



Dipartimento Dipendenze
via Borgo Palazzo, 130
24100 Bergamo



Dipartimento Dipendenze

Dipartimento di Prevenzione

Servizio Famiglia




Ministero della Pubblica Istruzione
Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
Direzione Generale
Ufficio Scolastico Provinciale di Bergamo

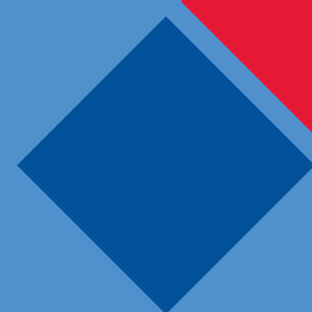


Gli interventi di prevenzione delle dipendenze nel contesto scolastico

Riflessioni, spunti teorico-metodologici
ed esperienze in provincia di Bergamo

Bergamo, Maggio 2007

a cura di
Pierangelo Tombini e Giuliana Rocca



Documento redatto dai
componenti del sottogruppo
Interventi di prevenzione nei contesti scolastici



**Gli interventi di prevenzione delle dipendenze
nel contesto scolastico**

*Riflessioni, spunti teorico-metodologici ed
esperienze in provincia di Bergamo*

GRUPPO DI LAVORO

Il presente documento è stato redatto da un gruppo misto di operatori del pubblico e del privato sociale che sono contattabili ai seguenti recapiti:

Pierangelo Tombini Psicologo	ASL di Bergamo – Dipartimento delle Dipendenze – Ser.T. di Bergamo Uno Tel. 035 2270374 ptombini@asl.bergamo.it
Giuliana Rocca Medico	ASL di Bergamo – Dipartimento Prevenzione Tel. 035 2270309 grocca@asl.bergamo.it
Aldo Rovetta Psicologo	ASL di Bergamo - Servizio Famiglia Tel. 035 2270619 email arovetta@asl.bergamo.it
Maria Carla Marchesi Dirigente USP	Uff.Scolastico Provinciale Tel. 035 284220 sostegno@bergamo.istruzione.lombardia.it
Emilio Majer Educatore	e.majer@tiscali.it
Rosa Facchi Dirigente	Istituto Comprensivo Tavernola rosa.facchi@istruzione.it
Paride Sorzi Educatore	SolCo Priula Email aggregazione@linuscoop.it
Lucio Piretti Sociologo	Sol.co Città Aperta -Coop. Alchimia Tel 035 362960 Email lucio.piretti@gmail.com
Isabella Lettini Coord. Progetti Educazione Salute	IIS Pesenti Email i.lettini@fastwebnet.it
Cinzia Gamba Insegnante	Secco Suardo Email citot@iol.it
Mario Bosisio Educatore	ASL di Bergamo – Dip.Dipendenze Ser.T. di Bergamo Uno Tel. 035/2270406 email mbosisio@asl.bergamo.it
Rita Arcieri Assistente Sociale	ASL di Bergamo – Dipartimento delle Dipendenze – Ser.T. di Bergamo Uno Tel. 035 712935 email rarceri@asl.bergamo.it
Angela Ghilardi Infermiere Prof.	ASL di Bergamo – Dipartimento delle Dipendenze – Ser.T. di Bergamo Uno Tel. 035 email aghilardi@asl.bergamo.it
Barbara Ravasi Psicologa	Coop. Pugno Aperto Email b.rava@tin.it
Annamaria Campanellini Insegnante	Istituto Comprensivo Mozzo Email annamaria.campanellini@istruzione.it
Supervisione a cura di Liliana Leone Studio CEVAS Tel. 069422505 E mail leone@cevas.it Sito www.cevas.it	

INDICE

1 - PREMESSA	5
1.1 LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE NELLA SCUOLA.....	6
1.2 PER UNA PREVENZIONE EFFICACE.....	7
2 COSA DICE LA LETTERATURA	9
2.1 I PRINCIPI DEL N.I.D.A.	10
2.2 SINTESI DELLE PRINCIPALI STRATEGIE PREVENTIVE ADOTTATE ED EVIDENZE DI EFFICACIA	12
2.2.1 <i>Strategia Informativa</i>	12
2.2.2 <i>Strategia educativo-promozionale</i>	13
2.2.3 <i>Strategia della Peer-Education</i>	16
2.2.4 <i>Strategie di sviluppo di comunità</i>	17
3 RACCOMANDAZIONI PRATICHE	19
<i>Gli insegnanti hanno un ruolo insostituibile</i>	19
<i>Metodologie attive</i>	19
<i>Collaborazione a tutti i livelli</i>	19
<i>Cosa non serve?</i>	19
<i>Quali sono i contenuti e i tempi più adatti?</i>	20
BIBLIOGRAFIA E LINK.....	21

1 PREMESSA

Il presente documento nasce nell'ambito del Corso di formazione "Quale progetti di prevenzione delle dipendenze funzionano?", realizzato all'interno del Progetto Agenzia territoriale per la prevenzione¹. Questa iniziativa formativa, organizzata in tre differenti moduli, si proponeva:

- da un lato di fornire indicazioni sulle evidenze di efficacia riportate dalla letteratura scientifica internazionale, in merito agli interventi di prevenzione delle dipendenze;
- dall'altro di creare un'occasione di confronto tra le diverse realtà che si occupano di prevenzione sul territorio provinciale, consolidando le relazioni esistenti all'interno della rete.

Il terzo modulo del corso in particolare è stato pertanto pensato come occasione per mettere intorno ad un tavolo soggetti diversi, con il compito di confrontarsi in merito all'agire preventivo e alle indicazioni della letteratura in differenti contesti di intervento: **scuola, comunità territoriale, luoghi del divertimento notturno**. Si sono costituiti tre gruppi di lavoro su queste aree tematiche, con il mandato di arrivare alla produzione di un documento che potesse fornire indicazioni ed orientare l'agire preventivo nei diversi contesti.

Questo documento costituisce il prodotto finale del lavoro del gruppo che si è occupato della prevenzione nei contesti scolastici.

Nello specifico esso si propone di affrontare la complessa e dibattuta questione dell'efficacia degli interventi di prevenzione delle dipendenze che ogni anno vengono effettuati nelle scuole di ogni ordine e grado.

Tale questione diviene ancora più urgente in un contesto politico-economico dove le risorse sono sempre più scarse e richiedono quindi di essere "ottimizzate".

Il documento si rivolge a tutti gli operatori adulti che partecipano alla vita della "comunità" scolastica, in primo luogo ai docenti, che hanno un ruolo centrale e non delegabile, quindi ai dirigenti, ai genitori e agli esperti o consulenti "esterni", ma anche alle istituzioni e agenzie che a vario titolo svolgono funzioni di programmazione e indirizzo rispetto agli interventi di prevenzione delle dipendenze nella scuola.

L'obiettivo, certamente ambizioso, è quello di fornire delle "raccomandazioni" pratiche che possano aiutare ad aumentare l'efficacia e quindi l'utilità degli interventi di prevenzione delle dipendenze, alla luce delle evidenze presenti in letteratura e delle esperienze realizzate in provincia.

¹ Il corso è stato organizzato da ASL di Bergamo Dipartimento delle Dipendenze e Progetto "Agenzia Territoriale per la Prevenzione", in collaborazione con Studio CEVAS di Roma. Ha previsto due moduli di formazione in aula (11-12/04 e 30-31/05 2006) ed un terzo modulo di incontri in sottogruppo (tra giugno 2006 e gennaio 2007).

1.1 La prevenzione delle dipendenze nella scuola

La prevenzione primaria attuata a livello scolastico è uno dei compiti istituzionali ed imprescindibili della Sanità Pubblica e dell'Istituzione Scolastica. E' stato recentemente siglato (in data 22 marzo 2006) un protocollo d'intesa tra la Regione Lombardia – Direzione Generale Sanità e l'Ufficio Scolastico Regionale relativo alle attività di promozione ed educazione alla salute nelle scuole che all'art. 3 recita: “... le priorità di lavoro individuate sono: - *Stili di vita legati alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e dei tumori...* – *Prevenzione degli incidenti stradali e domestici...* – *Prevenzione delle dipendenze da sostanze (alcol, droghe, farmaci).* – *Educazione alla sessualità...*”.

Nello stesso tempo la prevenzione delle dipendenze patologiche e l'educazione alla salute è una delle funzioni che la Legge attribuisce alla scuola (art. 104 del d.p.r. 309/90²).

Tale funzione si deve svolgere *attraverso un'azione informativa ed educativa, da esplicitare in modo continuativo e strutturale, attraverso programmi che si avvalgano degli strumenti ordinari dell'attività scolastica e mediante una azione concertata e condivisa con le agenzie socio-sanitarie del territorio.*

L'itinerario legislativo in merito alle "attività di educazione alla salute", a partire dalla legge 26/6/1990 n. 162, che affidava al Ministero della Pubblica Istruzione il compito di promuovere e coordinare queste specifiche attività nella scuola, fino alla legge istitutiva del progetto arcobaleno nella scuola materna ha segnato il passaggio dai temi della prevenzione delle devianze giovanili, tossicodipendenze comprese ed AIDS, ad una più ampia e interessante definizione ad ampio spettro culturale, che il concetto di “*salute*” si riferisce al generale benessere fisico, psichico, mentale, sociale e anche morale.

NORMATIVA CIRCA L'EDUCAZIONE ALLA SALUTE

- L.162/90 Attività di educazione alla salute e informazioni sui danni derivanti dall'alcoolismo, tabagismo, uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, nonché delle patologie correlate (AIDS).
- C.M. 270/90 indicazioni operative circa la l.162/90.
- C.M. 66/91 istituzione dei corsi di formazione per i docenti referenti per educazione alla salute.
- C.M.112 del 12.4.91 Uso delle infrastrutture sportive scolastiche in orario aggiuntivo.
- C.M. 240 del 2.8.91 educazione alla salute: progetto Ragazzi 2000.
- C.M. 241 del 2.8.91 Criteri per la valutazione delle esperienze di educazione

² D.P.R. 9 Ottobre 1990, N. 309, Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

alla salute.

➤ C.M. 47 del 20.1.92 iniziative per educazione alla salute: progetto giovani e progetto genitori.

➤ C.M. 362 del 22.12.92 Corsi di formazione per docenti referenti per educazione alla salute.

➤ C. M. 9 aprile 1994, n. 120, Oggetto: Attività di prevenzione primaria e di educazione alla salute: Progetto Arcobaleno, Progetto ragazzi 2000, Progetto giovani '93.

➤ D.L. 297 del 16.4.94 art.326: interventi a favore degli alunni a rischio e prevenzione delle tossicodipendenze.

➤ D.M. 16.10.2006: Linee di indirizzo sulla cittadinanza democratica e sulla legalità.

1.2 Per una prevenzione efficace

Spesso si tende a considerare l'azione preventiva, in virtù del suo ottimo mandato, come buona per sé, cioè si è portati a giustificare qualunque intervento perché "fatto a fin di bene".

Occorre invece considerare che la traduzione dei principi di prevenzione in programmi e azioni, cioè nella pratica quotidiana, deve essere valutata. In particolare deve esserne valutata l'efficacia (raggiungimento degli obiettivi), in termini di "cambiamento" anche se le variabili in gioco sono molte.

Quindi è produttivo fare riferimento a Linee guida o Raccomandazioni, come ad esempio "The community guide", che rappresenta una raccolta di evidenze rigorosamente riviste sull'efficacia degli interventi di sanità pubblica, oppure alle raccomandazioni del OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), o alle Linee Guida del NIDA (Istituto Nazionale sull'Abuso delle Droghe, USA), o agli studi sulla valutazione dell'efficacia effettuati dal CSAP (Centro per la Prevenzione dell'Abuso di Sostanze, USA), ecc.

Nel corso degli anni '90 l'OMS dichiara che occorre lavorare nella scuola sullo *sviluppo delle capacità personali* per fare educazione alla salute, superando l'ottica puramente informativa. La teoria della Life Skills Education sostiene infatti che le abilità cognitive, emotive e relazionali di base devono essere considerate centrali per la promozione della salute dei bambini e degli adolescenti, e che tali abilità consentono alle persone di operare con competenza sia sul piano individuale che su quello sociale.

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 (Orlandini D., p 508, Cocaina, 2006).

Quindi nelle fasi specifiche in cui queste abilità si stanno sviluppando nell'individuo – scuola dell'infanzia, scuola primaria e secondaria di primo grado – la prevenzione delle dipendenze coincide in gran parte con la prevenzione universale, ponendosi l'obiettivo di contrastare i fattori di rischio e promuovere i fattori protettivi delle dipendenze.

L'OMS promuove programmi fondati sulle Life Skills nel curriculum scolastico (es. TACADE in Inghilterra). Le strategie che la L.S.E. utilizza sono quelle dei modelli didattici partecipativi e attivi, con metodologie dinamiche di apprendimento e con tecniche di insegnamento che si avvalgono del brainstorming, del lavoro di gruppo o a coppie, del role-playing, dei giochi, dibattiti, ecc.

2 COSA DICE LA LETTERATURA

Uno strumento importante che fornisce indicazioni sulla - prevenzione delle dipendenze è rappresentato dalle Linee Guida del NIDA, che ha messo a punto una serie di principi generali scientificamente provati e definibili come efficaci (www.nida.gov).

Il “Principio 1” fa riferimento ai fattori di rischio e ai fattori di protezione del consumo di sostanze.

I primi sono associati ad una più elevata probabilità di consumo di sostanze, mentre i secondi sono associati ad una ridotta probabilità di consumo. Va detto comunque che la maggior parte degli individui a rischio non necessariamente inizia a far uso di sostanze e ne diviene dipendente.

Lo studio dei fattori di rischio e di protezione ha fornito un contributo importante ai programmi di prevenzione delle dipendenze, sia in termini di obiettivi che di valutazione dell'efficacia (Orlandini, p 509)

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	Fattori di rischio
<ul style="list-style-type: none">• 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.	<ul style="list-style-type: none">• 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.

Per i bambini che già mostrano seri fattori di rischio, ritardare un intervento di

prevenzione fino all'adolescenza significa probabilmente rendere più difficile il superamento di tali rischi. Nell'adolescenza, gli atteggiamenti ed i comportamenti dei figli sono ormai ben radicati e non facilmente modificabili.

La ricerca ha evidenziato che i periodi a maggior rischio per l'uso di droga coincidono con i principali momenti di transizione nella vita dei ragazzi, per es. durante cambiamenti significativi nello sviluppo fisico, quali la pubertà, o situazioni sociali quali il trasferimento da un quartiere all'altro o la separazione dei genitori, quando vi è una maggiore vulnerabilità ai problemi comportamentali. La prima grande fase di passaggio per i bambini ha luogo quando lasciano la sicurezza della famiglia e vengono iscritti a scuola.

2.1 I Principi del N.I.D.A.

Si riportano di seguito alcuni dei principi del NIDA, che riguardano direttamente o indirettamente il mondo della scuola.

Principio 1

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

Il potenziale impatto dei rischi specifici e dei fattori protettivi cambia con l'età.

Un intervento precoce sui fattori di rischio (per es., comportamenti aggressivi ed autocontrollo insufficiente) spesso ha un impatto maggiore che non un intervento operato successivamente, modificando il percorso di vita di un ragazzo per portarlo dai problemi verso comportamenti positivi (Ialongo et al. 2001).

Principio 2

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

Principio 6

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

Principio 7

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

- autocontrollo;
- consapevolezza emotiva;

- comunicazione;
- soluzione di problemi sociali;
- supporto scolastico, specialmente nella lettura.

Principio 8

I Programmi di Prevenzione per studenti della scuola media e superiore dovrebbero aumentare le competenze scolastiche e sociali, per mezzo delle seguenti capacità (Botvin et al. 1995; Scheier et al. 1999):

- attitudine allo studio e supporto scolastico;
- comunicazione;
- relazioni con i pari;
- auto-efficacia e affermazione di sé;
- capacità di resistere all'uso di droghe;
- rafforzamento delle attitudini antidroga;
- potenziamento dell'impegno personale contro l'abuso di droga.

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 (Botvin et al. 1995; Dishion et al. 2002).

Principio 10

I programmi di prevenzione di comunità che combinano due o più programmi efficaci, come i programmi per le famiglie e i programmi in ambito scolastico, possono essere più efficaci di un singolo programma (Battistich et al. 1997).

Principio 11

I programmi di prevenzione di comunità che raggiungono i destinatari in ambienti multipli, ad esempio scuole, club, organizzazioni religiose, media, sono molto più efficaci quando sono coerenti tra loro e viene mandato lo stesso messaggio (Chou et al. 1998).

Principio 13

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

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

Principio 14

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

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

Principio 15

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

Principio 16

I programmi di prevenzione basati sulle evidenze scientifiche possono essere vantaggiosi economicamente.

La recente ricerca dimostra che per ogni dollaro investito in prevenzione, si risparmia fino a 10 dollari in trattamento per alcol o per altro abuso di sostanze (Pentz 1998; Hawkins 1999; Aos et al. 2001; Spoth et al. 2002a).

2.2 Sintesi delle principali strategie preventive adottate ed evidenze di efficacia

Il presente paragrafo è tratto dal capitolo 2 di Leone L., Ruffa M., Prevenzione delle dipendenze, riduzione del danno ed evidenze di efficacia: sintesi delle principali indicazioni offerte da *review* sistematiche e linee guida (Leone, Celata, pag. 35-85, 2006). I riquadri posti a seguito di ciascuna strategia di intervento sintetizzano, a titolo esemplificativo, alcuni interessanti progetti di prevenzione realizzati nella Provincia di Bergamo.

2.2.1 Strategia Informativa

Ipotesi di fondo: Gli individui adottano comportamenti a rischio in quanto non sono sufficientemente o adeguatamente informati rispetto agli effetti negativi ad essi conseguenti.

Esempi: Interventi informativi rivolti ai singoli: sportelli di primo ascolto, call center telefonici.

Interventi informativi rivolti ai gruppi: gruppi-classe con riferimento specifico alle sostanze. Interventi informativi rivolti alla popolazione: conferenze, campagne pubblicitarie, TV, giornali.

Evidenze di efficacia:

- Interventi basati solo sull'approccio informativo (Knowledge-oriented) sono inefficaci rispetto alla riduzione del consumo di sostanze stupefacenti nei destinatari dell'intervento (CSAP, OMS).

- Numerosi studi dimostrano l'inefficacia dei messaggi allarmistici e ad alto impatto emotivo nel provocare un cambiamento di atteggiamento e comportamento.
- Nella letteratura non emergono particolari evidenze di efficacia rispetto alla strategia informativa rivolta ai singoli individui (sportello). Occorre porre attenzione al rischio dell'etichettamento.
- Lezioni informative tenute da specialisti o giornate specifiche sulla droga, rivolte ai gruppi-classe, sono note per essere le meno efficaci nel cambiare l'atteggiamento dei destinatari e possono avere l'effetto di far crescere l'interesse e la curiosità dei giovani (OMS).
- Un messaggio di prevenzione relativo al consumo di sostanze può avere effetti opposti a seconda che il destinatario sia un "utilizzatore" o un "non utilizzatore" e, paradossalmente, nei primi può portare ad un aumento del consumo di sostanze illecite. (Leone, De Gregorio, 2002).
- Interventi informativi su grandi pubblici servono ad aumentare il livello di allerta rispetto al consumo di sostanze, ma se non inseriti all'interno di altri approcci più comprensivi, risultano essere inefficaci (OMS, 27, 51; CSAP, 62).

2.2.2 Strategia educativo-promozionale

Ipotesi di fondo: Promuovendo l'agio e rafforzando i fattori protettivi individuali, i soggetti svilupperanno una maggiore resistenza all'influenza negativa dei pari o dei modelli che provengono dalle società, una più radicata consapevolezza di sé ed una tendenza all'auto-protezione e al mantenimento del benessere psico-fisico.

Esempi: Life Skill Training: ha l'obiettivo di fornire le abilità (Skills) necessarie per resistere alla pressione dei pari rispetto al consumo di sostanze lecite e illecite, sviluppare l'autostima, il senso di padronanza e di sicurezza di sé; insegnare a gestire l'ansia e aumentare le competenze in merito alle conseguenze immediate dell'uso di sostanze. Alcune di queste abilità sono:

- capacità di prendere decisioni;
- capacità di risolvere i problemi;
- pensiero creativo;
- pensiero critico;
- comunicazione efficace;
- capacità di relazioni interpersonali;
- auto-consapevolezza;
- empatia e gestione delle emozioni e dello stress.

Evidenze di efficacia:

- Sono i programmi di prevenzione universale maggiormente studiati e valutati nel campo dell'educazione all'uso di sostanze.

- Per essere efficaci devono essere collocati all'interno di una strategia a lungo termine (3-4 anni) e ripetuti nel tempo.
- Devono prevedere non meno di cinque sessioni in un anno con sessioni di rinforzo o follow-up negli anni successivi.
- Devono essere collocati all'interno di un più ampio curriculum di educazione alla salute che coinvolga tutta la scuola.
- Devono prevedere una forte interazione fra pari e la formazione degli insegnanti.
- Dovrebbero essere incorporate nel programma quelle che vengono definite "variabili mediatrici", cioè fattori che si connettono a cambiamenti nei comportamenti di consumo delle sostanze (es. un atteggiamento contrario all'uso di sostanze, conoscenze connesse alle modalità di consumo, correzione di giudizi erranei circa la normalità e l'accettabilità di tale comportamento).

Esempi di progetti in provincia di Bergamo basati su strategie educativo promozionali

Titolo Progetto: Alcol e sostanze stupefacenti. Quali azioni di prevenzione?

Tipologia di intervento: Corso di Formazione per insegnanti

Periodo: anno scolastico 2005-2006.

Contenuti: Alcol e sostanze stupefacenti: quali azioni di prevenzione?

Strutture coinvolte: SerT di Gazzaniga e Bergamo, Polo scolastico Valle Seriana.

Destinatari: Insegnanti dei diversi ordini scolastici e referenti dell'Educazione alla Salute

Obiettivo generale: Definizione di "bersagli" e azioni preventive da parte degli insegnanti.

Percorso: 5 moduli per insegnanti con lavori in piccoli gruppi misti e la presenza di un formatore

Risultati: Gli insegnanti, nell'anno scolastico successivo, hanno realizzato interventi con gli studenti alla luce delle indicazioni emerse nel corso e con la consulenza degli operatori del SerT.

Punti di forza: 1) Utilizza gli insegnanti come moltiplicatori di azioni preventive; 2) Prevede azioni lungo tutto il corso dell'anno e anche negli anni successivi; 3) Utilizza tecniche interattive; 4) Incide sul contesto scolastico adulto (insegnanti) attivandolo e rendendolo protagonista dell'intervento. 5) Mette a confronto diversi ordini di scuola permettendo di rivolgere l'attenzione anche ai momenti di transizione 6) Gli insegnanti hanno un ruolo di formatori privilegiati e gli esperti di consulenza.

Punti di debolezza: essendo un intervento interistituzionale, manca il livello del coinvolgimento dei singoli contesti scolastici che dovrà essere attivato dai docenti che attiveranno le iniziative.

Titolo Progetto: **Break-Point**

Tipologia dell'intervento: Percorso di formazione e consulenza agli insegnanti.

Periodo: Anno 2005-2006.

Contenuti: Comportamenti d'abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti e alcoliche.

Strutture coinvolte: Scuole secondarie di 1° grado dell'Isola Bergamasca, Ufficio di Piano, Solco Priula.

Destinatari: Alunni classi 2° e 3°, docenti e genitori.

Obiettivo generale: Prevenzione all'uso di sostanze psicoattive legali ed illegali.

Percorso: Incontri con i docenti per analizzare i contenuti e le conoscenze, fornire strumenti metodologici e materiali, progettare gli interventi. Interventi degli insegnanti nelle classi per sviluppare le abilità necessarie a prevenire comportamenti a rischio tramite metodologie attive. Incontri con i genitori per restituire il lavoro svolto e responsabilizzare circa il loro ruolo educativo.

Verifica finale.

Risultati: Miglioramento del rapporto e del confronto fra insegnanti su tematiche e metodologie diverse da quelle curricolari. Miglioramento del rapporto fra insegnanti e alunni. Inserimento di queste tematiche nei percorsi curricolari di alcuni insegnanti.

Punti di forza: 1) Viene coinvolto tutto il contesto scolastico nelle sue diverse componenti; 2) Prevede momenti formativi rivolti agli insegnanti; 3) Prevede azioni lungo tutto il corso dell'anno scolastico; 4) Utilizza tecniche interattive; 5) Promuove il protagonismo degli insegnanti e degli adolescenti; 6) Gli insegnanti hanno un ruolo di formatori privilegiati e gli esperti di consulenza.

Punti di debolezza: 1) Resistenza del contesto scolastico a modificare i propri modelli educativi e programmi formativi.

Titolo Progetto: **Liberi dal fumo**

Tipologia dell'intervento: Percorso di formazione e consulenza agli insegnanti.

Periodo: Il progetto è attivo da alcuni anni.

Contenuti: Il fumo da tabacco.

Strutture coinvolte: Regione Lombardia, Università di Pavia, Asl di Bergamo (Medicina Prev. Di Comunità), Ufficio Scolastico Provinciale e Scuole.

Destinatari: Insegnanti, alunni, genitori.

Obiettivo generale: Ridurre l'abitudine al fumo e rinforzare l'intenzione di non fumare.

Percorso: Gli operatori ASL presentano il progetto alle scuole; gli insegnanti interessati vengono incontrati per un maggiore dettaglio del percorso formativo. Viene loro fornito il materiale (manuale, CD. Schede di valutazione); tutto il progetto viene quindi gestito dall'insegnante, che coinvolgerà anche i genitori ed, eventualmente a fine anno, anche un operatore ASL per una restituzione del percorso.

Risultati: Verificata l'efficacia per scuole infanzia, primaria e secondaria di primo grado.

Non verificata per le scuole superiori.

Punti di forza: 1) Viene coinvolto tutto il contesto scolastico nelle sue diverse componenti; 2) Prevede momenti formativi rivolti agli insegnanti; 3) Prevede azioni lungo tutto il corso dell'anno scolastico; 4) Utilizza tecniche interattive; 5) Promuove il protagonismo degli insegnanti e degli adolescenti; 6) Gli insegnanti hanno un ruolo di formatori privilegiati e gli esperti di consulenza.

Punti di debolezza: 1) Difficoltà a mantenere nel tempo l'intervento educativo; 2) Scarsità di risorse.

2.2.3 Strategia della Peer-Education

Ipotesi di fondo: Intervenire sul gruppo di coetanei tramite un "pari", può favorire la modificazione di atteggiamenti in quanto si utilizzano fonti informative "fiduciarie e credibili" e codici di comunicazione (linguaggi, slang, ecc.) omogenei. Il presupposto teorico si basa sulla forza della pressione sociale, della tendenza alla conformità che caratterizza i gruppi e al ruolo degli opinion-leaders nella fase adolescenziale.

Evidenze di efficacia:

- Gli interventi educativi che sono condotti da pari o che includono i Peer-leaders, sono più efficaci degli approcci che prevedono un ruolo rilevante degli adulti (CSAP).
- L'intervento deve prevedere un periodo di formazione dei Peer-leaders sufficientemente lungo e gestito da persone competenti in campo educativo (NIDA)
- La scelta dei Peer-leaders deve avvenire all'interno del gruppo target (WHO).

Progetto in Provincia di Bergamo basato sulla peer education

Titolo Progetto: **Ci sei o ci fai?**

Periodo: anni scolastici 2004-2005 e 2005-2006.

Contenuti: I comportamenti a rischio degli adolescenti.

Strutture coinvolte: ASL Bergamo (Medicina Prev. Di Comunità, SerT Bergamo, U.O. Adolescenza), Liceo Falcone, ISIS Galli.

Destinatari: Gli studenti dei due Istituti

Obiettivo generale: Influire sugli atteggiamenti degli adolescenti tramite i peer.

Percorso: Creazione di uno staff con Operatori, Insegnanti Tutors e Dirigenti scolastici per definire obiettivi, tempi, spazi, costi del progetto. Selezione dei Peer-educators. Scelta del tema. Formazione dei Peer. Progettazione e realizzazione dell'intervento Peer to Peer. Valutazione.

Risultati: Efficacia dimostrata sul gruppo dei Peer-educator che ha registrato una

evoluzione in termini di competenze, capacità, sicurezza e coesione. E' ipotizzabile che tale evoluzione abbia ricadute informali nei rispettivi gruppi di appartenenza. Non ha inciso sul resto del corpo docente che continua a vivere il progetto come un "corpo estraneo" mal tollerato. Di difficile valutazione l'effetto sulle classi coinvolte al di là della soddisfazione e del gradimento per l'intervento.

Punti di forza: 1) Viene coinvolto il contesto scolastico nelle sue varie componenti; 2) prevede azioni lungo tutto il corso dell'anno e anche negli anni successivi; 3) Utilizza tecniche interattive; 4) Promuove il protagonismo degli adolescenti; 5) Utilizza una progettazione partecipata tra diverse componenti (studenti, insegnanti, operatori); 6) Sviluppa le capacità di resistere alle pressioni sociali.

Punti di debolezza: 1) Insufficiente coinvolgimento del corpo docente; 2) non ha previsto momenti formativi per gli insegnanti.

2.2.4 Strategie di sviluppo di comunità

Ipotesi di fondo: Se si interviene all'interno di una comunità adottando un approccio emancipatorio e prevedendo, in un'ottica sistemica, la partecipazione degli individui, delle diverse agenzie educative e delle istituzioni presenti nella comunità (approccio di rete) e favorendone l'assunzione di responsabilità, allora è probabile che si sviluppino una serie di cambiamenti all'interno della stessa in termini di rafforzamento del controllo sociale sui comportamenti devianti, di una maggiore comunicazione e capacità di gestione dei conflitti, di una corresponsabilità nella soluzione di problemi comuni.

E' un intervento che si indirizza a molteplici sistemi e utilizza diverse strategie e quindi può agire su più fattori.

Evidenze di efficacia:

- Le partnerships a livello di comunità possono essere efficaci nel suscitare cambiamenti sia a livello di sistema che di comportamenti dei singoli individui (CSAP).
- La mobilitazione delle comunità ha influenza sull'innalzamento del livello di consapevolezza rispetto a problematiche connesse alla dipendenza e nel decremento del consumo di alcol, tabacco, e altre droghe e sulla percezione che la popolazione ha delle norme (CSAP).
- Anche se si interviene all'interno di un ambito ristretto (Es. scuola) l'azione promossa deve favorire il cambiamento del contesto, dei modelli educativi, dei programmi formativi, piuttosto che il comportamento dei singoli nel gruppo classe.

Progetto in provincia di Bergamo basato su strategie di sviluppo di comunità

Titolo Progetto: Fuori di scuola....dentro di testa

Tipologia dell'intervento: Intervento di comunità.

Periodo: Anni 2004-2005 e 2005-2006

Contenuti: Conoscenza di sé e miglioramento dell'autostima, miglioramento del rapporto con l'adulto, alleanza educativa scuola-famiglia.

Strutture coinvolte: I.C. Tavernola, Comitato dei Genitori, Coop. Il Cantiere, Comunità Montana Monte Bronzone Basso Sebino.

Destinatari: Alunni, insegnanti e genitori di 2° media.

Obiettivo: Prevenzione delle dipendenze e dei comportamenti a rischio.

Percorso: Incontri con gli insegnanti nel Consiglio di Classe per progettare l'intervento (circa 4 ore). 3 giorni di attività residenziale con gli alunni sul tema scelto, condotte da educatori di una cooperativa. 1 giornata residenziale con i genitori. 2 incontri fra genitori ed educatori per esplorare le risorse del territorio. 1 plenaria finale con tutte le componenti (alunni, genitori, insegnanti).

Risultati: Miglioramento delle relazioni tra scuola famiglia e territorio. Miglioramento delle competenze relazionali e progettuali dei docenti.

Punti di forza: 1) Viene coinvolto tutto il contesto scolastico nelle sue diverse componenti; 2) Prevede azioni lungo tutto il corso dell'anno scolastico ed anche successivi; 3) Si utilizzano tecniche interattive; 4) Promuove il protagonismo degli adolescenti; 5) Coinvolge a diversi livelli il territorio; 6) Favorisce il cambiamento del contesto;

Punti di debolezza: 1) Il ruolo degli esperti è ancora forse un po' troppo preponderante. 2) non prevede momenti formativi per gli insegnanti.

3 RACCOMANDAZIONI PRATICHE

Alla luce delle raccomandazioni e delle evidenze di efficacia presenti in letteratura e dell'esperienza di operatori che da anni progettano e realizzano interventi di prevenzione delle dipendenze nel contesto scolastico, è possibile individuare alcuni elementi "certi" e "certificati" che devono accompagnare tali interventi:

Gli insegnanti hanno un ruolo insostituibile

- L'efficacia di un intervento aumenta se viene coinvolto tutto il contesto scolastico nelle sue varie componenti (docenti e non docenti, genitori e studenti) che, ognuna per la propria parte, devono conoscerlo, sostenerlo, realizzarlo.
- In particolare è importante il coinvolgimento e il sostegno del corpo docente di una scuola per rendere efficace un intervento di prevenzione delle dipendenze.
- L'efficacia di un intervento aumenta se prevede momenti formativi rivolti agli insegnanti, in quanto il loro ruolo educativo implicito ed esplicito li rende efficaci moltiplicatori di azioni preventive.
- Non sono efficaci, pertanto rappresentano uno spreco, interventi di prevenzione delle dipendenze che non coinvolgono gli insegnanti.

Metodologie attive

- L'efficacia di un intervento aumenta se prevede azioni lungo tutto il corso dell'anno scolastico e se ha una durata pluriennale.
- L'efficacia di un intervento aumenta se si utilizzano tecniche interattive che promuovano il coinvolgimento, lo scambio, il confronto fra i pari, piuttosto che metodi basati sulla lezione frontale.
- L'efficacia di un intervento aumenta se utilizza una metodologia che promuova il protagonismo degli adolescenti.
- Ciascun insegnante dovrebbe utilizzare queste metodologie all'interno dei propri programmi curriculari.

Collaborazione a tutti i livelli

- L'efficacia di un intervento aumenta se nasce da un lavoro di progettazione partecipata fra le diverse componenti del contesto scolastico, fra le quali la componente degli studenti.
- L'efficacia di un intervento aumenta se coinvolge ai diversi livelli il territorio nel quale la scuola è inserita, promovendo il senso di appartenenza degli studenti ad una comunità più ampia.

Cosa non serve?

- Non sono efficaci, pertanto rappresentano uno spreco di risorse, interventi "spot" quali conferenze, esperti nelle classi, proiezioni di filmati, distribuzione di opuscoli, ecc. che

non siano inseriti in un progetto più ampio e a lungo termine e che non incidano sul contesto scolastico "adulto".

Un intervento di prevenzione delle dipendenze deve favorire il cambiamento del contesto, dei modelli educativi, dei programmi formativi, piuttosto che il comportamento dei singoli nel gruppo classe.

Quali sono i contenuti e i tempi più adatti?

- Un intervento di prevenzione delle dipendenze è più efficace se collocato nelle fasi di transizione dell'adolescente, come i passaggi da un ordine di scuola all'altro.
- Un intervento di prevenzione delle dipendenze dovrebbe sviluppare la capacità di resistere alle pressioni sociali, al conformismo, ai messaggi pubblicitari, ecc.
- Sono da evitare interventi a forte impatto emotivo, o allarmistici, o che utilizzino testimonial, perché si sono dimostrati inefficaci se non addirittura controproducenti a causa del rischio di produrre reazioni di rifiuto o di imitazione proprio nelle persone maggiormente a rischio.
- Nell'ambito della scuola dell'infanzia gli interventi di prevenzione delle dipendenze devono essere indirizzati verso fattori di rischio quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali, difficoltà di apprendimento.
- Nell'ambito della scuola primaria gli interventi di prevenzione delle dipendenze mirano a sviluppare le abilità personali (Life Skills) e i fattori protettivi quali autocontrollo, consapevolezza emotiva, comunicazione, soluzione di problemi sociali, supporto scolastico, specialmente nella lettura e a contrastare fattori di rischio quali aggressività precoce, fallimenti scolastici e abbandono scolastico.
- Nell'ambito della scuola secondaria di primo e secondo grado gli interventi di prevenzione delle dipendenze devono mirare a sviluppare ed aumentare le competenze scolastiche e sociali per mezzo delle seguenti capacità: attitudine allo studio e supporto scolastico, comunicazione, relazioni con i pari, auto-efficacia e affermazione di sé. Si dovrebbe inoltre sviluppare la capacità di assunzione di un ruolo consapevole, attivo e propositivo all'interno del gruppo per contrastare l'uso di sostanze, anche attraverso una riflessione sui significati e sulle funzioni che l'uso di sostanze ha in adolescenza.
- Ne consegue che gli interventi di prevenzione delle dipendenze devono essere inseriti all'interno di un percorso curriculare e avere come formatori privilegiati gli insegnanti stessi. Il ruolo degli esperti dovrebbe essere prevalentemente quello di consulenza agli insegnanti.

Bibliografia e link

Bandura A., *"Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change"*. Psychological Rev. 1977.

Bertini M., Braibanti P., Gagliardi M.P.: Dip. Psicologia Università di Roma La sapienza, *"I programmi di LSE nel quadro della moderna psicologia della salute"*. Psicologia della salute, n. 2/1999.

Betta A., *Strategie di educazione alla salute nel setting scolastico*. Punto Omega, Rivista quadrimestrale del Servizio Sanitario del Trentino, Nuova serie Anno III/2001, numero 5-6 www.trentinosalute.net/UploadDocs/109_po005_6.pdf

Boda G., *Life skill e peer education. Strategie per l'efficacia personale e collettiva*, La Nuova Italia, Milano 2001.

Botvin G.J., *Planning Workbook - A Guide for Implementing LifeSkills Training Program*. National Health Promotion Associates, 2002.

www.lifeskillstraining.com/uploads/files/LST_Planning_WB.pdf

Botvin G.J., Baker E., Dusenbury L.D., Botvin E.M., Diaz T., *Long-term follow-up results of a randomised drug abuse prevention trial*.

In Journal of American Medical Association, vol. 273, 1995

Catalano S., *Strategie per il successo formativo. Competenze relazionali dell'insegnante e gestione della classe*. Tecnodid, Napoli, 2000.

Centers for Disease Control and Prevention CDC, *"Framework for Program Evaluation in Public Health"*. MMWR, 1999; 48 (n RR-11).

CSAP, Brounstein P.J., Zweig, Gardner S.E., *Science-Based Practices In Substance Abuse prevention: A guide, Substance Abuse and Mental health Services Administration*. Centre for Substance Abuse Prevention, 1998. <http://prevention.samhsa.gov>

Francescato D., Putton A., Cudini S., *Star bene insieme a scuola. Strategie per un'educazione socio-affettiva dalla materna alla media inferiore*. NIS La Nuova Italia Scientifica, Roma 1986.

Goleman D., *Intelligenza emotiva. Che cos'è. Perché può renderci felici*. Biblioteca Universale Rizzoli, Milano 1996 (ed.or.1995).

Hawkins J.D., Weiss J.G., *"The social development model: an integrated approach to delinquency prevention"*. In Journal of Primary Prevention, 6, 1985.

Leone L., Celata C., a cura di, *"Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze"*. Il Sole 24 Ore, Milano 2006. www.cevas.it/bibliografia_e_link/valutazione_tossicodipendenze/index.htm

Maccacaro G.A., *"Per una Medicina da rinnovare"*.

Scritti 1966/76. Feltrinelli, Milano 1976.

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

<http://www.orientamentoirreer.it/materiali/LifeSkillsOms.htm>

Migani C. (a cura di), *Dal disagio scolastico alla promozione del benessere*. Carocci, Roma 2004.

NIDA, National Institute on Drug Abuse, Bethesda – U.S.A.. “La prevenzione: principi generali e linee-guida del NIDA”. In Santoro G. (a cura di), *Materiale didattico per corsisti, Educazione alla Salute e Prevenzione delle Dipendenze*. SEDES, Perugia, 2005.
http://www.informadroga.it/public/ser/8/SEDES_NIDA.pdf

Orlandini D., Nardelli R., Bottignolo E., *Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione*. Regione Veneto, 2002.

Pellai A., *Educazione sanitaria. Principi, modelli, strategie e interventi*. Manuale per insegnanti ed operatori socio- sanitari. Ed. F. Angeli Milano, 1997.

Rootman I., Goodstadt M., Hyndman B., McQueen D. V., Potvin L., Springett J. and Ziglio E., *WHO Evaluation in health promotion Principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, N° 92, 2001-
<http://www.who.dk/Document/E73455a.pdf>

Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS, “*Evidence Based Medicine: what is and what isn't*”. BMJ 1996; 312: 71-72.

Schifano F., Serpelloni G., Bosco O., Bertonecelli S. (a cura di), *Cocaina. Manuale di aggiornamento tecnico- scientifico*. Dipartimento Nazionale per le politiche antidroga, 2006.

Sumnall H., McGrath Y., McVeigh J. , Burrell K., Wilkinson L., Bellis M., *Drug use prevention among young people Evidence into practice briefing*. National Institute for Health and Clinical Excellence February 2006. [www.publichealth.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=529843)
<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=529843>

http://www.hdaonline.org.uk/downloads/pdfs/regional/york_humb/pubhealth_interventionns.pdf

Vanini P., *Gli insegnanti come adulti di riferimento*. In *Innovazione Educativa*, n. 5, 1998. Supplemento del Bollettino IRRSAE Emilia - Romagna

WHO (World Health Organization), Ottawa, Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, 21 november 1986.

WHO (World Health Organization), Hawks D., Scott K., McBride N., Jones P., Stockwell t., “*Prevention of Psychoactive Substance Use*”. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention, NLM Classification WM270, 2002.

Stampato a Maggio 2007
N. 300 copie

Per informazioni e contatti sulle Unità Operative Prevenzione del Dipartimento Dipendenze:

Dott. Luca Biffi, responsabile prevenzione Ser.T. Bergamo Due,
lbiffi@asl.bergamo.it, tel 0363 987202

Dott. Andrea Noventa, responsabile prevenzione Ser.T. Bergamo Uno,
anoventa@asl.bergamo.it, tel 035 2270391

Per materiale e documentazione:

Dott. Elvira Beato, responsabile Osservatorio Dipartimento delle Dipendenze,
ebeato@asl.bergamo.it, tel. 035 2270404