2. fornire ai ragazzi gli strumenti cognitivi e sociali più utili per *riuscire a non provare a usare una certa sostanza* (strumenti per *riuscire a non provare*)
3. fornire ai ragazzi gli strumenti necessari per *scegliere con consapevolezza* di non continuare a usare una certa sostanza (strumenti per *decidere di non continuare*)
4. fornire ai ragazzi gli strumenti cognitivi e sociali più utili per *riuscire a non continuare a usare una certa sostanza* (strumenti per *riuscire a non continuare*)

La *verifica dell'efficacia* dell'intervento potrebbe consistere, ambiziosamente, nel controllare l'esito definitivo in termini di *frequenza e modalità oggettive di uso delle sostanze bersaglio*, oppure nel controllare se si è riusciti effettivamente a *rimuovere certi ostacoli alla libertà* (fattori di rischio) e a *sviluppare certi fattori che promuovono la libertà* (fattori di protezione).

L'importanza delle informazioni epidemiologiche

Per identificare i bisogni di prevenzione di un territorio e per valutare gli effetti di un'azione di prevenzione occorre avere delle informazioni precise sulla natura dei problemi da affrontare, sulla loro diffusione nella popolazione rilevante e sul loro andamento nel tempo. A questo proposito può essere utile accennare ad alcuni concetti epidemiologici fondamentali.

In genere la valutazione dei bisogni comincia con la misurazione dell'incidenza e della prevalenza dell'abuso di sostanze. Questi indici permettono di avere una conoscenza generale del problema della droga in una certa comunità (CSAP, 2001b).

L'incidenza misura il numero di persone (spesso in una popolazione definita) che ha iniziato l'uso di alcol, tabacco o droghe illegali durante un certo periodo di tempo specificato. Il suo particolare valore per l'operatore della prevenzione sta nel fatto che quando si dispone di dati comparabili nel corso del tempo, essa può essere usata per approssimare l'età del primo uso, chiamata anche *età di esordio*. Questa informazione è utile per gli operatori che vogliono concentrare il loro programma su un gruppo che non ha ancora cominciato a sperimentare le droghe (per es., che ha lo scopo di prevenire l'uso/abuso di sostanze).

La *prevalenza* è una misura del numero complessivo di consumatori durante un periodo specificato, a prescindere dal fatto che il comportamento sia nuovo o meno. Questo dato fornisce lo standard per determinare l'uso di droga attuale. La prevalenza e l'incidenza possono rivelare i problemi di abuso di sostanze generali ma di solito non forniscono abbastanza indicazioni riguardo a chi e a cosa contribuisca al problema.

Le principali fonti di informazioni riguardo all'uso di sostanze nella popolazione italiana sono le pubblicazioni dei risultati dell'indagine scolastica condotta nell'ambito dell'European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs/ESPAD e i dati forniti dal Ministero della Difesa sull'uso di droghe nell'esercito (vedi OI DT, 2000). Informazioni secondarie provengono dai rapporti pubblicati da varie fonti fra cui le università (per es., Università di Padova, 2001), le Regioni, i SerT e servizi privati di trattamento. (Per una panoramica recente sulla situazione europea, consultare O-EDT, 2001)

Il problema dell'adattamento dei programmi di prevenzione scelti e del loro adattamento

Quanto ci si può discostare dalle procedure previste da un programma di prevenzione già rivelatosi efficace? Gli esperti che sviluppano programmi e i ricercatori che si occupano di prevenzione temono che la modifica arbitraria di un programma scientificamente fondato – cioè di cui si conosca l'efficacia se applicato fedelmente a un gruppo di persone con certe caratteristiche – possa ridurne anche notevolmente l'efficacia. I leader di comunità e gli operatori direttamente impegnati nel lavoro di prevenzione, d'altra parte, sono convinti che la stessa soluzione non si possa adattare invariabilmente alle diverse circostanze. L'indicazione di applicare un certo programma senza azzardarsi a modificarlo può produrre resistenze in chi lo deve applicare o, peggio ancora, un'adesione rigida a quanto prescritto nel programma può condurre ad azioni preventive scarsamente rilevanti o del tutto inadeguate a soddisfare i bisogni locali. Così può avere senso identificare le componenti centrali dei programmi efficaci e dei programmi modello che non andrebbero toccate per "garantire il funzionamento del programma".

Questo problema viene affrontato esplicitamente da Backer (2001). Secondo l'autore, una delle sfide più difficili per una prevenzione efficace consiste nel trovare il giusto equilibrio fra la fedeltà a un programma "modello" e il suo adattamento, che serve a tenere nel dovuto conto la situazione particolare della comunità in cui

esso viene implementato. Poiché la comprensione dei parametri di un giusto equilibrio fra queste due esigenze permetterà di affrontare in modo strategico la questione in sede applicativa, Backer ha preparato un rapporto, basato sull'esame di 125 studi svolti nell'arco di 25 anni. La principale conclusione raggiunta è abbastanza scontata: il fatto di prestare attenzione sia alla fedeltà al programma di prevenzione dell'abuso di sostanze scientificamente fondato che al suo adattamento, durante il complesso processo di implementazione, è di importanza critica per la sua efficacia. Al termine della sua rassegna l'autore enuclea sei linee guida, che vanno intese come una risposta preliminare. In effetti, ammette lo stesso autore, "a tutt'oggi sono state condotte poche ricerche empiriche su molte delle questioni centrali riguardanti l'equilibrio fra fedeltà e adattamento, nonostante tutti gli studi citati in questa rassegna della letteratura". Le linee guida sono:

1. Identificare e comprendere i fondamenti teorici che stanno alla base del programma.
2. Procurarsi, o condurre, un'analisi delle componenti essenziali del programma.
3. Valutare i nodi problematici per la questione fedeltà/adattamento per ogni specifico sito di implementazione.
4. Consultarsi, quando è necessario, con chi ha sviluppato il programma per esaminare insieme i passi di cui sopra e per stabilire come debba essere implementato il programma nel contesto specifico in questione.
5. Consultarsi, e creare un clima collaborativo, con l'organizzazione e/o la comunità in cui avverrà l'implementazione.
6. Sviluppare il piano complessivo di implementazione sulla base di questi input.

Mi sembra quindi che il problema sia stato posto in termini chiari e che il CSAP sia orientato a cercare linee guida oggettive e basate sulla ricerca empirica ma che la strada fatta finora, nonostante le 125 ricerche citate, sia ancora brevissima e non vada molto al di là di ciò che un professionista di buon senso dà per scontato prima di iniziare il suo lavoro. Naturalmente è importante – e in questo ci orienta la conoscenza dei modelli teorici del funzionamento degli interventi pedagogici e di modificazione del comportamento – che sia chiaro:

- quali sono le componenti teoricamente efficaci dell'intervento;
- in che modo ci aspettiamo teoricamente che esse debbano esercitare i loro effetti sugli aspetti della realtà (comportamenti educativi dei genitori, aspettative di risultato dei ragazzi, autostima dei ragazzi, ecc.) che intendiamo modificare;
- qual è il modo migliore per applicare questi modelli e queste tecniche psicoeducative alla realtà della classe o del gruppo concreto di persone che l'operatore si trova davanti quando fa prevenzione. Vale a dire, *quali* variabili critiche dovrebbero indurre a adottare *quali* modifiche – per es., rendere più semplici o più complessi i problemi interpersonali sui cui i ragazzi do-

vrebbero fare problem solving (modifica ad hoc = regolare la complessità dei problemi su cui esercitarsi) tenendo conto della complessità delle situazioni interpersonali che questi ragazzi stanno già concretamente affrontando o dovranno entro breve tempo affrontare (variabile critica = “problemi interpersonali concretamente presenti per i destinatari”).

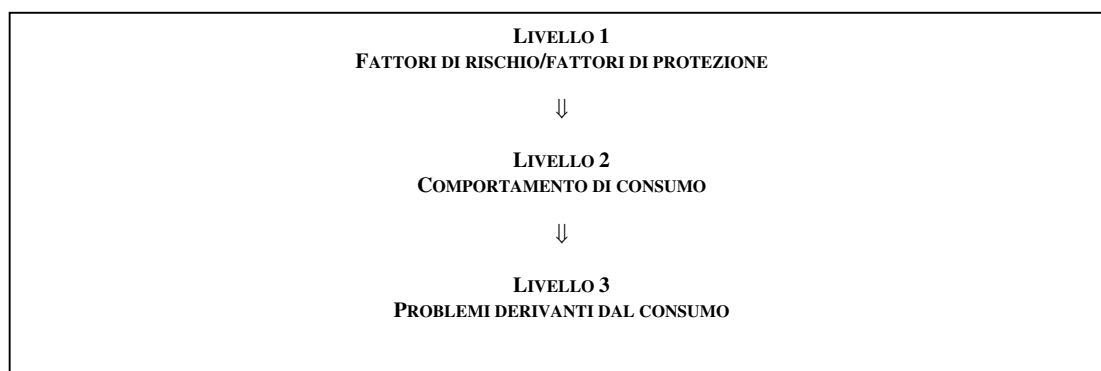
Valutazione degli esiti degli interventi di prevenzione

Il problema della valutazione dell'efficacia dell'intervento è strettamente connesso a quelli della (a) scelta degli obiettivi dell'intervento – che dovrebbe derivare dall'analisi teorica del fenomeno del consumo di sostanze e dalla conoscenza specifica del problema del consumo nella popolazione specifica scelta come bersaglio dell'intervento - e (b) del disegno di ricerca utilizzato. A proposito del disegno di ricerca utilizzato, a prescindere da altre considerazioni di metodologia della ricerca sul campo, per valutare l'efficacia di un intervento sarà in ogni caso necessario misurare le variabili bersaglio e valutarne l'andamento cercando di accertare l'esistenza di un nesso causale fra la loro variazione e la somministrazione dell'intervento. Nella definizione degli strumenti di misura e delle operazioni di misurazione si farà naturalmente riferimento alla teoria della misurazione psicologica e ai consueti parametri di attendibilità e validità delle misure.

Valutazione degli esiti degli interventi rivolti direttamente ai (potenziali) consumatori di sostanze

In linea teorica, se nella fase di analisi dei bisogni della popolazione bersaglio sono stati identificati fattori di rischio e/o fattori di protezione pertinenti, se gli interventi hanno avuto come obiettivo generale la riduzione dei primi e/o l'incremento dei secondi e se gli interventi sono stati efficaci, allora la modificazione dei fattori di rischio/protezione dovrebbe riflettersi in un cambiamento del comportamento di consumo della sostanza bersaglio e questo cambiamento, a sua volta, dovrebbe riflettersi sul piano dei problemi derivanti dal consumo.

Figura 1. Organizzazione logica delle variabili da valutare.



Nella figura sottostante viene rappresentata graficamente la relazione fra i fattori di rischio/protezione scelti come bersaglio degli interventi di prevenzione (livello 1), il comportamento di consumo da prevenire (livello 2) e i problemi derivanti dal comportamento di consumo.

Livello 1. Il livello 1 è il piano su cui si svolge l'intervento: l'intervento mira a modificare i fattori di rischio/protezione causalmente connessi al comportamento di consumo. Ciascun fattore di rischio/protezione scelto come bersaglio dell'intervento dovrà essere misurato almeno una volta prima e dopo l'intervento. Per esempio, se sceglieremo di sviluppare il senso di efficacia per la resistenza alle pressioni sociali a bere, dovremo misurare questa variabile psicologica prima e dopo l'attuazione degli interventi, possibilmente con un questionario di valutazione dell'autoefficacia di attendibilità nota. A volte la valutazione dell'efficacia degli interventi di prevenzione si ferma a questo livello: se è scientificamente dimostrato che nella popolazione da me scelta la variabile X è causalmente correlata al comportamento Y, e se ho scelto come bersaglio del mio intervento la variabile X, allora la valutazione dell'efficacia del mio intervento potrà consistere nel misurare le variazioni della variabile X. Resta aperto il problema di accertare se il cambiamento di X si ripercuota effettivamente, nel caso specifico, sul comportamento di consumo e sulle sue conseguenze.

Livello 2. La misurazione del comportamento di consumo può prendere in esame indicatori diversi, di tipo quantitativo e qualitativo. Per quanto riguarda gli aspetti puramente *quantitativi*, l'indicatore più semplice è la *quantità di sostanza consumata nell'unità di tempo* per il periodo considerato (per es., "bicchieri di vino al giorno nell'ultimo anno"). A seconda delle sostanze, della popolazione in esame, degli scopi della valutazione e di altri fattori, si dovrà trovare un indicatore sensibile tarando opportunamente l'unità di tempo e il periodo di osservazione considerati. Ma per la valutazione di un intervento di prevenzione del consumo di sostanze possono essere pertinenti anche aspetti comportamentali qualitativi; per esempio, nel contesto della prevenzione "indicata" del consumo di alcol la valutazione di un intervento potrebbe prevedere l'esame del *tipo di alcolici* consumati, del *numero di sorsi* per bicchiere o del *contesto sociale vs solitario* del consumo dopo un intervento di autoregolazione del bere.

A livello di prevenzione primaria e secondaria, è realistico aspettarsi di osservare:

1. una *percentuale minore di consumatori* nel gruppo trattato (rispetto a una condizione di controllo) rilevata al follow-up;
2. un *ritardo nella comparsa* dei comportamenti di consumo;
3. a parità di numero di consumatori e di momento della comparsa del comportamento di consumo, un *consumo più contenuto* (per es., un consumo mensile di alcol inferiore in termini di litri di bevande alcoliche consumate).

Livello 3. A questo livello troviamo i problemi derivanti dal consumo eccessivo. Se il consumo di una sostanza raggiunge certi livelli, probabilmente ne conseguiranno problemi di ordine sanitario e sociale. Per quanto riguarda l'alcol, per esempio si potrebbero considerare:

- indicatori di salute fisica – per esempio, prevalenza di cirrosi e malattie croniche del fegato;
- indicatori di salute mentale – per esempio, prevalenza di incidenti stradali alcol-correlati, dipendenza da alcol e disturbi mentali indotti dall'uso di alcol (vedi DSM-IV);
- indicatori di funzionamento sociale – per esempio, frequenza di episodi di violenza, assenze scolastiche/lavorative, richiami a scuola/sul lavoro, conflitti familiari.

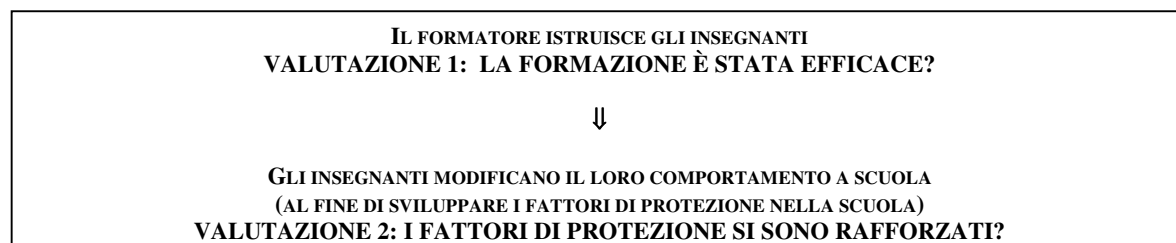
Una valutazione degli esiti a questo livello sembra più pertinente nel caso di interventi di prevenzione indicata o terziaria, specialmente nell'ottica della riduzione del danno. Tuttavia, anche certe politiche di prevenzione universale a livello nazionale si pongono obiettivi di questo genere⁴.

Valutazione degli esiti degli interventi con gli insegnanti

Poiché l'intervento con gli insegnanti avrà carattere principalmente formativo, la valutazione dovrà riguardare l'efficacia della formazione, ovvero:

- l'acquisizione di nozioni e abilità;
- la modificazione di convinzioni, percezioni e atteggiamenti.

La formazione degli insegnanti ha lo scopo di abilitarli alla promozione di alcuni fattori di protezione a livello dell'ambiente scolastico. Pertanto, al termine del processo formativo standard, quando gli insegnanti cominceranno ad applicare i principi e le strategie apprese, si potrà compiere una valutazione degli esiti della loro azione preventiva (vedi figura seguente).



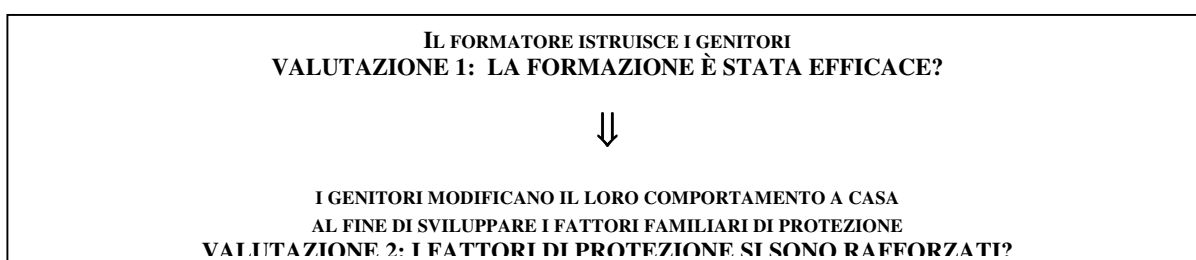
Valutazione degli esiti degli interventi con i genitori

⁴ Vedi per esempio gli obiettivi degli Stati Membri della Regione Europea dell'OMS (OMS, 1996).

Poiché l'intervento con i genitori avrà carattere principalmente formativo, la valutazione dovrà riguardare l'efficacia della formazione, ovvero:

- l'acquisizione di nozioni e abilità;
- la modificazione di convinzioni, percezioni e atteggiamenti.

La formazione dei genitori ha lo scopo di abilitarli alla riduzione di alcuni fattori di rischio e alla promozione di alcuni fattori di protezione a livello dell'ambiente familiare. Pertanto, al termine del processo formativo standard, quando i genitori cominceranno ad applicare i principi e le strategie apprese, si potrà compiere una valutazione degli esiti della loro azione preventiva (vedi figura seguente).



Valutazione degli esiti degli interventi con gli altri operatori

Poiché l'intervento con gli operatori della prevenzione avrà carattere principalmente formativo, la valutazione dovrà riguardare l'efficacia della formazione, ovvero:

- l'acquisizione di nozioni e abilità;
- la modificazione di convinzioni, percezioni e atteggiamenti.

Si potrà poi valutare se le nuove acquisizioni si ripercuotono sulla qualità dei servizi erogati.

Caratteristiche di un buon programma di prevenzione

Un gruppo di ricercatori canadesi ha compiuto un'interessante rassegna della letteratura scientifica in materia di prevenzione dell'uso di sostanze e dei problemi connessi (Roberts et al., 2001). A partire da un pool esaustivo di pubblicazioni - e applicando gli stessi criteri oggettivi di valutazione - tre giudici indipendenti hanno identificato 33 iniziative di prevenzione che nell'ambito di esperimenti controllati o di quasi-esperimenti si sono dimostrate almeno in parte efficaci. L'esame di queste iniziative ha permesso agli autori di enucleare alcuni principi che vengono considerati essenziali per la valutazione di un progetto di prevenzione. Secondo gli autori, un progetto di prevenzione deve:

1. affrontare i fattori di rischio e di protezione rilevanti per lo sviluppo di problemi connessi all'uso di sostanze e promuovere la *resilienza* individuale;
2. mirare alla globalità
 - a. usare programmi multicomponenziali rivolti a più destinatari (per es., scuola e famiglia);
 - b. concertare le iniziative con altri protagonisti (per es., media, servizi sociosanitari, organizzazioni giovanili, chiesa, ecc.) anche allo scopo di evitare sovrapposizioni e ottimizzare le risorse;
 - c. adottare anche restrizioni legali
3. essere di durata e intensità sufficienti al conseguimento dei risultati prefissi;
4. basarsi su una conoscenza precisa delle caratteristiche generali e locali del fenomeno su cui si interviene;
5. prefiggersi obiettivi chiari e realistici;
6. prevedere funzioni di monitoraggio e valutazione;
7. affrontare la questione della sostenibilità sin dall'inizio;
8. tenere conto del ruolo svolto dalle caratteristiche psicosociali degli adolescenti nei fenomeni di consumo di sostanze;
9. tenere sotto controllo i preconcetti, riguardo alle cause e alle conseguenze dell'uso di sostanze, di chi prepara e applica il programma;
10. coinvolgere i giovani destinatari nella progettazione e nella realizzazione del programma;
11. comunicare messaggi credibili per i destinatari;
12. prevedere una componente informativa e una di sviluppo di abilità;
13. utilizzare processi interattivi di gruppo;
14. tenere nel dovuto conto la formazione e le caratteristiche personali degli insegnanti o delle altre persone che condurranno le attività di prevenzione a contatto con i giovani.

In letteratura esistono anche altre analisi di questo genere. Per esempio, dall'analisi di 8 programmi, considerati programmi modello⁵ dal Center for Substance Abuse Prevention (2001a), possono essere tratte alcune conclusioni sulla sostanza e il processo di realizzazione dei programmi di prevenzione. Queste conclusioni riguardano il contenuto, la somministrazione, il contesto, le relazioni, gli adattamenti, i facilitatori e la valutazione.

Contenuto

- Benché il contenuto dei programmi possa riguardare abilità di vita generiche o abilità e conoscenze che riguardano l'abuso di sostanze, un contenuto che riguardi soltanto l'abuso di sostanze è insufficiente da solo.

⁵ Athletes Training and Learning to Avoid Steroids (ATLAS); Child Development Project; Communities Mobilizing for Change on Alcohol; Coping Power Program; Fairfax Leadership and Resiliency Program; Family Effectiveness Training; Incredible Years; and Life Skills Training.

- Nessuno dei programmi esaminati concentra esclusivamente su abilità e conoscenze riguardanti l'abuso di sostanze. La maggioranza dà risalto all'acquisizione di abilità di vita generali. I programmi rimanenti comprendono contenuti sia generali sia riguardanti in modo specifico l'abuso di sostanze.
- Oltre a fornire nuove conoscenze e abilità, i programmi preventivi efficaci forniscono opportunità di usare queste informazioni.
- Nei programmi esaminati, le opportunità di esercizio facevano parte delle attività curricolari o sono state introdotte con l'aggiunta di componenti di intervento mirate a rinforzare il contenuto curricolare.
- Le strategie curricolari usate comunemente sono:
 - Modellamento e ripetizione del comportamento – i facilitatori dimostrano una nuova abilità/comportamento, poi i partecipanti la mettono in pratica all'interno della stessa sessione;
 - Attività prescritte da eseguire fuori dalla sessione – sono mirate a rafforzare i concetti e comprendono attività come la scrittura di diari, l'identificazione di aree problematiche o di questioni da affrontare nelle sessioni successive, la ripetizione/esercitazione di abilità a casa con genitori o altre persone;
 - La sollecitazione, una strategia in cui gli insegnanti o il personale della scuola sollecitano gli studenti a usare i nuovi comportamenti in situazioni specifiche;
 - Mettere i partecipanti nel ruolo di esperti – questa strategia consente loro di dimostrare ad altri le nuove conoscenze e abilità (per es., i partecipanti creano una campagna pubblicitaria antidroga che possa essere efficace con il loro gruppo di pari).

Somministrazione

- Il metodo di somministrazione del contenuto del programma usato più spesso è attraverso curricoli scritti sessione per sessione.
- Nei vari programmi i curricoli sono stati messi in atto in periodi di tempo relativamente brevi (12-15 settimane) e le sessioni sono avvenute almeno settimanalmente.
- Benché il grado di struttura trovato nei materiali per l'implementazione del curricolo spesso vari, i programmi efficaci utilizzano materiali chiari e facili da seguire.
- Persone con una formazione minima o nulla possono comprendere e realizzare i curricoli con relativa facilità.

Contesto

- I programmi efficaci promuovono un messaggio coerente che viene comunicato attraverso vari canali (per es., genitori, insegnanti e compagni).

- È più probabile che i partecipanti sentano che il programma gli appartiene quando esso diventa parte del loro contesto ambientale (per es., famiglia, gruppo dei pari, scuola o comunità). Incredible Years e Child Development Project, per esempio, utilizzano un metodo di “riforma di tutta la scuola”. Genitori, insegnanti e studenti ricevono un messaggio coerente, e gli studenti sentono più volte il messaggio in luoghi dove trascorrono la maggior parte del loro tempo – a scuola e a casa.
- I programmi efficaci si occupano delle caratteristiche della popolazione bersaglio che la collocano in una condizione di rischio rispetto all’abuso di sostanze.
- Le componenti dell’intervento usate per affrontare queste caratteristiche spesso integrano il corso di studio [curriculum].
- Il mentoring, per esempio, è una strategia efficace per fornire ai giovani un sostegno sociale altrimenti assente nella loro vita e per esporli al modello di pari e/o adulti che vivono senza fare uso di droghe.
- Le attività esperienziali, come il volontariato, servono per dare ai giovani l’opportunità di sperimentare il senso di efficacia personale, di essere utili agli altri e di condividere ciò che hanno imparato. Questa strategia inoltre dà ai giovani la consapevolezza che le loro difficoltà personali non sono uniche.
- Gli eventi ricreazionali/culturali/sociali sono usati per rafforzare i legami familiari, o, quando vengono realizzati nella scuola, i legami scolastici.

Relazioni

- I programmi efficaci danno regolarmente rilievo alla costruzione del rapporto o della relazione prima di somministrare il contenuto del programma.
- Benché il numero di sessioni fornite e/o di attività che compongono l’intervento spesso varino da un programma all’altro, si dà sempre risalto all’importanza di affermarsi, acquisire, prima di poter produrre dei cambiamenti.
- Gli autori di “Family Effectiveness Training”, “Fairfax Leadership and Resiliency” e “Communities Mobilizing for Change on Alcohol” sottolineano l’importanza della costruzione della relazione a tutti i livelli, da quello individuale a quello organizzativo.
- In tutti i programmi passati in rassegna, gli insegnanti, i formatori e le altre persone che erogano il contenuto del programma ricevono un sostegno e una guida sia all’inizio che nel corso del lavoro.
- Le sessioni iniziali vengono trascorse interagendo con i clienti prima di presentare il contenuto del programma.

Adattamento

- I programmi che hanno successo si servono di reti sociali naturali.

- I servizi vengono erogati attraverso la scuola, organizzazioni della comunità o altre reti già esistenti (per es., organizzazioni sportive).
- I programmi efficaci danno molta importanza all'integrazione dei servizi nel mondo del cliente.
- I programmi rivolti a gruppi svantaggiati forniscono assistenza diurna, trasporti, pasti e altri servizi per aggirare le barriere che altrimenti impedirebbero a questi clienti di partecipare al programma.
- I programmi rivolti a gruppi diversi per razza o etnia scoraggiano l'uso di metodi insensibili alle differenze.
- I programmi efficaci preparano materiali su misura per gruppi specifici e utilizzano facilitatori biculturali per erogare il contenuto del programma.
- Si sconsiglia l'uso di materiale tradotto da un'altra lingua.
- Si sottolinea l'importanza di fare attenzione al contenuto dei materiali tradotti, che può essere o non essere sensato per la cultura del gruppo bersaglio.

Facilitatori

- Benché il titolo di studio e il livello di esperienza delle persone che somministrano l'intervento varino da programma a programma, si richiede sempre che i facilitatori ricevano una formazione (di autoistruzione, basata su un programma o di carattere personale) prima di mettere in atto il programma.
- Nei vari programmi, i facilitatori ricevono preventivamente una formazione per prendere familiarità con lo scopo e la filosofia del programma e per standardizzare le procedure impiegate nel corso dell'intervento.
- I programmi di prevenzione efficaci utilizzano autorità note (vs esterni) per erogare il contenuto del programma.
- In Head Start, l'intervento è somministrato da insegnanti, allenatori sportivi, genitori e da altre persone con cui i partecipanti hanno una relazione in corso.
- I programmi efficaci mirati agli adolescenti riconoscono l'importanza evolutiva del gruppo dei pari e della sua influenza sulle convinzioni e le percezioni dei ragazzi.
- I programmi mirati agli adolescenti fanno assegnamento sui pari per l'erogazione di una parte o di tutto l'intervento.

Valutazione

L'ultima serie di conclusioni tratte dalle analisi delle componenti centrali dell'insieme iniziale di programmi modello riguarda il tipo e la qualità delle attività di valutazione applicate ai programmi. Nonostante i vari pregi grazie ai quali ciascuna programma è stato designato programma modello, le valutazioni eseguite sui programmi non forniscono un quadro completo di come le componenti centrali operino. Di seguito vengono esposte conclusioni tratte dall'analisi delle componenti principali delle procedure di valutazione per i programmi esaminati fino ad oggi.

- Benché il successo del programma sia accertato sulla base dei cambiamenti osservati nelle variabili intermedie connesse all'abuso di sostanze, i cambiamenti nell'uso vero e proprio sono valutati meno frequentemente.
- A causa dell'assenza di valutazioni longitudinali nella maggior parte dei disegni di ricerca per i programmi modello, non possediamo informazioni che ci consentano di stabilire se i cambiamenti nelle variabili intermedie modificate dal programma abbiano prodotto i cambiamenti voluti nell'uso effettivo di sostanze.
- Poiché negli studi che hanno preso in esame l'uso effettivo non sono state svolte analisi sui sottogruppi, non possediamo informazioni sulla variazione dell'uso nei diversi livelli di rischio e protezione. Inoltre, i disegni di valutazione non danno dati sui sottogruppi di individui che, nonostante la presenza di rischio e l'assenza di fattori protettivi, si astengono dall'uso.
- Benché la maggior parte delle componenti degli interventi vengano implementate nel breve periodo, spesso alcune componenti dell'intervento ancillari sono somministrate nel corso di lunghi periodi di tempo (uno o più anni).
- Nei programmi passati in rassegna gli effetti delle singole componenti non sono stati valutati, pertanto non sappiamo quali componenti spieghino la parte più consistente del cambiamento.
- Nella maggioranza dei programmi non sono state svolte analisi di tipo dose-risposta.
- Non è possibile stabilire le soglie minime di effetto.
- La maggioranza dei programmi, nell'ambito delle attività di valutazione del processo, valuta la soddisfazione del cliente per il programma; spesso tuttavia questi dati non vengono analizzati sistematicamente.
- Infine, non è possibile raggiungere conclusioni generali a proposito delle preferenze dei consumatori entro e attraverso i programmi sulla base dei dati esistenti.

Dopo avere analizzato le migliori prassi, il CSAP (2001a) enuclea i seguenti consigli per la progettazione e la realizzazione di un programma preventivo efficace per l'abuso di sostanze. I programmi dovrebbero:

- Organizzare le attività previste dall'intervento in modo che ci si concentri sulla costruzione della relazione con i destinatari prima della somministrazione del contenuto del programma. Dopo la somministrazione del contenuto dovrebbero esserci opportunità per esercitare i comportamenti appresi.
- I destinatari dovrebbero ricevere un messaggio coerente dalle varie fonti di informazioni (genitori, pari e insegnanti)
- I contenuti riguardanti l'abuso di sostanze dovrebbero essere combinati con strategie rivolte a promuovere l'acquisizione di abilità di vita generiche. I programmi dovrebbero avvalersi di curricoli scritti, con attività descritte sessione per sessione per trasmettere le conoscenze e training di abilità. dovrebbero essere scritti in modo chiaro ed essere facili da seguire. Bisognerebbe prestare attenzione alle caratteristiche della popolazione bersaglio che la pone in una condizione di rischio per l'abuso di sostanze e dovrebbero essere

proposte attività supplementari rivolte in modo specifico a queste caratteristiche.

- I programmi devono essere incorporati nelle reti sociali già esistenti (scuola o contesti do comunità, chiese, ecc.). Il loro contenuto dev'essere adattato accuratamente alle necessità culturali e linguistiche della popolazione bersaglio. Occorre eliminare le barriere che altrimenti potrebbero impedire ai destinatari di partecipare al programma (trasporti, pasti, ecc.). Bisogna riconoscere i fattori importanti connessi alla fase di sviluppo e i servizi dovrebbero essere ritagliati sulle necessità evolutive della popolazione bersaglio.
- Utilizzare persone autorevoli e note per somministrare l'intervento (coetanei, genitori, insegnanti, allenatori sportivi, ecc.) dopo averle opportunamente formate.
- Utilizzare procedure di analisi che consentano di esaminare gli effetti separati e combinati delle componenti dell'intervento e stabilire qual è la dose minima di intervento richiesta per raggiungere gli esiti programmatici. Comprendere nel disegno dello studio una valutazione longitudinale dell'uso effettivo della sostanza affinché sia possibile stabilire se i cambiamenti nelle variabili intermedie connesse all'uso producano successivamente delle modificazioni nell'uso (nel caso dei programmi che prendono a bersaglio soltanto le variabili intermedie connesse all'abuso di sostanze). Oltre a raccogliere dati sulle preferenze del consumatore per le componenti dell'intervento, sviluppare un piano per analizzare sistematicamente questi dati (per esempio con una analisi del contenuto).

Benché l'analisi iniziale delle componenti centrali di diversi programmi modello abbia fornito conclusioni e raccomandazioni utili, concludono gli autori, dall'analisi di un campione più vasto di programmi scientificamente fondati deriveranno risultati di maggiore valore e generalizzabilità. I dati di queste analisi, che sono in corso, saranno inclusi nel prossimo rapporto annuale del CSAP.

Prevenzione a scuola

Studiando i programmi preventivi efficaci e quelli inefficaci, i ricercatori del Center for Addiction and Mental Health hanno identificato alcune caratteristiche associate a risultati positivi. I metodi che non hanno avuto successo sono:

- quelli che si limitano a fornire informazioni sull'alcol, il tabacco e altre sostanze;
- quelli che forniscono informazioni soltanto sui rischi e sulle conseguenze dell'uso di sostanze sul piano della salute;
- quelli che si concentrano esclusivamente su problemi personali come la scarsa autostima, le abilità sociali inadeguate e la carenza di valori.

Sulla base di queste ricerche, per aumentare il successo dei programmi nella scuola per popolazione studentesca generale è possibile proporre le indicazioni seguenti (Center for Addiction and Mental Health, 1999).

Organizzazione:

1. I programmi dovrebbero continuare dalla scuola dell'infanzia fino all'ultimo anno delle scuole superiori e dovrebbero intensificarsi nel periodo immediatamente precedente all'età in cui mediamente le sostanze vengono usate per la prima volta.
2. Si dovrebbero usare metodi diversi con sottogruppi diversi (per es., persone più o meno esperte di sostanze, con diversi livelli di uso o con caratteristiche demografiche differenti).
3. Gli studenti dovrebbero essere coinvolti nella pianificazione e nella realizzazione del programma.

Contenuti:

1. I programmi dovrebbero trattare delle ragioni per cui le persone fanno uso di sostanze – esplorazione e scoperta di sé, espressione di sé o altri benefici percepiti – e presentare alternative all'uso di sostanze.
2. Essi dovrebbero presentare onestamente materiale basato sui fatti. Là dove non ci sono risposte, le persone che conducono il programma dovrebbero ammetterlo.
3. I programmi dovrebbero presentare sia i pericoli che i benefici del fatto di fare e non fare uso di droghe, e concentrare il dibattito sugli effetti a breve termine. Gli studenti rigetteranno quelle informazioni che sembreranno loro in contrasto con la loro esperienza o frutto dell'esagerazione e del fanatismo degli adulti.
4. È importante discutere e correggere le percezioni che riguardano il consumo occasionale o sociale; può essere utile anche lo sviluppo di abilità di vita (per es., assertività, comportamento decisionale e tecniche di comunicazione).

Modalità di attuazione:

1. È importante mantenere un'atmosfera tollerante, senza tattiche che facciano leva sul moralismo e sulla paura; dovrebbe esserci un dialogo aperto fra chi conduce il programma e gli studenti.
2. Si dovrebbe dare rilievo all'apprendimento attivo degli effetti delle sostanze invece di basarsi su lezioni passive e film; i metodi interattivi – come le discussioni in piccolo gruppo e i role playing – sono i migliori.
3. Le persone che conducono il programma dovrebbero godere della fiducia degli studenti e dovranno presentare i fatti in modo preciso e imparziale. Gli insegnanti possono essere efficaci con l'aiuto di leader degli studenti. È importante scegliere con attenzione i leader degli studenti; esistono già dei gruppi sociali stabili e pertanto alcuni studenti possono restare esclusi o essere chiaramente infastiditi dalla scelta del leader.

Affinché i programmi scolastici abbiano un effetto maggiore – conclude il rapporto del Center for Addiction and Mental Health - è importante anche che tutto ciò che

viene insegnato a scuola sia rinforzato nella comunità dai genitori, dai media e dalle politiche sanitarie.

Sul tema dei *contenuti* delle attività di prevenzione nella scuola si è espressa molto recentemente anche una pubblicazione dell'American Psychological Association (Smith, 2001) secondo cui i nuovi programmi di prevenzione devono apprendere dagli errori commessi in passato e concentrarsi su *tre aree*:

1. le *convinzioni normative* degli adolescenti per quanto riguarda l'abuso di sostanze;
2. la *percezione dei rischi* sociali, psicologici e sanitari connessi all'uso di alcol e altre sostanze;
3. lo *sviluppo di abilità* di soluzione di problemi, comunicazione e assertività.

Conclusioni

L'attività di prevenzione svolta negli Stati Uniti, in particolar modo quella monitorata e coordinata dal CSAP e da altre organizzazioni statunitensi che agiscono con finalità e metodi analoghi, sembra seguire una metodologia trasparente, rigorosa e scientificamente fondata. Tale metodologia fornisce coordinate utili per: la rilevazione dei bisogni di prevenzione; l'analisi delle risorse necessarie e di quelle disponibili per un'azione di prevenzione efficace; la scelta del target e degli obiettivi dell'intervento; la creazione di sinergie, all'interno della comunità o della società, per il buon esito degli interventi; la scelta, la progettazione e la realizzazione di azioni efficaci; il loro monitoraggio; la valutazione degli esiti e la riflessione su di essi.

Data l'ampia disponibilità di materiali, conoscenze e risorse, fruibili anche via Internet, appare quanto mai opportuno fare tesoro di tutto ciò per aumentare la coerenza e l'efficienza delle attività di prevenzione che si svolgono in Europa e in Italia.

Gabriele Lo Iacono

Psicologo psicoterapeuta. Ha tradotto e curato molti volumi di psicologia e ha pubblicato i saggi *D'amore e d'accordo. Guida psicologica per la vita di coppia* (Erickson, 1999) e *Come cercare aiuto psicologico (e perché). Orientarsi nelle possibilità professionali e informali per accrescere il benessere* (Erickson, 2001). Didatta APC e SPC, ha collaborato con l'Università di Padova e di Trento.

Bibliografia

- ❖ A.A.V.V. (2000), *Atti della terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*, Genova 28-30 novembre
- ❖ Backer T.E. (2001), *Finding the balance: Program Fidelity and Adaptation in Substance Abuse Prevention. A State-of-the-Art Review*, U.S Department of Health and Human Services, Substances Abuse and Mental Health Services Administration, Centre for Substance Abuse Prevention.
- ❖ Bandura A. (2000), *L'autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Erickson, Trento.
- ❖ Brounstein P. J. e Zweig J.M. (2002), *Understanding Substance Abuse Prevention. Toward the 21st Century: A Primer on Effective Programs*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention, Division of Knowledge Development and Evaluation.
- ❖ Center for Addiction and Mental Health (1999), *Alcohol and Drug Prevention Programs for Youth: What Works?*, www.camh.org.
- ❖ Center for Substance Abuse Prevention (2001a), *2001 Annual Report of Science-Based Prevention Programs*, U.S Department of Health and Human Services.
- ❖ Center for Substance Abuse Prevention (2001b), *Prevention Works! A Practitioner's Guide to Achieving Outcomes*, U.S Department of Health and Human Services, Substances Abuse and Mental health Services Administration, Centre for Substance Abuse Prevention.
- ❖ Fazzi L. e Scaglia A. (2002), *Tossicodipendenza e politiche sociali in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- ❖ Gardner S.E., Brounstein P.J. e Stone D.B., *Principles of Substance Abuse Prevention*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention, Division of Knowledge Development and Evaluation, 2001c.
- ❖ Garnezy, N., e Streitman, S. (1974), *Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. Part I. Conceptual models and research methods*". "Schizophrenia Bulletin", 8, 14-90.
- ❖ Hazelden Foundation (1996), *Roots and wings: Raising resilient children*, Center City, MN: Hazelden Foundation.
- ❖ Kandel D.B. (1980), *Drug and drinking behavior among youth*, "Annual review of sociology", 6: 235-285, 1980.
- ❖ Lo Iacono G. (2000), *Cause e trattamento della dipendenza da sostanze nella prospettiva sociocognitiva*, "Psicologia e psicologi", volume 2, numero 3, dicembre.
- ❖ Lo Iacono G. e Albiero D., *Autoefficacia e prevenzione delle dipendenze*, atti del convegno "Dipendenze-intrapendenze: promuovere l'autoefficacia dei bambini e dei giovani fragili", Ente Fiera Udine Esposizioni, Torreano di Martignacco, 14-15 novembre 2002.
- ❖ National Institute on Drug Abuse, *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents*, Rockville MD, US National Institutes of Health, 1997.

- ❖ Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (O.D.E.T.). (2001), *2001. Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione Europea*. Disponibile On line: www.emcdda.org.
- ❖ OIAT/Osservatorio Italiano per la Verifica dell'Andamento del Fenomeno delle Droghe e delle Tossicodipendenze, *The state of the drug problem in Italy (2000). Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per gli Affari Sociali, 2000.
- ❖ OMS (1996), *Alcol, meno e meglio (OMS Pubblicazioni Regionali, Serie Europea, n. 70)*, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati, Trento.
- ❖ Roberts et al. (2001), *Preventing substance use problems among young people. A compendium of best practices*, Her majesty the queen in right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada.
- ❖ Rutter, M. (1979), *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychotherapy: Volume 3. Social competence in children*. Hanover, NH: University Press of New England.
- ❖ Smith D. (2001) *Prevention: still a young field. Psychologists are helping to shape a new - and smarter - generation of prevention programs*, "Monitor on Psychology", Volume 32, No. 5 June
- ❖ Università di Padova, Assessorato alle politiche sociali e Assessorato alle politiche sanitarie della Regione Veneto, Ufficio scolastico regionale per il Veneto, *Rapporto sullo Stato di Salute e gli Stili di Vita dei Giovani Veneti in Età Scolare. Protocollo di ricerca internazionale Health Behaviour in School-aged Children dell'OMS Europa*, 2001.
- ❖ Van der Stel J. e Voordewind D. (a cura di), *Manuale di prevenzione. Alcol, droghe e tabacco*, Milano, Franco Angeli, 2001.
- ❖ Werner, E. E. (1986), *Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18*, "Journal of Studies on Alcohol", 47 (1), 34–40.
- ❖ Wolin, S., & Wolin, S. (1995). *Resilience among youth growing up in substance-abusing families*. "Pediatric Clinics of North America", 42, (2), 415–429.