



Regione Lombardia
Famiglia e Solidarietà Sociale



“Report sulla Prevenzione Selettiva nell’Unione Europea e in Norvegia”

Gregor Burkhart, EMCDDA



**Traduzione italiana a cura di:
C. Celata, G. Gelmi, V. Velasco, G. Aresi
Luglio 2007**



Introduzione

Il presente contributo è una traduzione italiana, a cura del Dipartimento delle Dipendenze della Asl Città di Milano, del documento "*Report on Selective Prevention in the European Union and Norway*", redatto da Gregor Burkhart, responsabile del settore prevenzione dello *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA). L'EMCDDA è l'Osservatorio, con sede a Lisbona, che funge da punto di riferimento centrale rispetto alle informazioni sulla droga nell'Unione Europea.

Il documento originale risale al Settembre del 2004, perciò alcuni degli interventi o delle informazioni proposte possono apparire datati.

Il *report* è costituito da una raccolta commentata e ragionata di una serie di relazioni redatte da esperti del settore di 13 Stati Membri dell'Unione Europea, (mancano Belgio e Svezia). I dati su Norvegia e Slovenia sono stati raccolti attraverso le informazioni fornite dai rappresentanti di questi due Paesi facenti parte del *network* del progetto Reitox dell'EMCDDA. Questi esperti hanno raccolto le informazioni rispetto agli interventi e ai Servizi di prevenzione locali e hanno fornito una panoramica degli sviluppi che, all'interno del proprio paese, hanno osservato in questo settore.

INDICE

PARTE 1

LA PREVENZIONE SELETTIVA PER GRUPPI AD ALTO RISCHIO	6
1. Introduzione	6
TERMINOLOGIA USATA.....	6
STRUTTURA DI QUESTO REPORT.....	8
Raccolta di esempi, (tenendo in considerazione le differenze delle politiche locali).....	8
“Essere vulnerabili” non equivale ad “avere bisogno di un trattamento per consumo di droga”.....	9
Classificazioni	10
Ragioni per non includere nel report gli interventi di prevenzione nei luoghi del divertimento.....	10
Indicazioni bibliografiche: due elenchi	10
2. Vulnerabilità e fattori di rischio: le teorie di base per la prevenzione selettiva	10
3. Focus sull'inadempienza dell'obbligo scolastico: programmi scolastici alternativi per chi abbandona precocemente la scuola	14
INDICAZIONI GENERALI DA PARTE DEGLI STATI MEMBRI.....	14
IRLANDA.....	15
P: Youthreach	15
P: Cherry Orchard Equine Centre.....	15
EP: LEBO Project: Cox's Demesne Youth and Community Project, Dundalk	15
PORTOGALLO.....	16
P: A matter of balance: Association for education and youth integration Setúbal.....	16
GRAN BRETAGNA	17
4. Prevenzione dell'abbandono scolastico: l'intervento a scuola con gruppi vulnerabili (inclusa l'offerta di spazi di <i>counseling</i>)	17
INDICAZIONI GENERALI DA PARTE DEGLI STATI MEMBRI.....	18
GERMANIA	19
P: Inside@school from the Organization Condrops in Bavaria	19
EP: Step by Step ^{EDDRA}	19
SPAGNA.....	20
EP: Socio-occupational inclusion Norte Joven EDDRA	20
IRLANDA.....	20
EP: Stay in school EDDRA	20
EP: Jobstown Education and Training Strategy (JETS).....	22
P: Ballymun Educational Support Team (BEST).....	22
EP: The “Awareness FC” Drug Prevention Programme.....	23
AUSTRIA.....	24
EP: Early detection in schools ^{EDDRA}	24
PORTOGALLO.....	25
EP: SUB-RISCOS (Fundação Portuguesa – A comunidade contra a SIDA – Madeira).....	25
FINLANDIA.....	25
P: Career planning class	25
NORVEGIA	25
P: New Start	25
5. Delinquenza giovanile	26
INDICAZIONI GENERALI DA PARTE DEGLI STATI MEMBRI.....	26
GERMANIA	27

EBP: FreD (Frühintervention bei erstaußfälligen Drogenkonsumenten) ^{EDDRA}	27
IRLANDA	28
EP: Finglas Village Project, Dublino	28
LUSSEMBURGO	29
P: Street Work – Juveniles in Urban Area	29
GRAN BRETAGNA	30
P: Drug Outreach Workers In Youth Offending Teams	30
NORVEGIA	30
EP: ART	30
6. Servizi di <i>counseling</i> nell'ambito extra-scolastico, educativa di strada e punti di incontro per giovani sperimentatori di droga	31
RIFERIMENTI GENERALI DA PARTE DEGLI STATI MEMBRI	31
DANIMARCA	32
GERMANIA	33
GRECIA	33
SPAGNA	33
P: Hirusta ^{EDDRA}	33
IRLANDA	34
EBP: Ballymun Youth Action Project (YAP)	34
AUSTRIA	35
EP: Train Waggon a Mödling	35
EP: Auftrieb ("Spinta") ^{EDDRA}	36
GRAN BRETAGNA	37
EP: Out There Project	37
EP: Health Action Zone (HAZ) Pump-Priming Drug Misuse Prevention Projects	37
7. Interventi per favorire attività alternative nel tempo libero (incluse le attività sportive) e per sostenere il lavoro giovanile	38
RIFERIMENTI GENERALI PER GLI STATI MEMBRI	38
GRECIA	39
P: Arsis	39
IRLANDA	40
P: Ballyfermot Youth Club	40
P: Cherry Orchard After School Project	40
LUSSEMBURGO	41
EP: "Natur - Bewegung - Kreativität"	41
FINLANDIA	41
REGNO UNITO	41
P: Positive Futures	41
8. Gruppi etnici	42
RAPPORTI GENERALI DAGLI STATI MEMBRI	43
GRECIA	44
EP: Combating Social Exclusion ^{EDDRA}	44
PORTOGALLO	44
EP: "Djibé" Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso, Oporto	44
SPAGNA	45
EBP: Sports for immigrants ^{EDDRA}	45
EP: Paco Nantera ^{EDDRA}	45
9. Altri approcci	47
10. Progetti di ricerca in corso sulla prevenzione selettiva	48
GRECIA	48
11. Sintesi dei risultati più promettenti e degli apprendimenti degli Stati Membri	48

DANIMARCA	48
GRECIA.....	48
AUSTRIA.....	49
NORVEGIA	49
12. Conclusioni e raccomandazioni da parte degli Stati Membri	50
DANIMARCA	50
GERMANIA	50
GRECIA.....	50
SPAGNA.....	51
FRANCIA.....	51
IRLANDA.....	51
ITALIA.....	51
LUSSEMBURGO	52
PAESI BASSI	52
AUSTRIA.....	53
PORTOGALLO.....	53
FINLANDIA.....	53
GRAN BRETAGNA	53
NORVEGIA	54

PARTE 2

LA PREVENZIONE NELLE ZONE A RISCHIO	55
13. Strumenti per la valutazione del rischio dei territori e delle popolazioni.....	55
VALUTAZIONE DEL RISCHIO A LIVELLO GEOGRAFICO.....	55
VARIABILI USATE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO NELLE AREE GEOGRAFICHE: ESPERIENZE IN GRAN BRETAGNA	58
Alloggio	58
Delinquenza giovanile	58
Disoccupazione.....	58
Variabili economiche delle zone	58
14. Alcuni esempi di intervento rivolti ai giovani e alle famiglie che vivono in quartieri a rischio.....	59
IRLANDA.....	59
The Young People's Facilities and Services Fund (YPFSF) National Report.....	59
Il "Shanty Project", Tallaght, Dublin	60
PORTOGALLO.....	61
EP: (Re-)Inventing Time on the Street. Community Centre of Esmoriz	61
GRAN BRETAGNA	62
EP: Positive futures National Report	62
EP: Summer Splash Programme.....	63
Connexions National Report.....	63

PARTE 3

PREVENZIONE PER LE FAMIGLIE A RISCHIO.....	64
15. Esempi pratici di interventi per le famiglie	66
RIFERIMENTI GENERALI DAGLI STATI MEMBRI	66
DANIMARCA.....	66
GERMANIA	66
ITALIA.....	66

LUSSEMBURGO	66
PAESI BASSI	67
FINLANDIA.....	67
GRAN BRETAGNA	67
IRLANDA.....	68
P: Cherry Orchard Family Care Centre.....	68
EBP: Springboard Projects:.....	68
EP: Ana Liffey Drug Project, Children's Project, Dublin	70
P: The Talbot Centre, North Inner City Dublin	70
EP: Foroige: Young Mothers Groups	71
PORTOGALLO.....	72
EP: ECOS, Viana do Castelo	72
GRAN BRETAGNA	72
EP: "On track"	72
NORVEGIA	73
16. Risultati promettenti o lezioni apprese in merito ai programmi di prevenzione selettiva rivolti alle famiglie	74
GRECIA.....	74
IRLANDA.....	74
LUSSEMBURGO	74
FINLANDIA.....	74
GRAN BRETAGNA	75
NORVEGIA	75
17. Conclusioni e raccomandazioni sulla prevenzione con le famiglie a rischio	76
DANIMARCA.....	76
GERMANIA	76
GRECIA.....	76
IRLANDA.....	77
FINLANDIA.....	77
GRAN BRETAGNA	77
18. Bibliografia generale	78
19. Bibliografia raccomandata dagli esperti e divisa per Stati Membri	81
SPAGNA.....	81
IRLANDA.....	81
ITALIA.....	81
LUSSEMBURGO	82
PAESI BASSI	82
FINLANDIA.....	82
GRAN BRETAGNA	82
NORVEGIA	83

PARTE 1

LA PREVENZIONE SELETTIVA PER GRUPPI AD ALTO RISCHIO

1. Introduzione

TERMINOLOGIA USATA

La prevenzione selettiva si rivolge ai gruppi vulnerabili, ai quali appartiene la maggior parte dei giovani che sviluppano problemi con le droghe, integrando in modo mirato, essenziale ed efficace l'attività di prevenzione universale che si rivolge a tutta la popolazione giovanile.

Secondo la classificazione dell'*Institute of Medicine*¹ (IOM 1994), gli interventi di prevenzione possono essere classificati in:

- **Universali:** rivolti all'intera popolazione giovanile, senza prendere in considerazione eventuali differenze in termini di vulnerabilità o comportamenti a rischio, propri del target di riferimento;
- **Selettivi:** rivolti a gruppi considerati vulnerabili o implementati in contesti a rischio;
- **Indicati:** rivolti a soggetti con specifiche vulnerabilità individuali come, ad esempio, i bambini affetti da ADHD², i figli di genitori alcolisti cronici, ecc.

Definire il concetto di prevenzione non è comunque lo scopo di questo documento.

Questa classificazione non è pienamente coerente con quella tradizionale "primaria (prevenire l'uso), secondaria (prevenire l'abuso), terziaria (prevenzione del danno)", tipica dell'ambito della Salute Pubblica, ma permette potenzialmente una maggiore chiarezza concettuale. Questa nuova classificazione si focalizza infatti sullo status del gruppo *target* dell'intervento, per esempio se esso si trova in una situazione di particolare rischio (prevenzione selettiva) oppure no (prevenzione universale) e non sugli obiettivi dell'intervento stesso, come invece accade nella classificazione usata in Sanità Pubblica. Questo facilita, anche in questo *report*, la presentazione degli interventi secondo il criterio della vulnerabilità e della rischiosità, ad esempio, in base al metodo di lavoro piuttosto che in base ai possibili obiettivi astratti (prevenire l'uso o l'abuso?).

Nel modello di prevenzione selettiva, non conta, e il lettore troverà molti esempi di questo tipo nelle pagine seguenti, se i giovani appartenenti a un gruppo a rischio hanno realmente già sperimentato sostanze oppure no (nella precedente classificazione questo avrebbe implicato sia la prevenzione primaria sia quella secondaria). Ciò che conta sono i riferimenti di base della ricerca che suggeriscono che i giovani appartenenti a un certo gruppo sono a rischio (o meglio "vulnerabili") rispetto alla loro reale possibilità di sviluppare il problema. Ma oltre ai fattori generali di vulnerabilità, questi "gruppi vulnerabili" presentano anche molte caratteristiche comuni a livello biografico, culturale, socio-linguistico e psicosociale, che sono di grande rilevanza per lo sviluppo di interventi rivolti a uno specifico target.

¹ <http://www.iom.edu/>

² Sindrome da iperattività/deficit di attenzione

Gli esempi di prevenzione universale sono generalmente legati sia all'ambito scolastico sia alle grandi campagne mediatiche. In termini di obiettivi, gli interventi di prevenzione universale si prefiggono quasi sempre di evitare il consumo, per esempio prevenendo o ritardando l'inizio del consumo di ogni tipo di sostanza. L'EMCDDA³ ha fornito numerose descrizioni di approcci di prevenzione universale negli stati membri, basati sull'approccio scolastico e di comunità (vedi il sito <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1568> e la pubblicazione "*Drugs in Focus*"⁴ sulla prevenzione a scuola, disponibile in molte lingue).

Ad ogni modo, gli approcci di prevenzione universale mostrano di ottenere dei risultati solo con i giovani non consumatori (a basso rischio) (Windle and Windle, 1999) e di essere meno efficaci con i ragazzi ad alto rischio. Inoltre, i gruppi ad alto rischio e quelli dei ragazzi che hanno già sperimentato l'uso di sostanze, sembrano non essere raggiunti adeguatamente dagli interventi di prevenzione universale in quanto essi non sono sufficientemente organizzati per incontrare i loro bisogni specifici: per esempio i ragazzi con difficoltà scolastiche e che si trovano nella fase iniziale dei loro problemi con la droga, probabilmente rifiuteranno o prenderanno le distanze dai programmi di prevenzione scolastici. La prevenzione selettiva rappresenta quindi un'importante ulteriore soluzione per la politica preventiva, per agire sulla vulnerabilità di questi gruppi, che non sono e non possono essere raggiunti dalle strategie di prevenzione universale. Entrambe le tipologie di prevenzione sono necessarie e dovrebbero essere complementari: quella universale con l'obiettivo di ridurre, per tutti i giovani, i rischi che possono predisporre all'uso e alla sperimentazione (promovendo la capacità di resistere alle pressioni e sviluppando le *life skill*), quella selettiva rivolgendosi specificatamente a quei gruppi che sfuggono agli approcci con filtri a maglie troppo larghe, o che, a causa della grande vulnerabilità e/o dell'esclusione sociale, hanno bisogno di approcci alternativi o integrativi e di solito anche più intensivi.

In realtà, gli interventi di prevenzione universale a scuola e nella comunità rappresentano quelli più utilizzati negli Stati Membri e probabilmente assorbono la maggior parte delle risorse a disposizione della prevenzione. Come indicato nel numero 5 di *Drugs Focus* (Settembre-Ottobre 2002), nell'UE i fondi destinati a questi interventi di prevenzione sono raramente connessi ai controlli di qualità e alla valutazione. Di conseguenza le già scarse risorse a disposizione della prevenzione non sono spese secondo il criterio costi/benefici. Se le politiche di prevenzione universale finanziassero solo gli interventi *evidence-based*, più attenzione e più risorse potrebbero essere messe a disposizione ed usate per sviluppare attività di prevenzione selettiva. Questo diventa particolarmente importante in un momento in cui le risorse sono limitate e quindi devono essere selezionate alcune priorità in quanto non tutti i bisogni possono essere soddisfatti: secondo quest'ottica, anche nella letteratura statunitense si raccomanda di sviluppare metodi di screening per identificare giovani a rischio e per coinvolgere quelli che effettivamente possono avere maggiore bisogno di uno specifico intervento di tipo *peer-led* (Black et al. 1998). Negli interventi di prevenzione dovrebbero essere enfatizzate le differenze culturali mentre il rischio di stigma andrebbe sempre considerato (Sloboda 1999).

³ European Monitoring Centre For Drugs and Drug Addiction (Osservatorio europeo sulle droghe)

⁴ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=525>

STRUTTURA DI QUESTO REPORT

Una recente pubblicazione online del NIDA⁵ (NIDA 1997) e la correlata review della letteratura offrono una descrizione delle strategie di prevenzione selettiva e delle ricerche realizzate negli USA.

Lo scopo di questo documento è quello di dare una descrizione della situazione europea, prevalentemente in termini di esempi pratici, ricerche e valutazioni di esperti. L'attenzione è posta principalmente sui gruppi e sul contesto. Questi esempi, forniti dagli stati membri (più Norvegia e Slovenia) sono classificati secondo tre categorie:

- **P**: Esempi pratici promettenti: non si sono valutazioni scientifiche ma sono state effettuate osservazioni degli effetti e dei risultati (*outcome*) da parte di esperti;
- **EP**: Esempi di buone prassi valutati: ci sono delle valutazioni formali, per esempio attraverso questionari, oppure gli interventi sono basati su esperienze già valutate. C'è almeno una valutazione di processo;
- **EBP**: Bune prassi *evidence-based*: per esempio c'è una valutazione esterna, una valutazione con un gruppo di controllo o altre misurazioni scientifiche che documentano l'accuratezza dei risultati raggiunti.

Questa classificazione si riferisce solamente al livello della valutazione e non al grado di successo, ai criteri del disegno progettuale o alla sua coerenza che sono invece utilizzati per includerli nella banca dati EDDRA. Alcuni degli esempi forniti sono stati ripresi dalla banca dati EDDRA e sono stati segnalati esplicitamente con il segno **EDDRA**.

Raccolta di esempi, (tenendo in considerazione le differenze delle politiche locali)

Gli interventi di prevenzione selettiva sono basati sul concetto di vulnerabilità (vedi il prossimo paragrafo) che include un'ampia sfera di condizioni e fattori sociali. Pertanto, le forti differenze esistenti tra gli Stati Membri in termini di politiche sociali, producono un forte impatto: naturalmente ci sono interventi e strategie che affrontano, ad esempio, il tema dell'esclusione sociale dei giovani senza fissa dimora e degli immigrati ma, spesso, essi non appartengono all'area delle politiche di lotta alla droga, non prendono in considerazione i problemi e i rischi legati al tema delle sostanze e non si occupano di prevenzione in quest'area. Questi interventi potrebbero anche avere effetti positivi nel ridurre i problemi legati alla droga o nell'impedire un avvenire di dipendenza, ma nella loro pianificazione questo tema non viene né concettualizzato né valutato. Gli interventi presentati in questo documento sono limitati a quelli che hanno, almeno lontanamente, qualche riferimento al tema delle droghe. Infatti risulterebbe impossibile raccogliere informazioni in merito a tutti gli interventi realizzati da altri attori sociali a favore dei gruppi a rischio. Pertanto, se in questo documento alcuni Stati Membri non sono citati rispetto agli interventi rivolti a gruppi a rischio, ciò può dipendere sia dal fatto che effettivamente non ne esistano sia dal fatto che vengano realizzati al di fuori del sistema di politiche di lotta alla droga, per esempio senza avere una specifica prospettiva legata alle sostanze, e pertanto che non siano stati intercettati dal sistema di raccolta di

⁵ http://www.ccapt.org/pdfs/dap_atrisk.pdf

informazioni del settore specifico. Ad ogni modo, questi risultati possono dare interessanti spiegazioni perché indicano a quale livello le politiche di prevenzione delle dipendenze sono integranti e considerano il contesto sociale più ampio.

Uno studio recente su giovani consumatori di eroina nel Regno Unito (Eggington and Parker, in *Drugscope* 2001) mostra quanto sia importante che gli operatori dei servizi che sono in contatto con giovani a rischio (sperimentatori) siano preparati e formati relativamente al tema della prevenzione delle dipendenze e sul *counseling* per tutto il periodo che precede il contatto di questi giovani con i servizi di trattamento. Pertanto non è una questione semplice e di mero valore burocratico il fatto che le politiche sulle droghe non prendano in considerazione questi gruppi vulnerabili o che le politiche sociali non includano una prospettiva preventiva relativamente all'area delle sostanze.

In Austria, per esempio Haas et al. (2001) denunciano il frequente problema dei ragazzi che non vengono ammessi ai servizi per i giovani in quanto consumatori occasionali di sostanze, aumentando così la loro esclusione sociale, e richiedono modelli di intervento integrati. Anche Sloboda (1999) fa osservazioni in merito al fatto che, in realtà, molti giovani vulnerabili sono visibili in numerosi contesti, essendo in contatto con Servizi e programmi a causa di problemi a livello sociale, psicologico o legale che presentano, ma non ricevono alcun *assessment* relativamente al proprio livello di utilizzo di sostanze e al proprio rischio di abuso. In queste situazioni si perde l'occasione di realizzare interventi di prevenzione selettiva o mirata.

“Essere vulnerabili” non equivale ad “avere bisogno di un trattamento per consumo di droga”

Un'altra questione riguarda gli incerti confini degli interventi di trattamento. La classificazione dello IOM evita ogni sovrapposizione o confusione tra la prevenzione e il trattamento, al contrario di quanto avveniva con la definizione “prevenzione secondaria” che, in alcuni Paesi, è sinonimo di trattamento. Essa evita, inoltre, la confusione con l'espressione abituale “intervento precoce” che in alcuni Paesi (e anche secondo il Glossario relativo alla riduzione della domanda dell'ODCCP⁶, 2000) significa interventi di trattamento precoce (in termini di fase di consumo), ma in altri significa intervento precoce rispetto all'età (per esempio durante l'infanzia). Pertanto, tutti gli esperti che hanno partecipato all'intervista hanno indicato di preferire, per il futuro, l'utilizzo esclusivo della definizione IOM, in quanto propone categorie più accurate e pratiche. Inoltre, in alcuni Stati Membri e a causa delle tradizioni professionali, il profilo di vulnerabilità di giovani “sperimentatori” è esclusivamente o eccessivamente visto nei termini del loro consumo di droga e dei pericoli conseguenti. Oppure, secondo una prospettiva teorica che, seguendo un concetto troppo individualistico e patologizzante, sostiene che questi giovani abbiano bisogno di una terapia, come se avessero una carenza di risorse personali. Così emerge un problema, come Rhodes et al. (2003) criticano “e cioè poiché i modelli d'interpretazione rivolti al singolo dominano, si tende verso ciò che può essere definito un *deficit model* ” del consumo di droga“. I modelli individualistici tendono verso una spiegazione del consumo di droga in termini di “problema” dei singoli soggetti per il quale è necessaria una soluzione individualizzata. È pertanto raro trovare ricercatori che considerino l'ambiente o il contesto come le proprie unità di analisi e siano quindi meno inclini a descrivere il consumo di droga come il risultato di una disfunzione, di un disturbo o una costrizione.

⁶ Office for Drug Control and Crime Prevention (Organizzazione dell'ONU per il controllo della droga e la prevenzione del crimine)

In alcuni Paesi, tuttavia, i Servizi di trattamento prendono in carico questi giovani, nonostante essi siano consumatori occasionali e non problematici. Se questi interventi avessero anche una prospettiva preventiva o almeno una componente preventiva, essi sarebbero inclusi, in forma concisa, in questo *report*. Tuttavia, per definizione, la prevenzione selettiva si rivolge ad una popolazione a rischio che potrebbe (o potrebbe in futuro) avere sperimentato le sostanze ma non si concentra sui consumatori problematici di droga con un evidente bisogno di trattamento. Pertanto un trattamento regolare o interventi di riduzione del danno per i giovani non dovrebbero essere inclusi in questo documento. Ciò tuttavia non significa negare il crescente bisogno di costituire dei Servizi di trattamento adeguati in grado di fornire alternative e condizioni di trattamento che siano appropriate per gli adolescenti che consumano droga e che hanno bisogno di un trattamento.

Classificazioni

La classificazione presentata in questo documento, riflette le valutazioni e le opinioni degli esperti che si ritiene abbiano una visione d'insieme della rilevanza effettiva di certi approcci o certi concetti nel proprio Paese. Essi rappresentano un primo passo per mettere a confronto le differenze concettuali presenti tra i diversi Paesi membri, all'interno di un processo volto a "operazionalizzare" adeguatamente la classificazione delle categorie e della qualità dei dati in futuro. Queste informazioni dovrebbero, quindi, essere lette tenendo ben presente questo taglio e non considerandole una valutazione definitiva delle politiche di un Paese.

Ragioni per non includere nel report gli interventi di prevenzione nei luoghi del divertimento

Un gruppo molto importante degli interventi di prevenzione selettiva riguarda i luoghi del divertimento. Questo campo di intervento è stato ampiamente trattato in una recente pubblicazione dell'EMCDDA e pertanto non è stato inserito in questa indagine, nonostante la stretta relazione e la congruenza con la prevenzione selettiva.

Indicazioni bibliografiche: due elenchi

Questo documento contiene due elenchi di indicazioni bibliografiche: una (suddivisa e ordinata per Paese) che è stata trasmessa dagli esperti locali e i che contiene le loro proposte di letture supplementari sulla situazione di un certo Paese e riferimenti agli esempi progettuali che sono stati raccolti e utilizzati per lo studio. L'altra (generale) che propone indicazioni bibliografiche dei testi, organizzati in base agli autori.

2. Vulnerabilità e fattori di rischio: le teorie di base per la prevenzione selettiva

La ricerca più recente ha prestato attenzione al fatto che non tutti i giovani che sperimentano sostanze sviluppano poi un consumo problematico mentre tra gli sperimentatori ci sono particolari gruppi che presentano un rischio crescente di sviluppare dipendenza e problematicità. L'osservazione che solo una minoranza dei giovani che entrano in contatto con le sostanze diventano abusatori e sperimentano seri problemi correlati alle droghe è stato attribuito a un diverso grado di vulnerabilità o di possesso di fattori di protezione sperimentato

da questi adolescenti. Alcuni studi, frequentemente citati, danno un'ampia panoramica rispetto alla rilevanza dei fattori di rischio identificati dalla ricerca (Hawkins et al. 1991, Hawkins, Catalano et al. 1992, NIDA 1997 and Lloyd, 1998) e quindi non sono stati discussi nuovamente in questa sede. Più recentemente una *review* europea (Rhodes et al. 2003) ha contribuito aggiungendo alcuni ulteriori aspetti che confermano ampiamente le conoscenze già esistenti. Molti riferimenti di letteratura sono comunque basati su ricerche nord-americane. I risultati di specifiche ricerche europee sono molti rari in questa area sia rispetto ai fattori di vulnerabilità sia rispetto agli interventi concreti.

La prevenzione selettiva si basa sui risultati di queste specifiche ricerche e applica alla vulnerabilità i modelli che ne derivano, per esempio combinando i fattori di vulnerabilità conosciuti che permettono di identificare gruppi o contesti a rischio rispetto al problema del consumo di droga con interventi *ad hoc* (si veda “i modelli di intervento” di Catalano/Hawkins⁷ e il sito dello CSAP (Centre for Substance Abuse Prevention) sulla valutazione dei programmi rivolti a giovani ad alto rischio <http://www.health.org/govpubs/fo36/>).

Tuttavia, va segnalato che i fattori di rischio non implicano una progressione lineare e obbligatoria da un certo comportamento a rischio o da una condizione di rischio a seri problemi con le sostanze:

- anche giovani senza alcuna condizione di vulnerabilità possono trovarsi coinvolti in un uso problematico di droga;
- i modelli legati ai fattori di vulnerabilità (e di protezione) sono utili nel guidare gli interventi laddove è alta la probabilità di incontrare dei problemi, ma ciò non significa che siano in grado di predire la sorte di un individuo. In altre parole non tutti i giovani appartenenti a gruppi a rischio svilupperanno problemi legati alle droghe;
- l'interazione tra alcuni fattori di rischio e alcuni livelli di consumo di sostanze possono essere visti come circolari, per esempio una sperimentazione precoce e intensa di sostanze può essere sia la causa sia la conseguenza del “marinare la scuola”. Questo stesso discorso vale per molti fattori di rischio di tipo psicosociale.

Per questi motivi è importante essere cauti nell'utilizzo di concetti quali: fattori di rischio, vulnerabilità, gruppi a rischio e attenersi al loro uso solo per gli interventi pratici, in modo tale da evitare il sospetto di un etichettamento sociale e di semplicistiche teorie “*gateway*” (cancello). Rhodes e altri (2003) segnalano l'importanza pratica della ricerca sui fattori di rischio e sostengono che “abbiamo bisogno di concentrare la nostra attenzione sugli aspetti pratici piuttosto che sulle causalità. Concentrandoci sul problema del consumo di droga, che è pragmatico e basato sul concetto di costo–efficacia, si rileva che i fattori di vulnerabilità, associati con lo sviluppo giovanile (per esempio l'abbandono scolastico, marinare la scuola, la trasgressione, la pressione dei pari ad utilizzare sostanze) indicano sia potenziali *target* sia contesti in cui realizzare gli interventi”.

Secondo le conoscenze di letteratura e le esperienze disponibili, alcuni gruppi a rischio, alcune condizioni e alcuni contesti possono essere identificati con chiarezza. In pratica alcuni di essi sono già individuati come interventi di prevenzione selettiva, anche se in pochi Stati membri. Per questo i **gruppi**, i **contesti** e le **famiglie** vulnerabili rappresentano l'asse portante della struttura dei capitoli di questo *report*.

Le categorie sono state scelte per ragioni puramente pratiche e siamo consapevoli del fatto che c'è sempre una sovrapposizione tra categorie, specialmente tra gruppi a rischio: può succedere che, spesso, si tratti dello stesso gruppo di giovani che sono usciti dal circuito

⁷ <http://depts.washington.edu/sdrg/>

scolastico, che hanno problemi con la legge, che stanno per strada. La classificazione degli interventi in base alla vulnerabilità dei gruppi, del quartiere e delle famiglie in aggiunta ai rispettivi fattori di vulnerabilità, seguono la logica della pianificazione della salute pubblica: quali sono le aree specifiche dove è possibile intervenire? Ciò è importante, tenuto conto della quasi totale mancanza di strumenti in grado di valutare direttamente il rischio di abuso nei giovani nella fase iniziale di consumo. Schmidt (2001, p. 103) ha segnalato che in adolescenza (contrariamente all'età adulta) non ci sono segni chiari e precoci che possano indicare un iniziale abuso di sostanze, poiché i criteri utilizzati nel trattamento e all'interno degli strumenti consolidati sono troppo rigidi. Per esempio i primi problemi correlati al consumo di droga si presentano troppo tardi nei giovani e soprattutto quelli che riguardano le ragazze non sono intercettati adeguatamente dai pochi strumenti esistenti. I fattori di vulnerabilità presentati e utilizzati in questo documento vanno considerati alla stregua di strumenti di ricerca e di pratica per gli interventi. Se l'uso di droga da parte dei giovanissimi rappresenta l'unico criterio usato per prendere decisioni, c'è il grosso pericolo di classificarli (e stigmatizzarli) erroneamente come appartenenti ad un gruppo ad alto rischio i giovani che manifestano un fisiologico (per quell'età) e transitorio uso sperimentale delle sostanze, sono erroneamente classificati (e stigmatizzati) come appartenenti a gruppi ad alto rischio (Schmidt 2001). Di fatto, come indicato da Sloboda (1999), ci potrebbe essere il rischio di una stigmatizzazione rispetto agli approcci centrati sui fattori di vulnerabilità e sui gruppi a rischio. Ma, in realtà, la situazione di molti Stati membri, sia che considerino tutti i giovani sperimentatori a rischio sia che intervengano solo quando i giovani entrano in contatto (di fatto molto tardi) con i servizi di trattamento o di giustizia, arreca più danni del rischio di stigmatizzazione ed esclusione. A quanto pare, le politiche di prevenzione raramente sono pianificate secondo i modelli di vulnerabilità e gli interventi di prevenzione o i servizi per i giovani (Haas 2001, 2002) spesso non sono preparati a gestire i ragazzi a rischio. In uno studio regionale in Germania (Schmidt 2001), le Istituzioni partecipanti (prevalentemente centri di cura) hanno indicato di spendere al massimo il 5-10% del loro tempo di cura per i ragazzi che abusano di sostanze, per lo più perché la richiesta è bassa. Da questo si può dedurre che il servizio offerto non aveva incontrato i bisogni dei giovani. Nessuno dei giovani consumatori di droga intervistati aveva mai partecipato ad attività di tipo preventivo. Ad ogni modo le ragazze mostrarono un livello più basso di ricerca di aiuto presso le istituzioni. Poiché, specialmente negli Stati membri più grandi, i servizi di prevenzione offrono presumibilmente un *counseling* psicosociale ad ampio raggio, basato sui bisogni locali e individuali (per esempio al contrario dell'implementazione dei programmi di prevenzione) e poiché alcuni Stati membri affrontano la sfida dei giovani vulnerabili quasi esclusivamente attraverso i servizi di cura (e i relativi approcci), risultati come quelli appena descritti sollevano preoccupazioni rispetto all'adeguatezza delle politiche adottate per aiutare i giovani a rischio. Nei diversi Stati membri della EU, sono presenti differenti modelli di approccio e intervento rivolti a questi gruppi. Questa pluralità riflette sia condizioni strutturali e idee differenti sia il fatto che non è ancora chiaro quale sia l'esatto percorso che porta verso il problema droga e quali siano le interazioni tra fattori genetici e ambientali (Sloboda 1998). Quest'ultimo elemento è dovuto alla mancanza di ricerca e alla scarsa esperienza dei metodi di valutazione del rischio per i giovani.

Per quanto riguarda la questione della valutazione, ci sono, almeno in teoria, discrete potenzialità di migliorare l'efficacia *evidence-based* degli interventi di prevenzione selettiva. Poiché tali interventi sono selettivamente indirizzati a gruppi che hanno una più alta probabilità di sviluppare problemi legati alla droga e una più alta prevalenza di fattori specifici di vulnerabilità e comportamenti a rischio, gli effetti dell'intervento possono essere identificati

più chiaramente ed essere più significativi, soprattutto quando confrontati con interventi che, rispetto al *target*, hanno filtri a maglie più larghe. Per la valutazione, in altre parole, la più alta prevalenza di comportamenti problematici in questi gruppi favorisce il fatto che l'efficacia dell'intervento sia provata con maggiore facilità che nel caso dei progetti di prevenzione universale realizzati a scuola.

Ad ogni modo, a livello politico, i concetto di vulnerabilità e prevenzione selettiva non sono ampiamente applicati all'interno della UE. Solo un numero ristretto di Stati membri lo ha incluso nelle proprie politiche e ha destinato risorse per gli interventi di prevenzione selettiva. Per esempio (è il caso del Regno Unito) sotto gli obiettivi *di riduzione della disegualianza in tema di salute e di riduzione dell'esclusione sociale*. [...] *I programmi per i giovani e gli interventi realizzati fuori dal contesto scolastico mirano a raggiungere i bambini e i giovani che possono essere vulnerabili rispetto al rischio di consumare droga. Questi includono: i giovani delinquenti, i senza fissa dimora, i bambini assistiti dai servizi sociali, i ragazzi che abbandonano precocemente il circuito scolastico o che marinano le lezioni. Esiste un numero molto elevato di programmi locali per la prevenzione dell'abuso di sostanze e di interventi rivolti ai giovani, ai loro genitori e a chi se ne prende cura a vario titolo. I programmi spaziano dalla peer education alle attività alternative.*

La questione dei giovani senza fissa dimora è menzionata quasi esclusivamente nei documenti del Regno Unito (Drugscope 2000, Goulden & Sondhi 2001, Lloyd 1998) e i possibili interventi preventivi sono presi in considerazione nella documentazione non-europea (Banaag 2002) in quanto è difficile trovare esempi concreti di prevenzione all'interno del contesto europeo. Per questo motivo non è stato inserito un capitolo su questo tema.

Per la stessa ragione in questo *report* non sono citati interventi specifici rivolti a ragazzi o ragazze, nonostante il fatto che sia ampiamente riconosciuto che le ragazze a rischio hanno bisogni specifici (Schmidt 2001), profili di rischio differenti (National Center on Addiction and Substance Abuse 2003) ed esiti preventivi diversi (National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs).

La gamma di approcci usati per la prevenzione selettiva è ampia: dall'approccio strutturale (inclusione sociale) a interventi personalizzati molto intensivi e persino alcuni approcci di gestione di casi specifici, come postulato da Schmidt (2001). Gli approcci cognitivi, per esempio, che forniscono informazioni sui rischi connessi al consumo di sostanze, hanno in questo campo una maggiore importanza che nelle "buone prassi" della prevenzione universale. Nonostante il discredito che è stato mosso al modello delle Credenze sulla Salute e alla Teoria dell'Azione Ragionata di Ajzen & Fishbein (1980) all'interno del settore preventivo generale, Gerrard et al. (2002) hanno presentato nuovi dati empirici a loro sostegno secondo cui la percezione di vulnerabilità da parte dei giovani è un'importante variabile che media tra i fattori personali e familiari e il consumo di droga e questa percezione di vulnerabilità può essere influenzata dagli interventi di prevenzione, almeno nei giovani a rischio.

Ad ogni modo, come illustrato nel prossimo capitolo, i fondamenti degli interventi valutati, da cui sono tratte indicazioni e linee guida, sono tuttora troppo esigui. Ma il prossimo capitolo mostra anche che in questo campo la professionalità e la valutazione sono flessibili, almeno in alcuni Stati, e che le potenzialità per ulteriori sviluppi di questo genere di prevenzione all'Interno dell'Unione Europea sono ampi e promettenti.

3. Focus sull'inadempienza dell'obbligo scolastico: programmi scolastici alternativi per chi abbandona precocemente la scuola

I prossimi esempi di intervento, realizzati negli Stati Membri, affrontano il tema del rischio di ulteriori esclusioni sociali e di ulteriori problemi legati al consumo di sostanze in seguito ad un abbandono precoce della scuola. Sicuramente in molti Stati Membri ci sono percorsi scolastici alternativi per chi abbandona la scuola precocemente ma spesso, alla loro base, manca una strategia per la prevenzione del consumo di droga (o per la prevenzione della violenza). Come nei capitoli successivi, l'attenzione è posta principalmente su esempi di intervento che mostrano legami espliciti con una politica anti-droga. I ragazzi che sono estromessi dal circuito scolastico o che lo abbandonano precocemente rischiano maggiormente di subire un'esclusione sociale, di vivere senza una fissa dimora e di intraprendere un uso problematico di droga (Drugscope 2000). Secondo la ricerca "UK lifestyle" (Goulden & Sondhi, 2001) chi lascia la scuola manifesta livelli di consumo di sostanze più elevati rispetto a chi continua a frequentarla. Il consumo di droga sembra essere la ragione per l'esclusione dalla scuola solo in una minoranza di casi (Powis and Griffiths 2001). In questo gruppo di adolescenti, anche il consumo delle ragazze sembra essere più alto rispetto a quello della popolazione scolastica (Goulden and Sondhi 2001, Home office 1999, Powis and Griffiths 2001). L'emarginazione sociale, la delinquenza e l'uso di droga sono interconnesse. Gli interventi di prevenzione, pertanto, dovrebbero affrontare maggiormente le dimensioni sociali e comportamentali piuttosto che il mero consumo di droga.

INDICAZIONI GENERALI DA PARTE DEGLI STATI MEMBRI

Grecia: Il programma terapeutico STROF (di KETHEA) in una scuola transizionale (*Transitional School*) si occupa di adolescenti che usano sostanze e organizza corsi educativi mirati a questi adolescenti che hanno abbandonato la scuola. Per maggiori informazioni si veda il sito EDDRA).

Spagna: Generalmente le attività sono mirate ad uno sviluppo integrale dei giovani a rischio: corsi finalizzati ad incrementare le abilità sociali, corsi professionalizzanti, programmi per favorire l'inserimento nel mondo del lavoro. Quasi tutte le comunità autonome hanno programmi preventivi rivolti a giovani provenienti da quartieri particolarmente svantaggiati.

Italia: Molti programmi di prevenzione finanziati dalla L. 285/97 e molte scuole sperimentali stanno costruendo curricula alternativi attraverso il coinvolgimento di attività produttive locali.

Portogallo: Nel 2002 sono stati destinati € 441.000,00 per la prevenzione del *drop-out* scolastico, per l'integrazione sociale, per l'orientamento professionale, per la definizione di curricula scolastici alternativi e training professionali.

Finlandia: Per prevenire il frequente *drop-out* scolastico nelle scuole secondarie di secondo grado è stato organizzato il cosiddetto "10° grado" per rimanere a scuola un anno in più.

Durante questo anno extra lo studente ha la possibilità di migliorare i risultati degli gradi precedenti e avere una guida che lo aiuti a orientarsi nella scelta degli studi futuri.

Norvegia: Ci sono numerosi *curricula* scolastici alternativi

IRLANDA

P: Youthreach⁸

Destinatari: il progetto si rivolge prevalentemente ma non solo, a ragazzi tra i 15 e i 18 anni che hanno abbandonato la scuola prima di ottenere il diploma.

Strategia: Il progetto fornisce un percorso di apprendimento alternativo alla classica scuola secondaria, che rappresenta una sorta di seconda opportunità. I centri che offrono questo servizio sono ubicati in zone in cui si ritiene che ci sia un particolare bisogno. Attualmente ci sono oltre 80 centri distribuiti in tutto il paese. I partecipanti ricevono una ricompensa economica per partecipare al programma, che è calcolata in base all'età. Ci sono anche dei buoni pasto e, dove possibile, un rimborso spese per i trasporti. Il *curriculum* educativo tende a sviluppare le abilità professionali di chi lo frequenta: infatti, insieme a materie come letteratura e matematica, i ragazzi seguono corsi di falegnameria, officina, orticoltura, internet e informatica. Ad esempio, due centri situati a Dublino offrono corsi che preparano i ragazzi a sostenere gli esami per conseguire i seguenti titoli: "Junior Certificate examinations, National Council for Vocational Award, Leaving Certificate examinations". Accanto ai programmi educativi dei centri, questo progetto fornisce strumenti per aiutare i ragazzi che ne hanno bisogno a favorire il proprio sviluppo personale.

Valutazione: non ci sono informazioni.

P: Cherry Orchard Equine Centre

Destinatari: prevalentemente giovani tra i 10 e i 21 anni. Alcune attività sono disponibili anche fino ai 25.

Strategia: l'interesse di molti giovani locali a lavorare con i cavalli è stato il punto di partenza per sviluppare questo progetto al fine di individuare un aspetto educativo che invogliasse i giovani a tornare nel sistema scolastico. Investimenti economici cospicui sono stati impegnati dal Dipartimento dell'Agricoltura per allestire questo Centro Equino con l'idea che essi potessero essere un partner tra la comunità e i seguenti enti: *Dublin Corporation, FAS, the VEC, Ballyfermot Partnership, URBAN Ballyfermot*⁹, and the *Irish Government*.

EP: LEBO Project: Cox's Demesne Youth and Community Project, Dundalk

Destinatari: ragazzi dai 12 ai 16 anni che hanno abbandonato la scuola (o che potenzialmente potrebbero farlo).

Strategia: fornire loro un programma innovativo in grado di aiutarli a prendere decisioni in merito a:

- ritornare nel percorso educativo a tempo pieno;
- rimanere all'interno del sistema educativo;
- accedere a corsi professionali.

⁸ <http://www.youthreach.ie/>

⁹ <http://www.urbanbl.ie/projects.html>

Il punto fondamentale del programma è costruito intorno al concetto dello sviluppo personale ed è realizzato in modo tale da aiutare i giovani a fare delle scelte sul proprio futuro in modo informato e responsabile. Il progetto principale "The house" è costituito da 5 elementi:

- sviluppo personale: (sessioni settimanali di lavoro di gruppo, costruzione di relazioni di fiducia tra i ragazzi e tra loro e gli operatori);
- abilità professionali (migliorare sia abilità pratiche sia fiducia in se stessi);
- attività sportive e per il tempo libero;
- programmi di alfabetizzazione e matematica;
- assistenza (*aftercare*).

Valutazione: dei 30 giovani che hanno partecipato al progetto nel periodo 1996-1997, 11 sono rimasti all'interno del CDYCP, 2 sono tornati nel percorso educativo a tempo pieno, 6 hanno trovato un lavoro fisso, uno è stato assunto con un contratto di apprendistato, 3 sono stati inseriti nel progetto *Youthreach*, 1 è stato inserito in un *community training workshop*, uno è stato accolto in un centro residenziale, 3 sono stati arrestati, 3 hanno interrotto e 1 è morto.

PORTOGALLO

P: A matter of balance: Association for education and youth integration Setúbal

Destinatari: giovani di entrambi i sessi dai 15 ai 20 anni. In particolare ragazzi dai 15 ai 18 anni che, in mancanza di assolvimento dell'obbligo scolastico, non possono accedere ad ulteriori corsi professionali. Essi provengono da famiglie a rischio e presentano spesso comportamenti a rischio per sé e per gli altri. Spesso questi ragazzi sono in una fase pre-delinquenziale, non mostrano alcun interesse per la scuola e hanno difficoltà di apprendimento o di concentrazione. In molti casi la presenza di disturbi emotivi combinati con il fatto di vivere in famiglie o ambienti a rischio provocano la loro esclusione sociale.

Strategia: dare a questi ragazzi un nuovo modo per completare gli studi e, allo stesso tempo, modificare il loro comportamento sociale (per esempio stili di vita poco sani). Il *Project Forest School* include attività, individuali o di gruppo, per promuovere abilità personali e sociali, favorire un equilibrio emotivo, sostenere valori sociali quali: autostima e adozione di stili di vita sani. Sono proposte attività di "rischio controllato" (parapendio, arrampicata, *trekking*), visite studio, incontri tematici e sedute informative tenute da infermiere, floricoltura, lezioni di educazione ambientale, incontri organizzati dai giovani, attività sportive in palestra. Queste attività hanno l'obiettivo di stimolare i giovani, in modo attivo e innovativo, a frequentare le lezioni durante il pomeriggio. Molti insegnanti di differenti discipline sono stati assegnati a gestire questi corsi. Queste attività sono coordinate all'interno del curriculum scolastico ufficiale.

Valutazione: per la valutazione di processo sono stati effettuati incontri di riflessione con i giovani e sono stati realizzati incontri di *staff* e stesi dei *report* in cui erano discussi gli sviluppi specifici di ogni caso e l'efficacia della metodologia usata. L'obiettivo è misurare variabili quali: regole e abitudini, comportamenti di dissimulazione, irresponsabilità, introspezione, rifiuto della famiglia, abbandono scolastico, comportamenti violenti, aggressività, condotte delinquenti, eventuali giustificazioni in merito a condotte delinquenti, uso di droga. Si misuravano anche lo spirito di squadra, la puntualità, la flessibilità e le prospettive per il futuro. All'inizio dell'anno scolastico, lo *staff* tecnico del progetto rivedrà la valutazione degli strumenti usati, avendone anche creati di nuovi per il processo di valutazione di processo e di efficacia. L'obiettivo è monitorare efficacemente i progressi individuali.

GRAN BRETAGNA

EP: DPAS¹⁰ (*Drug Prevention Advisory Service*) ha condotto una valutazione dei progetti di prevenzione del consumo di sostanze rivolti ai giovani che hanno abbandonato la scuola. Il programma apparteneva al *Pupil Referral Units* che forniva corsi per giovani estromessi dal percorso scolastico tradizionale. Il programma prevedeva: una valutazione per individuare i bisogni degli studenti, un corso informativo sulle sostanze, attività di *life skill* e altre attività. La valutazione ha indicato la necessità di programmi sulle droghe, ma anche il limite della durata: se troppo brevi non sono infatti sufficienti a trattare i problemi che i giovani incontrano una volta usciti dal percorso scolastico. Inoltre i dati indicano che molti dei giovani coinvolti avevano già provato delle sostanze e ciò indica come per questi gruppi sia necessario implementare questi programmi molto più precocemente, identificando e trattando i loro specifici problemi (Powis & Griffiths 2001).

4. Prevenzione dell'abbandono scolastico: l'intervento a scuola con gruppi vulnerabili (inclusa l'offerta di spazi di *counseling*)

Gli interventi presentati sotto questo titolo affrontano diverse questioni relative alla prevenzione selettiva realizzata a scuola. Una è, come discusso nel capitolo precedente, la prevenzione dell'abbandono precoce stesso. Altre sono: il comportamento anti-sociale, l'insufficiente profitto scolastico, lo scarso interesse per la scuola, le potenzialità di apprendimento ridotte a causa del consumo di sostanze in fase iniziale (Hawkins et al. 1991, 1992, Lloyds 1998). La prevenzione selettiva incontra nella scuola una delle sue sfide più impegnative in quanto, in questo ambito, i messaggi sono prevalentemente di promozione della salute e di astinenza dal consumo di sostanze, gli insegnanti sono a malapena formati a condurre attività di prevenzione universale e non sono preparati a gestire ragazzi "difficili" e che hanno già sperimentato l'uso di sostanze (Parker & Eggington 2002) e ogni sperimentazione giovanile di sostanze è considerata alla stregua di un caso da trattare a livello psicologico in quanto si suppone che derivi da un "disturbo di personalità".

Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico sono molto diversificati a seconda delle tradizioni degli Stati Membri. In questo ambito c'è un forte effetto della connessione tra consumo di sostanze (per la maggior parte delle volte iniziato molti anni prima) e comportamento antisociale (Tarter et al. 2002) e molti progetti affrontano queste questioni insieme. Pertanto, nella letteratura si sostiene spesso di iniziare le attività preventive individuando comportamenti antisociali nella scuola primaria o anche prima e, a questo proposito, sono stati riscontrati alcuni risultati incoraggianti (Webster-Stratton 2001), ma non dal contesto europeo.

¹⁰ <http://www.crimereduction.gov.uk/drugsalcohol/drugsalcohol19.htm>

INDICAZIONI GENERALI DA PARTE DEGLI STATI MEMBRI

Danimarca: Poiché lo scopo è mantenere ogni bambino all'interno del contesto della scuola pubblica e inserire i bambini vulnerabili in classe normali, a contatto con i propri compagni, i bambini a rischio ricevono supporto in classe (per esempio attraverso insegnanti si sostegno, dando loro un programma diverso per alcune lezioni) e vengono loro offerti corsi speciali (per bambini a rischio o per bambini dislessici).

Grecia: Per promuovere e sostenere l'educazione alla salute, il ministro dell'educazione ha avviato il Centro di *counseling* per i giovani e il Centro di diagnosi, valutazione e sostegno.

Francia: C'è stato un maggiore investimento nei punti di riferimento a scuola per la prevenzione dei comportamenti ad alto rischio (*Reference Points for the Prevention of At-Risk Behaviour in Schools*) e nella risoluzione di problemi. *Counseling* mirati sono a disposizione durante gli intervalli, il tempo libero, le ore di lezione e dopo la scuola. C'è una maggiore attenzione alla formazione del personale scolastico al fine di metterlo in grado di gestire il comportamento deviante giovanile.

Irlanda: La *Irish Education Welfare Act 2000* ha stabilito un ampio servizio per l'*Education Welfare Officers* per monitorare la frequenza scolastica dei bambini e per collaborare con la scuola e le famiglie. Ad ogni modo l'implementazione di questo servizio ha subito dei ritardi.

Italia: Gli interventi coinvolgono le famiglie interessate, in particolare le madri. Approcci alternativi sono misure di *tutoring* da parte di compagni più anziani o specifici *training* per gli insegnanti che lavorano in contesti "di frontiera" (per esempio difficoltà di relazione tra la scuola e il contesto sociale) e che non sono abituati ad affrontare questo genere di bambini. Migliori risultati si sono ottenuti quando alti livelli di professionalità degli insegnanti si sono associati a buone potenzialità di apprendimento da parte degli allievi attraverso il loro coinvolgimento nell'uso del materiale, degli strumenti e della tecnologia.

Finlandia: Generalmente gli interventi vengono iniziati e realizzati molto precocemente nelle scuole che possiedono *team* multi-professionali (direttore, infermiera, psicologo) che si incontrano settimanalmente o in caso di bisogno. Se la questione da discutere riguarda uno studente, l'insegnante è presente. Per legge i genitori sono sempre informati e coinvolti nel processo. Nel 2001 è stato avviato un ampio programma nazionale di formazione universitaria per insegnanti. Localmente il programma è implementato in stretta collaborazione con gli esperti della prevenzione delle dipendenze e le ONG. Esso richiede una formazione di 38 ore. Durante la formazione, viene pianificata un'azione del programma di prevenzione all'uso di sostanze per la scuola rappresentata. Anche gli insegnanti sono formati a riconoscere l'uso di sostanze e a discuterne.

Gran Bretagna: Il numero degli interventi è limitato – esistono alcuni progetti attivati in caso di elevati livelli di abbandono scolastico.

GERMANIA

P: **Inside@school**¹¹ **from the Organization Condrobs in Bavaria**

Destinatari: studenti a rischio con problemi di consumo di droga in fase iniziale.

Strategia: fornire un servizio di prevenzione stabile e sempre disponibile all'interno di ogni tipo di scuola in Germania. Gli insegnanti sono addestrati a gestire interventi di prevenzione in autonomia, praticamente ogni giorno della vita scolastica. All'interno del progetto Inside@school, gli esperti insegnano ai docenti ad avere familiarità con differenti metodi di prevenzione delle droghe e durante il progetto è prevista una supervisione per gli insegnanti da parte degli esperti per gestire studenti "difficili". Ci sono occasioni di *counseling* offerti agli adolescenti per guidarli verso una responsabilizzazione e auto-determinazione nella gestione delle sostanze psicotrope. Sono inclusi anche altri problemi, non legati al consumo di sostanze, come l'uso compulsivo di internet, anoressia ecc. Sono tenute in considerazione le differenze culturali e di genere. Inizialmente il progetto è programmato per 3 anni e sarà condotto in 6 scuole secondarie di secondo grado di Monaco. Il progetto è finanziato dal Comune di Monaco con € 400.000,00 per ogni anno. Si raccomanda di creare una rete tra le scuole coinvolte.

Valutazione: il progetto sarà valutato (FOGS, Cologne) e sarà pubblicato un manuale che sarà distribuito a tutti gli insegnanti della Bavaria e agli esperti locali di prevenzione.

Per contatti: Anne Fromm, Tel. +49 (0)89 54 36 99 0, Fax +49 (0)89 54 36 99 11

E-Mail: insideatschool@condrobs.de, Internet: <http://www.condrobs.de>

EP: **Step by Step**¹² **EDDRA**

Destinatari: insegnanti, con lo scopo di individuare e sostenere studenti a rischio

Strategia: *Step by step* è un programma informatico per realizzare diagnosi precoci e interventi a scuola. Esso aiuta gli insegnanti che si confrontano con i problemi degli studenti, a capire se questi ultimi usano droga. Per ottenere un intervento a livello professionale, agli insegnanti è chiesto di usare un sistema d'aiuto (per esempio *helpdesk*). La strategia è simile a quella dei programmi di diagnosi precoce e di intervento delle grandi compagnie. I ragazzi interessati ricevono sostegno e devono rispettare accordi chiari con gli insegnanti. Il programma si basa sulle teorie della comunicazione di successo (*theories of successful communication*) e sulle teorie dello sviluppo delle competenze sociali e personali. Il programma aumenta l'abilità dell'insegnante a riconoscere specifici tipi di comportamento e a selezionare strategie appropriate per interventi precoci. Il programma e il manuale sono adattati da un programma sviluppato in Svizzera (Zentrum für Prävention - ZEPRA - St. Gallen).

Valutazione: l'88% degli insegnanti che hanno testato il programma si sono sentiti maggiormente in grado di identificare e classificare i comportamenti problematici degli studenti, il 72% delle persone testate partecipano al programma intensamente e il 91% si sentono maggiormente supportati nella loro vita quotidiana a scuola. Per maggiori informazioni consultare la banca dati EDDRA

¹¹ http://www.condrobs.de/inside/inside_at_school.html

¹² www.bzqa.de

SPAGNA

EP: Socio-occupational inclusion Norte Joven¹³ EDDRA

Destinatari: ragazzi a rischio di consumare sostanze che hanno bisogno più di ogni altro gruppo di persone di sviluppare abilità generali che li aiutino ad affrontare situazioni (non solo collegate al consumo di droga) che potrebbero aumentare il loro rischio di consumare sostanze.

Strategia: offrire un programma per sviluppare abilità sociali e professionali dei ragazzi maggiormente vulnerabili al consumo di droga in modo tale che siano in grado di gestire le influenze sociali, affrontare le situazioni conflittuali e problematiche e fare una corretta auto-valutazione e interagire con persone e contesti ambientali differenti.

Valutazione: la valutazione qualitativa usa una metodologia dinamica e partecipata. Essa ha mostrato un aumento nelle abilità di dialogo, di comunicazione assertiva, di riconoscimento delle situazioni di pressione da parte dei pari, di auto-valutazione, di opportunità lavorative, di gestione del denaro, di organizzazione del tempo libero, di ascolto, di rispetto delle regole.

Per maggiori informazioni consultare la banca dati EDDRA

IRLANDA

EP: Stay in school¹⁴ EDDRA

Destinatari: bambini e ragazzi tra i 10 e i 15 anni del quartiere *St. Aengus* che rischiano di abbandonare la scuola precocemente e che potrebbero trarre beneficio dalle attività proposte dal progetto. I partecipanti frequentano tre scuole locali: 2 primarie di primo livello e una secondaria di secondo livello. Il quartiere *St. Aengus* è situato a sud di Dublino e nel 1996 i dati del CENSUS hanno mostrato che il 41,7% della popolazione adulta aveva abbandonato la scuola prima dei 15 anni. Questo dato è in controtendenza con quello nazionale (35%). Inoltre, i promotori del progetto hanno individuato un legame tra l'abbandono precoce della scuola e l'abuso di sostanze. I dati riportati nel "*Health Research Board's National Drug Treatment Reporting System (1998)*" mostrano che ci sono 463 casi di soggetti in trattamento per abuso di sostanze che vivono in quell'area e rappresentano l'8,2% del totale nazionale. Di questi il 58,2% ha dichiarato di aver lasciato la scuola prima dei 15 anni. Inoltre, i dati NDTRS del 1998 mostrano che la percentuale di "primi contatti" per richiesta di trattamento degli abitanti di quest'area rappresenta circa il 9,9% di tutti i primi contatti.

Strategia: sviluppare una rete di sostegno, mettere a disposizione un programma di attività basato sui bisogni, promuovere un'attiva collaborazione tra scuola, famiglie e comunità, sviluppare abilità psicosociali. Obiettivi specifici del progetto sono: mettere in grado i partecipanti di rimanere all'interno del percorso educativo convenzionale, fornire un programma di attività basate sui bisogni del gruppo *target*, promuovere un'attiva di collaborazione tra scuola, famiglie e comunità per sviluppare le abilità personali e sociali dei partecipanti. Tra le attività proposte dal progetto si ritrovano: gruppi di doposcuola per il sostegno scolastico, corsi di computer, arte, cucina, pronto soccorso, consapevolezza rispetto alle droghe e una serie di attività all'aperto tra cui il canottaggio e le passeggiate in collina.

¹³ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/showQuest?Prog_ID=2608

¹⁴ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/showQuest?Prog_ID=2247

Valutazione: una valutazione esterna, che si è focalizzata sul processo di implementazione, ha trovato che tutti i soggetti che avevano partecipato al progetto nei due anni precedenti erano ancora all'interno del percorso scolastico tradizionale. Le attività proposte erano molto gradite dai partecipanti che infatti ne frequentavano circa il 90%. In aggiunta il progetto si era ampliato per includere ulteriori interessi che erano emersi via via. I *report* indicavano che il progetto era ben conosciuto nella scuola e all'interno della comunità. Inoltre si era sviluppata un'ampia rete di sostegno tra il progetto STAY e altre attività locali. Da un lato questo sostegno esteso si stava rivelando prezioso per i bisogni di sviluppo del progetto, dall'altro stava dando ulteriore sostegno ai genitori, agli insegnanti e ai ragazzi preoccupati dall'abuso di sostanze e dai fattori che avrebbero potuto favorire la sperimentazione. Sono stati ottenuti risultati positivi rispetto all'obiettivo chiave di "trattenere" i ragazzi a scuola tanto è vero che tutti i ragazzi che nel marzo 1998 stavano partecipando al progetto, frequentavano ancora la scuola nell'aprile del 2000 quando è stata realizzata la valutazione. Questo è un risultato degno di nota se si considera che uno degli elementi presi in considerazione per selezionare i partecipanti era che fossero a rischio di abbandono scolastico precoce. Il programma STAY-ON, un'estensione del progetto stay, fornisce un supporto ulteriore ai ragazzi quando iniziano le scuole superiori. Un report aggiornato del progetto (*Project Annual Report 2001*) riferisce che a giugno 2001 due ragazzi che avevano frequentato il progetto avevano ottenuto con successo il loro *Junior Certificate*. Inoltre altri tre ragazzi hanno iniziato la scuola secondaria di primo grado. Il livello di frequenza delle attività organizzate all'interno del progetto era eccellente. Un aggiornamento della valutazione (2000) sembra indicare che questa positiva accettazione stia continuando: il progetto riporta il 90% di frequenza dei gruppi di sostegno del doposcuola. I resoconti degli operatori coinvolti nel progetto indicano che i giovani sono entusiasti di partecipare e prendono parte attivamente alle varie iniziative proposte. I resoconti dei genitori, degli insegnanti e degli operatori rivelano che i ragazzi non vedono l'ora di partecipare al progetto e ritengono che i loro punti di vista siano ben ascoltati e utilizzati per la prosecuzione del progetto. Essi appaiono soddisfatti delle attività e dimostrano un senso di orgoglio e di auto-consapevolezza rispetto a ciò che hanno ottenuto partecipando al progetto. Il progetto ha lavorato con circa 60 famiglie dal 1998 al 2000, Inoltre la valutazione ha trovato che il progetto è stato in grado di costruire legami con le agenzie della comunità delle aree limitrofe. Alla fine dei due programmi estivi è stato realizzato un evento celebrativo collettivo per riconoscere i successi di chi aveva partecipato al programma. Quindici ragazzi hanno partecipato all'evento e chi non c'era aveva validi motivi per giustificare l'assenza. Nell'insieme sembra che nelle scuole coinvolte e nella comunità ci sia un buon livello di consapevolezza rispetto al progetto.

Al fine di aumentare questa consapevolezza, nel settembre del 1999, il progetto STAY ha organizzato una conferenza sullo svantaggio educativo. Lo scopo era mettere in luce la situazione di svantaggio educativo nell'area di *St. Aengus* e creare consapevolezza rispetto alle attività del progetto STAY che cercano di affrontare la questione con i giovani del posto. Questa conferenza ha raccolto una buona partecipazione ed è stata utile per evidenziare l'interesse della comunità rispetto ai temi dell'abuso di sostanze e all'abbandono scolastico precoce. Sembra quindi che gli sforzi del progetto per promuovere collaborazione tra scuola, famiglia e comunità al fine di perseguire uno sviluppo delle abilità personali e sociali dei partecipanti abbiano avuto un buon successo. Il coinvolgimento dei membri della famiglia, la loro partecipazione ad eventi speciali, la conoscenza delle scuole in merito al progetto e la presenza di rappresentanti del volontariato e della comunità agli incontri organizzati dal progetto sono tutti elementi che indicano che questi obiettivi sono stati raggiunti. Un aggiornamento delle attività relative a questo specifico obiettivo (*Project Annual Report, 2001*)

indica che il numero dei genitori che frequentano le attività a loro destinate sta aumentando così come il numero di quelli che dichiarano la loro soddisfazione per il progetto stesso. In aggiunta il progetto ha sviluppato dei contatti con il *Volunteer Bureau* e il *Liberties College*. Anche il numero di volontari che dedicano il loro tempo al progettista stanno aumentando. Per maggiori informazioni consultare la banca dati EDDRA

EP: Jobstown Education and Training Strategy¹⁵ (JETS)

Destinatari: 18 soggetti (9 maschi e 9 femmine) individuati tra 32 ragazzi a rischio di abbandono scolastico, identificati a partire da un gruppo di 156 alunni della quinta classe, scelti per partecipare alla consultazione del progetto *Home School Community*. Le loro caratteristiche sono:

- Essere introversi quando gli altri esibiscono comportamenti aggressivi in classe;
- Avere una frequenza irregolare ed essere poco puntuale;
- Mostrare livelli crescenti di assenteismo;
- Mostrare scarsi livelli di partecipazione alle attività scolastiche;
- Avere fratelli o sorelle maggiori che hanno abbandonato precocemente la scuola;
- Avere risultati scolastici scarsi o mostrare particolari difficoltà;
- Dimostrare bassi livelli di autostima;
- Avere abilità sociali scarse;
- Aver assunto precocemente responsabilità da adulto;
- Essere considerato ad alto rischio di abbandono scolastico precoce.

Strategia: offrire una risposta integrata tra le Organizzazioni per ridurre lo svantaggio educativo, per aumentare la permanenza all'interno del percorso scolastico convenzionale e per frapporsi nel ciclo della povertà e dei suoi legami con l'educazione. Uno degli obiettivi specifici di JETS è "sviluppare un approccio integrato tra il sistema formale e informale al fine di rispondere efficacemente al problema dell'abbandono scolastico precoce". Le Organizzazioni che si sono riunite per formare questa risposta integrata sono: *Barnardos, Jobstown Community College, South Dublin Chamber of Commerce, St. Thomas Senior National School, Tallaght Partnership and Youth Horizons*. Durante la seconda estate di implementazione del progetto alcuni ragazzi sono stati coinvolti nelle fasi di programmazione.

Valutazione: la permanenza a scuola di tutti i 18 ragazzi "rappresenta un risultato significativo se si pensa che erano stati scelti per la loro alta probabilità di abbandonare precocemente la scuola (Rourke 1999, p.42). Nonostante ciò bisogna riconoscere che non tutti procedono allo stesso modo ed è realistico aspettarsi che alcuni di loro lasceranno il programma.

P: Ballymun Educational Support Team¹⁶ (BEST)

Destinatari: ragazzi tra gli 8 e i 15 anni.

Strategia: per evitare l'abbandono precoce del sistema scolastico, il gruppo di supporto fornisce una gamma di misure di sostegno sia dentro sia fuori la scuola, con l'obiettivo di massimizzare la partecipazione dei ragazzi al sistema educativo. Il gruppo di lavoro fornisce un sostegno a scuola sia a livello primario sia secondario – lavorando singolarmente o in piccolo gruppo con i ragazzi che sono stati identificati a rischio. Per i ragazzi che manifestano

¹⁵ <http://www.ncge.ie/service.asp?id=ESL527>

¹⁶ <http://www.ncge.ie/service.asp?id=ED0304>

ripetuti problemi di comportamento a scuola e quelli che rischiano di essere sospesi. gli operatori agiscono anche come mediatori tra i ragazzi, i loro genitori e la scuola. Infine il gruppo di lavoro ha sviluppato un programma “fuori dalla scuola” per i ragazzi che hanno già abbandonato gli studi. Il numero di posti disponibili in questo programma è comunque limitato.

EP: The “Awareness FC” Drug Prevention Programme¹⁷

Destinatari: ragazzi delle classi quinte e seste (10-12 anni) residenti nell’area *Finglas/Cabra* in cui si registrano livelli socio-economici svantaggiati e quindi un elevato numero di persone a rischio.

Strategia: il programma si realizza all’interno dell’ambito scolastico e consiste in 6 sessioni settimanali di 90 minuti l’una. Gli scopi del programma sono:

- aumentare la consapevolezza dei partecipanti sul tema della droga;
- incoraggiare i partecipanti a prendere delle decisioni sulla base di informazioni corrette;
- approfondire il tema dell’auto-stima;
- mettere in evidenza la necessità di un percorso educativo relativo al tema della droga.

Il programma prevede anche una serie di obiettivi chiave. Questi includono la valutazione della conoscenza del tema droga da parte dei partecipanti, la correzione delle informazioni errate, la discussione su temi inerenti la droga e questioni correlate all’interno di gruppi di pari, l’esplorazione dei rischi, delle alternative e delle conseguenze legati al consumo di droga, la sfida agli atteggiamenti e a comportamenti messi in atto dai partecipanti, il coinvolgimento dei genitori e l’aumento del loro grado di consapevolezza sulle droghe, il mantenimento dell’attenzione sulla comunità e la diffusione del programma.

Il contenuto del programma include le seguenti componenti: droghe, cosa e perché, definizioni, immagine di sé, *decision-making*, H.I.V. e A.I.D.S e un monitoraggio della partecipazione. Viene anche offerto un programma parallelo destinato ai genitori.

Valutazione: nel 1999 Morgan ha condotto una valutazione di *Awareness FC*. Morgan utilizzando un’ampia gamma di metodologie sia quantitative sia qualitative, appropriate all’obiettivo della ricerca: ha effettuato le analisi del contenuto delle risposte al questionario, ha svolto il ruolo di facilitatore nei *focus group* e ha condotto interviste semi-strutturate. I dati sono stati raccolti come indicato di seguito:

- questionario pre/post per studenti;
- valutazione degli studenti (cosa ne pensano gli studenti del programma);
- auto-valutazione di *tutor* in merito alla propria prestazione e rispetto alla reazione del gruppo;
- valutazione degli insegnanti (in particolare cosa pensano degli effetti del programma sui loro studenti);
- valutazione dei genitori rispetto a cosa pensano degli effetti del programma sui propri figli e su se stessi e contemporaneamente indicazioni su cosa si potrebbe fare per migliorare il programma.

Sulla base dei risultati ottenuti Morgan (1999) ha rilevato che il programma era ben progettato, implementato con professionalità e aveva raggiunto risultati molto promettenti. Morgan (1999, p. 20) ha messo in evidenza che il programma era in linea con le indicazioni che, nelle ricerche precedenti, si erano dimostrate più efficaci. Morgan ha raccomandato, *inter alia*, che il programma entri a far parte di un approccio integrato al problema delle droghe, in rete con altre iniziative locali che si occupano della stessa questione. Inoltre, gli

¹⁷ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/showQuest?Prog_ID=2246

elementi principali che hanno contribuito al successo del programma, messi in evidenza dalla valutazione, dovrebbero essere sviluppati ulteriormente. Infine, dovrebbe essere posta particolare attenzione al lavoro di squadra, alla progettazione, alla consultazione e alla dimensione comunitaria del programma (1999,20).

AUSTRIA

EP: Early detection in schools¹⁸ EDDRA

Destinatari: ragazzi “difficili” che hanno mostrato problemi di consumo (sperimentale o consolidato) di droga e che manifestano un comportamento problematico. Nel passato la risposta più comune del sistema scolastico era quella di segnalare questi studenti alla polizia e in alcuni casi anche espellerli dalla scuola. Oggi si ritiene che quelle misure non solo fossero inappropriate ma aumentassero ulteriormente il problema. E’ risaputo, infatti, che chi abbandona precocemente la scuola fa parte di gruppi a maggior rischio di consumo consistente di sostanze.

Strategia: prevenzione dei comportamenti di dipendenza nei giovani a rischio e/o con comportamenti problematici attraverso l’individuazione e l’intervento precoce. Gli insegnanti sono sensibilizzati riguardo l’individuazione e l’intervento precoce attraverso un modello di azione standardizzato che può essere usato da diverse professionalità. Inoltre gli insegnanti acquisiscono competenze per incoraggiare i ragazzi a rischio a risolvere i propri problemi attraverso il ricorso a servizi specialistici. L’individuazione precoce è un modello di prevenzione che enfatizza l’approccio pedagogico, piuttosto che quello amministrativo. Questo modello risponde ai segnali di comportamento e non solo al consumo di sostanze.

Valutazione: la maggioranza dei partecipanti ha ritenuto il corso utile. In molti casi ha perfino portato alla costituzione di un gruppo di lavoro interno alla scuola che continua a lavorare insieme anche dopo il corso e che organizza attività specifiche. L’obiettivo di implementare un modello comune di azione per gestire gli studenti che consumano sostanze illegali non è stato pienamente raggiunto a causa del fatto che le persone coinvolte avevano ideologie differenti. Pertanto il risultato migliore che è stato possibile ottenere riguarda il fatto che i singoli insegnanti sono riusciti a raggiungere un accordo rispetto ad alcuni elementi concreti e a metterli in pratica. Ad ogni modo, a livello strutturale, con la *Provincial School Council* del Tirolo, è stato individuato un modello di azione comune per gestire i ragazzi che consumano sostanze illegali. I principi guida definiti dalle autorità pubbliche sono stati inviati con una lettera a tutte le scuole primarie e secondarie

In ogni scuola sono stati coinvolti un insegnante, uno psicologo, un medico scolastico e alcune persone del Servizio regionale per le tossicodipendenze. In tutto sono stati coinvolti nel *training* circa 40 servizi differenti. Essi hanno visitato le scuole e hanno preso parte alle riunioni per discutere i casi. I rappresentanti dei diversi Servizi per le tossicodipendenze hanno trovato un accordo in merito ad un modello comune per fare interventi di consultazione rivolti agli studenti obbligati dalla legge ad avere dei colloqui, che può essere considerato simile al modello standardizzato implementato dalla *Provincial School Council*.

Il *feedback* sul programma indica che le relazioni tra i sistemi di aiuto dentro e fuori la scuola sono migliorate. Al momento non si sa quali possano essere gli effetti a lungo termine e quali risultati ci si possa attendere rispetto al livello degli interventi quotidiani.

¹⁸ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/showQuest?Prog_ID=2088

PORTOGALLO

EP: SUB-RISCOS¹⁹ (Fundação Portuguesa – A comunidade contra a SIDA – Madeira)

Destinatari: Il progetto si rivolge ad alcuni quartieri della città di *Funchal* che presentano indici elevati di condotte antisociali, sperimentazioni ed uso regolare di droghe e abbandono scolastico precoce. Sono stati identificati dai Servizi Sociali sessanta bambini/e e adolescenti (dai 6 ai 18 anni) che mostravano sia condotte problematiche sia un alto numero di fattori di rischio rispetto all'uso di droghe.

Strategia: SUB-RISCOS è un programma volto allo sviluppo del pensiero pro-sociale e alla promozione delle abilità sociali e personali in bambini/e e adolescenti. Promuove lo sviluppo di capacità e la formazione dei professionisti nel campo della prevenzione, perchè possano lavorare nel contesto scolastico, familiare e comunitario. Si utilizza una metodologia attiva per promuovere l'apprendimento interattivo e cooperativo, così come il lavoro in gruppi piccoli ed eterogenei per rinforzare il sentimento di aiuto reciproco. Altri metodi utilizzati sono lo sviluppo di modelli, il *role-playing*, i gruppi di discussione, i database, le attività creative in gruppo e lo sviluppo del pensiero e della discussione critica.

Valutazione: Revisione dell'applicazione e analisi del programma, includendo pre-test e post-test.

FINLANDIA

P: Career planning class

Destinatari: Studenti dell'ultimo anno delle scuole secondarie.

Strategia: Gli studenti a rischio di fallimento scolastico sono invitati ad assistere a lezioni speciali, nelle quali ricevono orientamento rispetto alla propria crescita personale e alla definizione di obiettivi per il proseguimento degli studi. Il programma è nuovo e viene offerto alle scuole dell'area di Helsinki e il suo hinterland.

Valutazione: Il progetto è iniziato nel 2003.

NORVEGIA

P: New Start²⁰

New Start è un programma canadese molto esteso, che viene offerto a carcerati/e di vari paesi, incluso Norvegia. Il materiale si basa su un *focus* cognitivo e psicologico. Sulla base di questo programma, il Centro Nazionale di Formazione di Hordaland ha sviluppato il progetto KREPS (Soluzione creativa di problemi), un'esperienza rivolta agli studenti di scuole secondarie di I grado. Il gruppo di esperti (KUD/BFD 2000) considera che KREPS sia un'iniziativa potenzialmente promettente per le scuole secondarie.

¹⁹ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/ShowQuest?Prog_ID=5276

²⁰ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/showQuest?Prog_ID=1350

5. Delinquenza giovanile

I progetti che sono presentati nelle seguenti pagine si focalizzano sui problemi legati alla delinquenza giovanile. Alcuni si rivolgono ai giovani che hanno infranto le leggi che regolano l'uso e/o la vendita di droghe mentre altri si rivolgono a giovani delinquenti in senso più ampio. Il rapporto tra consumo di droga e attività criminali è ben conosciuto e documentato: l'uso di droga è fino a sette volte maggiore fra i giovani che infrangono la legge rispetto a quelli che non lo fanno (Golden & Sondhi, 2001). Dietro questi dati vi è l'evidenza che i fattori di vulnerabilità per l'uso di droghe e per la delinquenza si sovrappongono in gran misura (Hawkins et al., 1995). I rapporti causali sono senza dubbio difficili da stabilire: i giovani consumatori e i giovani delinquenti sono in realtà popolazioni che si sovrappongono (Newburn, 1999). Questo trasforma il sistema giudiziario in un contesto di primo ordine per la realizzazione di attività di prevenzione selettiva e non soltanto per la prestazione di servizi di trattamento ai detenuti che manifestano qualche dipendenza. Seppur sia considerato un fattore chiave, il coordinamento tra il sistema dei Servizi Sociali (prevenzione) e i Servizi Giudiziari è complessa, così come hanno messo in evidenza due programmi pilota del Regno Unito (Newburn, 1999). Nella maggior parte degli Stati Membri esistono provvedimenti legali per assicurare una maggiore garanzia ai giovani delinquenti (in particolar modo coloro che sono stati denunciati per la prima volta per infrazioni legate alla droga), anche se si sono trovati in quel senso poche linee guida dettagliate e pochi progetti concreti di cooperazione tra servizi.

INDICAZIONI GENERALI DA PARTE DEGLI STATI MEMBRI

Danimarca: Il modello danese di collaborazione e coordinamento SSP (*School, Social Services and Police*) prevede un dialogo continuo e dettagliato sia su bambini singoli e gruppi a rischio sia su aree o comunità con particolari problemi. All'interno di questo modello ogni realtà coordina le proprie azioni con gli altri. Esistono strutture di tipo SSP in quasi tutte le municipalità.

Grecia: Circa 45 municipalità di tutto il paese hanno partecipato al processo di creazione dei *Consigli Locali di Prevenzione della Delinquenza*, formati da operatori sociali, volontari specializzati e rappresentanti del Consiglio comunale, della Polizia e delle autorità giudiziarie, agenzie sociali e imprese locali. Questi consigli hanno, fra le altre, la funzione di fornire suggerimenti e consulenze al Ministero per l'Ordine Pubblico in merito alle misure preventive e repressive da attuare contro la delinquenza nelle rispettive municipalità.

- a) *Arsis*, un'organizzazione non governativa formata da volontari/e, presta i suoi servizi a giovani con problemi legali;
- b) Il centro di consulenza del programma terapeutico STROFI (di KETHEA) si trova presso l'ufficio del Pubblico Ministero e offre i suoi servizi ad adolescenti consumatori con problemi legali.

Italia: La Polizia segnala i giovani trovati in possesso di droghe (con quantità considerate ad uso personale), al prefetto che, a sua volta, invia i giovani e la loro famiglia ad un colloquio con lo *staff* dell'Ufficio droga esistente in ogni Prefettura. Questi colloqui hanno

l'obiettivo di indagare le motivazioni, di valutare le possibilità di prevenire infrazioni future ed eventualmente di mettere in contatto il giovane con strutture di trattamento e riabilitazione della zona. Esiste un progetto specifico, a copertura nazionale, per i giovani già inseriti nel contesto giudiziario che offre interventi preventivi e appoggio psicosociale per problemi legati alla droga. Gli interventi preventivi consistono in attività sportive, formazione professionale con tirocini lavorativi e misure di reinserimento lavorativo. Le attività di supporto psicosociale hanno come obiettivo la maturazione, la presa di decisione (per coloro che vogliono cambiare) e lo sviluppo delle risorse personali dei giovani.

La maggior parte degli interventi si rivolgono a famiglie affidatarie che accolgono giovani con problemi legali o appartenenti a famiglie problematiche. Ultimamente nel tribunale di Milano, si è attivata un'iniziativa per formare adulti perché prendano in custodia minori immigrati non accompagnati. Al momento, i dati relativi a questa iniziativa sono scarsi e non si è a conoscenza di ricerche messe in atto per colmare questa mancanza di informazioni.

Finlandia: Le infrazioni realizzate dai giovani con meno di quindici anni non vengono registrate come precedenti e le persone non sono oggetto di sanzioni penali. Risulta difficile per i Servizi Sociali e per la Polizia indirizzare questi giovani verso una vita senza criminalità. Ai giovani tra i 15 e i 18 anni, in funzione delle infrazioni commesse, si possono imporre determinati tipi di sanzioni consistenti, in generale, nella realizzazione di lavori socialmente utili per un massimo di sessanta ore, e nella supervisione da parte di uno specialista. L'obiettivo è quello di mantenere il più possibile i minori di 18 anni al margine del sistema penitenziario, dato che il 90% di coloro che entrano in prigione prima di quella età risultano recidivi dopo averlo abbandonato. Da quando è partito il programma di pene alternative per i giovani, si sono applicate centinaia di pene correttive di questo tipo. Circa 200 giovani partecipano simultaneamente al programma, la maggior parte dei quali è stata condannata per furto, infrazioni legate alla droga e per rapina. Ad alcuni dei minori sono state sospese fino a sette sentenze all'interno di questo programma. Si considera che l'intervento, la sentenza e la condanna rapidi risultino benefici per il processo di riabilitazione dei giovani delinquenti, dato che un processo legale più lento può contribuire ad allargare la traiettoria criminale. Chi critica il programma sostiene che richiede un'eccessiva quantità di risorse per ogni giovane coinvolto.

GERMANIA

EBP: FreD²¹ (Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten) **EDDRA**

Destinatari: Consumatori di droghe denunciati per la prima volta. Molti di questi giovani hanno il primo contatto con il sistema giudiziario a causa di infrazioni legate alla droga, anche prima che le loro famiglie vengano a conoscenza del loro consumo.

Strategia: Il progetto, coordinato da LWL²² a Münster offre un servizio di intervento precoce di breve durata e su base volontaria. FreD offre un servizio attraverso il quale riflettere, il prima possibile, sul comportamento di consumo di droga sia dal punto di vista dei procedimenti

²¹ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091

²² www.lwl.org

legali sia da quello dello sviluppo evolutivo del ragazzo coinvolto. Il procedimento viene eseguito da parte dei servizi di assistenza legati ai problemi di droga che hanno esperienza sul trattamento degli adolescenti. Oltre a riflettere sui modelli di consumo di droga e sulla possibilità di stimare il rischio individuale, il progetto vuole promuovere la motivazione verso un cambiamento di condotta con l'obiettivo di ridurre il consumo e modificare gli atteggiamenti verso il consumo di droga. Prima di iniziare il programma, le persone interessate partecipano a un colloquio individuale per analizzare i livelli di consumo. Tramite questo processo è possibile valutare e trattare un possibile caso di consumo attraverso un servizio di supporto integrale, specifico e individualizzato. In quel colloquio si prende inoltre la decisione di partecipare (o meno) al corso di formazione di FreD che ha una durata di otto ore. Otto *Länder* applicano il programma.

Valutazione: L'età media degli utilizzatori di FreD è di 17,9 anni; si rileva quindi un buon raggiungimento del gruppo *target* (più dell'80% hanno meno di 20 anni). La maggior parte degli utilizzatori non aveva ricevuto in precedenza servizi di appoggio psicosociale. Nel corso del programma, si è rilevato un miglioramento del gruppo *target* nella capacità di risoluzione dei problemi, nell'auto-competenza e nella conoscenza dei servizi di sostegno disponibili. Si è inoltre ridotta lievemente l'incidenza di consumo di droghe ed il tasso di recidività dei comportamenti delinquenziali è risultato essere solo del 6,8%. La soddisfazione rispetto al programma è stata elevata (87%). Per il successo del progetto è risultato fondamentale la stretta collaborazione fra i servizi di trattamento ed il Sistema Giudiziario.

Il report completo di valutazione, in tedesco, è disponibile dalla fine del 2003 nel sito <http://www.lwl.org/ks/>

IRLANDA

EP: Finglas Village Project, Dublino

Destinatari: Ragazzi e ragazze dai 12 ai 16 anni, residenti nell'area di Dublino (distretti 9 e 11) che sono stati segnalati per assenze ingiustificate scolastiche o carichi giudiziari.

Strategia: Servizio di valutazione diurna della durata di quattro settimane. Il *Village Project* è unico in Irlanda rispetto alla prospettiva di valutazione alla quale fa riferimento. È attualmente l'unico servizio di valutazione diurna di carattere integrale per giovani in situazione di rischio; è presumibile, però, che il *Village Project* diventi un modello da seguire (buone prassi) per i servizi di questo tipo che saranno sviluppati in futuro.

In tutti i contatti con i giovani, i loro tutori o familiari, con figure esterne o con qualsiasi altro agente, lo staff responsabile del progetto adotta un modello basato sul rafforzamento delle risorse delle persone (*strengths-based*), cioè maggiormente orientato alla ricerca di soluzioni che non ai problemi. Lo staff parte dal presupposto che ogni persona possieda una serie di risorse e abilità tramite le quali affrontare i problemi che sperimenta in un determinato momento. Questa prospettiva si articola intorno alle capacità che la persona implicata (o la sua famiglia/tutori) già possiede e viene utilizzata per lavorare attivamente con i soggetti con l'obiettivo di aiutare la persona a sviluppare strategie proprie, necessarie ad indurre un cambiamento positivo nella propria vita. Il *Village Project* assume una prospettiva partecipativa ed inclusiva. Nel processo di valutazione si favorisce il coinvolgimento attivo e costante della famiglia. Questo è un fattore considerato fondamentale in tutto il processo di valutazione. Nel *Village Project*, i giovani giocano un ruolo attivo in tutto il processo di valutazione e i loro punti di vista vengono registrati in ogni sezione del Report di Valutazione preparato per l'agenzia che ha inviato il caso.

La pianificazione dell'assistenza è un elemento centrale del processo di valutazione del *Village Project*. In stretta collaborazione con le persone coinvolte (e i suoi familiari o tutori, se si considera conveniente), lo specialista che prende in carico il caso elabora un piano di cura, che include sia gli obiettivi a lungo termine (il periodo complessivo di quattro settimane di valutazione) sia gli obiettivi a breve termine da raggiungere nel corso di una settimana. Il piano stabilisce una serie di obiettivi dal punto di vista fisico, emozionale, intellettuale, sociale e personale, così come le strategie che si dovranno utilizzare per raggiungerli. Gli obiettivi a breve termine si stabiliscono all'inizio di ogni settimana – momento nel quale il giovane riceve una copia del suo piano settimanale di lavoro firmata da lui stesso e dal responsabile del caso – e sono monitorati alla fine della settimana e, nel loro complesso, alla fine del soggiorno nel centro. I ragazzi vengono attivati e direttamente incoraggiati e lodati in ognuna delle fasi che devono superare per raggiungere gli obiettivi stabiliti inizialmente. Alla fine del processo di valutazione, ogni partecipante riceve un certificato nel quale vengono indicati gli obiettivi raggiunti durante il soggiorno nel centro.

Il *Village Project* è gestito da uno staff multidisciplinare che punta maggiormente sulle capacità del gruppo che non su quelle dei singoli membri. Tutti i componenti dello staff assumono il ruolo di responsabile di un caso, rompendo in questo modo la suddivisione di funzioni che abitualmente esiste nelle organizzazioni che lavorano con i giovani. Per esempio, è il responsabile del caso, al posto di qualsiasi altro membro dello staff (direttore, psicologi, ecc.), che agisce come rappresentante del giovane e della sua famiglia di fronte alle altre organizzazioni ed istituzioni.

Valutazione: sono state messe in atto una valutazione quantitativa e una qualitativa, senza gruppo di controllo (Hugues, 2001). Dal punto di vista della valutazione dei risultati, il progetto coincide con i modelli internazionali che hanno ottenuto maggior successo. La valutazione nel *Village Project*:

- è uno sviluppo rispetto ai centri di valutazione di tipo residenziale esistenti in Irlanda;
- è un servizio solidamente radicato sul territorio che ha creato legami con i gruppi della comunità;
- tiene in considerazione il contesto nel quale si sviluppa la vita dei partecipanti (si presta attenzione in modo adeguato all'influenza della famiglia, degli amici e della comunità);
- lascia ai giovani un ruolo attivo ed un certo livello di responsabilità rispetto al successo del processo di valutazione;
- permette un contatto maggiore con la famiglia in rapporto a quanto viene fatto nei centri residenziali di valutazione.

I report presentati ai Tribunali risultano ampi ed integrali. In conclusione, il servizio può considerarsi efficiente in termini economici, nella misura in cui evita l'alto costo della carcerazione.

LUSSEMBURGO

P: **Street Work – Juveniles in Urban Area**

Destinatari: Giovani con comportamenti a rischio; copertura di circa 200 persone all'anno (195 giovani nel 2001).

Strategia: Il progetto viene sviluppato da Medici Senza Frontiere – *Solidarité Jeunes*. Si rivolge a giovani che hanno commesso infrazioni legate alla droga e offre loro un sostegno psicosociale, che può estendersi ai familiari o tutori (inclusi i rappresentanti dei centri educativi a cui partecipa l'adolescente). L'intervento si realizza in una fase precoce con

l'obiettivo di trovare soluzioni, insieme agli educatori responsabili, per ridurre la recidiva di infrazioni legali. L'intervento si focalizza su fattori indipendenti dalle infrazioni alla legge e dal consumo di droga.

GRAN BRETAGNA

P: Drug Outreach Workers In Youth Offending Teams

Destinatari: Giovani detenuti o condannati per azioni delinquenziali in Inghilterra.

Strategia: I così detti *Youth Justice Board's Youth Offending Teams (YOTs)* lavorano per prevenire la recidività di azioni delinquenziali nei bambini/e e giovani. L'abuso di droghe e alcol è uno dei motivi che, con maggior frequenza, conducono i giovani a commettere crimini. Ogni gruppo di lavoro YOTs, che ha al suo interno professionisti specializzati nella tossicodipendenza, valuta ogni giovane rispetto al consumo di sostanze e, nei casi nei quali lo ritiene necessario, realizza interventi brevi o facilita la presa in carico dei servizi specializzati.

Valutazione: In corso.

NORVEGIA

EP: ART²³

Destinatari: Adolescenti aggressivi e asociali.

Strategia: È sufficientemente documentato che ART (*Aggression Replacement Training – Formazione per la Sostituzione dell'Aggressione*) è un programma efficace di riduzione del rischio che consiste in una formazione sulle abilità sociali, sul controllo dell'ansia e sul ragionamento morale. Il progetto si sta applicando attualmente in Olanda, Polonia e Gran Bretagna, dove il Ministero degli Interni sta progettando un programma ART a livello nazionale. In Svezia, l'orfanotrofio *Barnhemmet Oasen* in *Aneby* e il centro giovanile *Ungdomsalternativet* in *Malmø*, hanno ottenuto eccellenti risultati con questo approccio.

Valutazione: L'esperienza di ART si sta realizzando da quindici anni con risultati molto promettenti (Coleman et al., 1991; Goldstein and Glick, 1987; Curulla, 1990; Gibbs et al., 1992, Klein, 1995). Uno dei risultati è la riduzione delle misure coercitive applicate ai destinatari del programma.

²³ <http://www.aggressionreplacementtraining.org/>

6. Servizi di *counseling* nell'ambito extra-scolastico, educativa di strada e punti di incontro per giovani sperimentatori di droga

Nei capitoli precedenti si è fatto riferimento a progetti che prevedono occasioni di consulenza per giovani sperimentatori di sostanze o per giovani in situazioni di rischio mentre frequentano la scuola o quando entrano in contatto con il Sistema Giudiziario. Tuttavia, in alcune occasioni risulta più conveniente avvicinarsi a queste persone in contesti più informali, specialmente quando non si riesce ad avvicinarsi a loro in altro modo. In teoria, questa riflessione dovrebbe essere valida anche per le categorie a rischio dei giovani senza fissa dimora (Lloyd 1998, Drugscope 2000, Goulden & Sondhi 2001), ma né in questa ricerca né nella banca dati EDDRA si sono trovati progetti orientati in modo specifico a questa popolazione.

Una delle caratteristiche comuni ai progetti presentati in queste pagine è l'enfasi posta nell'identificare, avvicinare o attrarre giovani a rischio con l'obiettivo di offrire loro supporto e la possibilità di accedere ai servizi specializzati in una fase ancora precoce dello sviluppo dei loro problemi legati alla droga. Tradizionalmente, in quasi tutti gli Stati Membri, l'educativa di strada è stata concepita come la modalità per raggiungere i consumatori problematici di droga e quindi è associata in minor misura al lavoro con giovani vulnerabili che non hanno ancora manifestato problemi sociosanitari gravi, legati all'uso di sostanze. Alcuni Stati Membri hanno fornito informazioni sull'esistenza di Unità mobili rivolte ai giovani o di gruppi di Educativa di strada strettamente collegati con tutte le Organizzazioni assistenziali più importanti, in modo tale da prestare assistenza nella fase più precoce possibile agli adolescenti e ai giovani utilizzatori di sostanze. In situazioni di crisi si possono inoltre sviluppare azioni congiunte tra i diversi servizi. Queste misure e la loro rilevanza per i giovani vulnerabili e/o sperimentatori di sostanze sono state ampiamente discusse, ad esempio in Austria, ed è previsto che aumenti la loro copertura geografica (Haas et al., 2001; 2002).

In questo ambito di intervento, la questione basilare e ricorrente è il modo con cui identificare e raggiungere i giovani potenzialmente a rischio di adottare stili di consumo problematici ma che difficilmente si riescono a raggiungere tramite la scuola o altri contesti più convenzionali. Centri drop-in e servizi di consulenza nei quali i loro stili di vita non siano giudicati (Haas et al., 2001) rappresentano opzioni strategiche importanti. In alcuni Stati Membri, si sono sviluppate prospettive maggiormente proattive in rapporto ai giovani a rischio - "*interventionist tracking*" (Green 2001) –, tramite forme di collaborazione tra diversi servizi (Green, 2001) e agenti sociali (Arbex Sánchez, 2002). Una possibile opzione sarebbe la realizzazione di studi specificamente orientati alla conoscenza dei fattori predittori dell'abuso di droga e non soltanto dell'uso (Kircaldy et al. 2003).

RIFERIMENTI GENERALI DA PARTE DEGLI STATI MEMBRI

Danimarca: Questo approccio non è considerato prioritario ma si sta sviluppando, in rapporto al lavoro di strada.

Grecia: Alcuni servizi di prevenzione primaria offrono servizi di *counseling* e appoggio psicosociale sia ad adolescenti in situazione di rischio o a potenziali utilizzatori di droga

sia alle loro famiglie, specialmente nelle zone nelle quali non esistono altri servizi di salute o per le tossicodipendenze.

Francia: Esistono gruppi di educativa di strada specializzati in prevenzione, in certi casi in collaborazione con le scuole ma raramente sviluppano strategie specifiche nel campo delle droghe.

Irlanda: L'*Irish Health Advice Cafés* ha l'obiettivo di fornire un servizio combinato di prevenzione e di bassa soglia per i giovani. Si rileva la necessità di un maggior numero di bar/locali/pub creati (o adattati) per coinvolgere i giovani. A Ballyfermot è stato progettato un centro dedicato ai giovani che sarà gestito da URBAN Ballyfermot a partire dal 2004. Il centro si caratterizzerà come *un drop-in bar*.

Italia: I servizi locali dedicati ai giovani organizzano, in numerose città, Unità mobili di informazione e consulenza che si muovono nelle zone in cui c'è un'alta concentrazione di giovani. Non sono stati pubblicati dati relativi alle loro attività e non esistono registri, su scala nazionale, sul numero di servizi esistenti o sulle attività che si realizzano. Alcuni servizi per le tossicodipendenze hanno anche sviluppato Unità mobili orientate alla prevenzione di comportamenti a rischio fra gli utilizzatori non abituali di droghe e l'organizzazione di attività alternative.

Finlandia: I *Walkers Youth Café* offrono un servizio di intervento precoce e attualmente lavorano in 24 località. In queste attività gli adulti giocano un ruolo importante dal momento che i professionisti (gli esperti) del lavoro coi giovani formano e sostengono i volontari. È stato fatto uno sforzo per sviluppare questi bar per i giovani in luoghi di ritrovo sicuri, nei quali i ragazzi possano interagire con i loro pari e con persone adulte. Si possono trovare informazioni sulla localizzazione e sulle attività di questi *caffè* all'indirizzo internet http://www.asemanlapset.fi/tietopankki/in_english/.

DANIMARCA

P: Recentemente, alcune municipalità hanno avviato esperienze positive di aiuto a gruppi di giovani che iniziano a manifestare i primi problemi derivati dall'uso di cannabis. Sono stati organizzati centri diurni dove i giovani si incontrano in piccoli gruppi (fino a 10 persone) e con il supporto di un terapeuta e di un operatore sociale. In questi gruppi, i giovani trovano il momento ed lo spazio adatto per parlare della loro vita, dei loro problemi e del loro consumo di droga. Le attività di supporto considerate più efficaci sono: offrire assistenza, elaborare piani specifici e realistici per il futuro e facilitare l'ingresso in attività formative o nel mondo del lavoro. I risultati mostrano come i giovani in situazioni di rischio sfruttino in gran misura l'aiuto prestato da persone adulte che li supportano, li rispettano e accettano il loro punto di vista. Questi risultati indicano inoltre che i problemi legati alle droghe possono risolversi da soli se si presta e si accetta aiuto rispetto ad altri problemi della vita (scuola, famiglia, amicizie, ecc.). Le attività specificamente destinate all'integrazione scolastica o lavorativa si sono dimostrate molto importanti rispetto alla prevenzione di situazioni di esclusione sociale. I *Natteravnene* (*Corvi Notturni*) sono gruppi di genitori volontari che girano per le strade di paesi e città durante le notti del fine settimana per prestare assistenza a giovani con problemi legati

all'alcol o all'uso di droga e per indurre loro una sensazione di sicurezza. Questi gruppi di genitori rimangono in strada e non entrano nei bar o nelle discoteche. Il loro compito consiste nell'aiutare i giovani e informarli sui luoghi in cui possono trovare una consulenza specializzata.

GERMANIA

P: Un manuale sull'alcol rivolto ai Medici di Medicina Generale chiamato "*Kurzintervention für Patienten mit Alkoholproblemen - Beratungsleitfaden für ärztliche Praxen*" che è stato pubblicato da *Health Education* (BzG) a Colonia è in fase di valutazione nella Bassa Sassonia al fine di essere adottato come modello regionale. I medici sono stati formati durante 12 seminari tenuti in tutta la Bassa Sassonia tra maggio e ottobre del 2003 e sono stati intervistati 2 volte.

GRECIA

P P P: Alcune organizzazioni che si occupano di prevenzione primaria prestano consulenza e supporto psicosociale sia a giovani che consumano droghe (o che si suppone potrebbero consumarle) sia alle loro famiglie, soprattutto nelle zone in cui non esistono altri servizi per le tossicodipendenze e la salute.

L'Unità mobile di informazione "*Pegasus*" (*KETHEA*) offre *counseling* e appoggio ai consumatori di droga che non hanno avuto accesso a programmi di trattamento e ai loro familiari e a quei consumatori che rischiano di sviluppare dipendenza.

La Rete di Intervento Precoce *PLEFSI* (di *KETHEA*) si rivolge ad adolescenti tra 13 e 19 anni che consumano sostanze occasionalmente o sperimentalmente. Viene offerta loro la possibilità di partecipare ad attività educative o occupazionali, sostenendo anche il contesto familiare. Il Centro vuole prevenire lo sviluppo di abitudini di consumo più problematiche, intervenendo nelle fasi più precoci della dipendenza.

Dal 1998, il centro di Prevenzione della Prefettura di Aitolokarnania gestisce un gruppo di auto-aiuto rivolto sia a giovani consumatori di alcol e sostanze ricreative sia a giovani ad alto rischio. L'obiettivo principale del programma consiste nell'offrire informazione e sostegno psicosociale a questi giovani e nel favorire la loro partecipazione ad attività alternative all'uso di droghe.

EDDRA – link: http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=478

SPAGNA

P: **Hirusta**²⁴ **EDDRA**

Destinatari: Adolescenti e giovani (da 14 a 21 anni) che presentano numerosi problemi sociali e di comportamento, fra i quali può esserci il consumo di droga. Il progetto coinvolge anche le loro famiglie.

²⁴ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/showQuest?Prog_ID=2916

Strategia: Dal 1994, accedono al centro di *Proyecto Hombre* (Progetto uomo) di Bilbao un numero crescente di adolescenti che si trovano nella fase iniziale di consumo di droga o che manifestano altri comportamenti problematici che non coincidono con il profilo dell'utente abituale di un Servizio. Il principale motivo di consulenza non riguarda solo l'utilizzo di droghe ma anche problemi legati alla famiglia e alla scuola oppure si tratta di problemi di natura personale, legati alla fase dell'adolescenza. Fra i motivi che portano alla consulenza, i più frequenti risultano essere: i comportamenti aggressivi, l'iniziazione ad attività delinquenti, il basso rendimento scolastico, i problemi di comunicazione familiare, la mancanza di limiti e i problemi coniugali. *Hirusta* è un programma specificatamente rivolto agli adolescenti e alle loro famiglie con l'obiettivo di dare una risposta alle loro necessità. L'obiettivo è quello di offrire consulenza e sostegno agli adolescenti, alle loro famiglie e a qualsiasi Servizio della comunità che lavori con loro. Nello specifico, il programma ha come obiettivi: 1) valutare i livelli di rischio di ogni adolescente e sviluppare le abilità sociali e personali necessarie per gestire i conflitti e le situazioni rischiose; 2) sostenere e offrire trattamento alle famiglie di questi adolescenti, in modo che possano acquisire le abilità necessarie per gestire adeguatamente i rapporti familiari, 3) coordinarsi con altri Servizi comunitari che lavorano con adolescenti in situazioni problematiche. Le attività si sviluppano tramite corsi di formazione, laboratori tematici e sessioni informative. Le famiglie e/o gli adolescenti che presentano problemi o e situazioni di rischio particolari ricevono servizi di *counseling*, valutazione e intervento sia individuale sia di gruppo. Gli interventi con gli adolescenti e i loro padri o madri si tengono in forma separata. La durata approssimativa dell'intervento varia da sei a dodici mesi.

Valutazione: Si tratta soprattutto di una valutazione di processo dell'intervento e di un'analisi del profilo della popolazione target. Attualmente si sta pianificando un protocollo per la valutazione di risultato sviluppato da un ente esterno. Dal 1996, il programma ha sperimentato un incremento costante del numero di adolescenti e di famiglie coinvolte, passando da 45 famiglie e 36 adolescenti durante il primo anno a 202 famiglie e 94 adolescenti nel 2001. Si stima che nel 2002 abbiano partecipato al programma circa 674 persone. Il motivo più frequente di richiesta di consulenza al Servizio è il sospetto che l'adolescente possa avere iniziato a consumare droga o la consapevolezza che lo stia già facendo. Ad ogni modo si osserva che questa motivazione perde peso con il passare degli anni e che incominciano a prevalere altre problematiche quali: i comportamenti aggressivi o i conflitti familiari. Una volta fatta la valutazione, si rileva che circa il 10% delle richieste di intervento è rinviato a Servizi specializzati. Nel 2001, con l'obiettivo di migliorare il coordinamento e le sinergie rispetto alle risorse comunitarie, si sono svolte sessioni di formazione per formatori, con la partecipazione di 146 professori. Si sono inoltre realizzati due corsi per genitori di alunni a cui hanno partecipato 40 persone. Recentemente, si sono organizzati otto laboratori per mediatori sociali e tecnici di prevenzione delle tossicodipendenze a cui hanno partecipato 186 professionisti.

IRLANDA

EBP: Ballymun Youth Action Project²⁵ (YAP)

Destinatari: Il *Ballymun Youth Action Project (YAP)* è nato nel 1981, dopo che un numero consistente di giovani della zona sono morti a causa di problemi legati all'uso di droga.

²⁵ <http://www.npi.ie/EMPLOYMENT/integra/projects/byap.html>

Strategia:

- 1) Sviluppare una risposta comunitaria contro l'abuso di droga;
- 2) Offrire consigli, informazioni e sostegno alle persone che manifestano forme di dipendenza e a coloro che ci convivono;
- 3) Sviluppare Servizi preventivi, soprattutto rivolti ai giovani in situazione di rischio o vulnerabili rispetto al possibile uso di droghe;
- 4) Intraprendere forme di educazione rivolte alla comunità sul tema dell'abuso di droga;
- 5) Collaborare con altre Organizzazioni pubbliche o volontarie che si occupano di interventi sociali;
- 6) Promuovere la ricerca sul tema dell' abuso di droga nella zona.

Il filone principale del programma prevede le seguenti attività: *counseling* individuale, terapia di gruppo, gruppi di sostegno, consulenza, invii ad altri servizi, educativa di strada, visite in carcere, in comunità e visite domiciliari.

Una recente novità del programma è URRÚS (che in irlandese significa "forza" o "fiducia"), *Ireland's Community Addiction Studies Training Centre*, creato da *Ballymun Youth Action Project (YAP)* che offre formazione di qualità su tutti gli aspetti legati al tema dell'uso di droga e a quello della dipendenza. Ciò è stato fatto per rispondere alle richieste di maggiore informazione sull'argomento espresse da diversi gruppi *target*, inclusi gli operatori sociali e i professionisti che, nel loro lavoro, hanno a che fare con questioni legate alle tossicodipendenze. L'URRÚS è quindi un Centro specializzato di formazione, che combina le due aree di intervento del *Ballymun Youth Action Project (YAP)*: da un lato lo sviluppo della comunità e dall'altro il lavoro nell'ambito delle tossicodipendenze. Integrare il concetto di sviluppo di comunità con la necessità di dare risposte efficaci nella prevenzione dell'uso di droghe rappresenta un punto di vista fortemente innovativo e mette in evidenza il riconoscimento del fatto che un Servizio da solo non può rispondere al problema dell'abuso di droga. URRÚS rende accessibile la formazione a coloro che altrimenti sarebbero stati esclusi da qualsiasi alternativa formativa. URRÚS risulta inoltre un progetto innovativo in quanto il personale locale del *Ballymun Youth Action Project (YAP)* ha il compito di formare altri professionisti e volontari della stessa comunità.

Valutazione: Non si hanno informazioni.

AUSTRIA

EP: Train Waggon a Mödling²⁶

Destinatari: Giovani e adolescenti tra 13 e 23 anni con problemi derivati dall'abuso di alcol, farmaci e cannabis. *Strategia:* Waggon è un centro di consulenza situato nel vagone di un treno ubicato nella stazione di Mödling. Centinaia di giovani attraversano ogni giorno la stazione per andare e tornare da scuola. Il centro Waggon offre diverse attività tra cui sostegno e *counseling* rivolto a tutti i giovani, con un focus particolare alla fascia di età compresa fra i 18 e i 20 anni. Il centro riceve in media 50 visite al giorno e, nel 1999, ha fornito un totale di 513 sessioni di consulenza. L'esperienza indica che i giovani fanno fatica a rivolgersi a Servizi di alta soglia e non sono inclini a rivolgersi a centri pubblici a causa del loro carattere istituzionale. Questo centro di bassa soglia facilita l'accesso dei giovani ai Servizi professionali di assistenza, consulenza e accompagnamento, tenendo in considerazione il fatto che i giovani hanno bisogno che vengano loro concessi l'opportunità

²⁶ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/showQuest?Prog_ID=710

ed il tempo per costruire rapporti di fiducia. Dato che l'identità di genere si sviluppa nella fascia di età corrispondente a quella della popolazione target del programma, si considera molto importante assumere un focus specifico di genere, in modo che i giovani possano rivolgersi a professionisti di sesso differente.

Valutazione: Lo staff, le attività proposte e le dimensioni del centro sono utilizzate al massimo. Le strategie utilizzate sono state via via sviluppate e integrate tramite sessioni di discussione e tramite una comunicazione più chiara delle norme che reggono il funzionamento del centro. Come conseguenza di questi aggiustamenti si è migliorato il clima fra gli utenti che era stato precedentemente guastato da alcuni conflitti nati tra gruppi di origine turca e il resto dei partecipanti. I giovani hanno accolto positivamente l'offerta di *counseling* da parte del centro. Nel 1999, il numero di visitatori è stato 10.179, tre quarti dei quali erano ragazzi. Lo stesso anno, il numero di sessioni di *counseling* effettuate sono state 513. I temi di discussione più abituali sono stati la famiglia ed il lavoro. Si sono anche discussi argomenti legati alla tossicodipendenza, alla droga, ai problemi personali, alla scuola, alle questioni legali, ecc.

Il Governo locale ha in programma, per gli anni futuri, di ampliare i propri Servizi di intervento di strada realizzandoli in un maggior numero di località. Per il 2003 si prevede di intensificare le attività itineranti rivolte ai giovani nelle regioni di Krem e di Waldviertel. In Vorarlberg si prevede di sviluppare un progetto speciale di prevenzione secondaria, che presterà i suoi servizi in tutta la provincia e che collaborerà in forma stretta con tutte le entità assistenziali rilevanti, in modo che si possa assistere, il più precocemente possibile i giovani e gli adolescenti che iniziano a consumare droga.

EP: Auftrieb²⁷ ("Spinta") EDDRA

Destinatari: I giovani residenti in un paese dell'*hinterland* di Vienna, le loro famiglie e i loro parenti.

Strategia: Offrire ai giovani e alle loro famiglie servizi di *counseling*, cura, accompagnamento e intervento in situazioni critiche, attraverso un servizio di consulenza informale di bassa soglia, al fine di prevenire comportamenti problematici legati a situazioni di dipendenza. Il centro di consulenza è ubicato alla periferia della città, in uno spazio un tempo adibito a mattatoio e ora convertito in un centro sociale che accoglie differenti Servizi sociali (come ad esempio un centro giovanile o un centro di accoglienza notturno). Questa ubicazione risponde alla necessità dei giovani: a loro piace passare lì il proprio tempo libero e alcuni addirittura vi pernottano. Il Centro, favorendo la conoscenza reciproca senza imporre particolari vincoli, promuove la creazione di contatti che rappresentano un primo passo per offrire assistenza e spianano la strada alle attività di *counseling*. Contemporaneamente, la realizzazione di interventi per e con i genitori ha rappresentato un ulteriore utile strumento a favore dei giovani.

Valutazione: Il servizio è stato ben accettato sia dai giovani sia dai genitori. Nel 2000, la consulenza ai giovani (da 14 a 19 anni) ha rappresentato il 25% di tutto il lavoro di *counseling*, mentre quello realizzato con i genitori ha raggiunto il 20%. La consulenza a persone con più di 19 anni ha rappresentato un terzo di tutto il lavoro realizzato in quell'ambito. Il lavoro con altre persone (educatori, mediatori, avvocati, ecc.) ha rappresentato il restante 20% dei servizi di consulenza. Il numero di utenti nel 2000 è stato di 373, la metà dei quali hanno portato questioni legate ai problemi giovanili e l'altra metà ai problemi legati alle droghe. I temi più abituali sono stati: i problemi familiari, i problemi

²⁷ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/ShowQuest?Prog_ID=2086

scolastici (incluso il rifiuto di andare a scuola), le situazioni di crisi personale e le questioni legate alla scelta di una professione. In molti casi i giovani hanno avuto accesso al centro conseguentemente ad una infrazione legale legata al consumo di droga. Nella maggior parte dei casi, i giovani accedono al Centro tramite la mediazione di genitori, parenti, amici o professori. L'elevato numero di familiari che si sono rivolti ai servizi di consulenza mette in evidenza l'impotenza e l'angoscia dei familiari quando si trovano esposti, o al rischio di essere esposti, alle problematiche della tossicodipendenza. Di fronte a questa situazione è stato attivato un gruppo permanente per genitori. Nel tempo il numero di attività di *counseling* è aumentato e le situazioni di timore di perdere la faccia o di vergogna per il fatto di aver chiesto aiuto psicosociale (si tratta di una piccola città, nella quale tutte le famiglie si conoscono fra di loro) sono sempre meno frequenti. Anche il clima socio-politico locale è migliorato. Sono stati organizzati diversi dibattiti tra giovani, esperti e rappresentanti politici. Grazie a questi i problemi legati ai giovani e alle droghe hanno smesso di essere considerati un tabù.

GRAN BRETAGNA

EP: Out There Project

Destinatari: Adolescenti e giovani utilizzatori di droghe con un'età compresa tra i 13 e i 25 anni, residenti nella città di Dublino.

Strategia: Il programma seleziona e forma *peer educator* affinché, all'interno delle conversazioni abituali, forniscano informazioni sulla riduzione del danno agli amici che consumano droga.

Valutazione: Le interviste effettuate mettono in evidenza che i *peer educator* siano stati in grado di trasmettere messaggi utili sulla riduzione del danno e che abbiano raggiunto un buon numero di giovani che difficilmente si rivolgono ai Servizi. Secondo gli stessi *peer educator*, i principali fattori che hanno favorito il mantenimento della motivazione e dell'interesse al programma sono stati: la soddisfazione di partecipare ad un'attività che consideravano meritevole, che permetteva loro di rapportarsi con altre persone e che generava qualcosa di positivo per altri. Si raccomanda di restringere il processo di selezione dei *peer educator* per renderlo maggiormente specifico e di ampliare gli obiettivi del programma in modo che sia possibile favorire l'interruzione del consumo e non solo la riduzione del danno correlato.

Contatto: Jack Flannigan; Tel: +44 (0)191 384 2785, email: jack.flannigan.disc@zetnet.co.uk

EP: Health Action Zone (HAZ) Pump-Priming Drug Misuse Prevention Projects²⁸

Destinatari: Giovani vulnerabili

Strategia: Consiste in 130 progetti e iniziative realizzati nelle 26 *Health Action Zone* (Zone di Azione sulla Salute – HAZs) dell'Inghilterra. Le HAZs rappresentano agenzie e *partnership* localizzate in alcune delle zone più svantaggiate del Paese, il cui obiettivo è quello di affrontare le disuguaglianze in materia di salute tramite programmi di modernizzazione dell'assistenza socio-sanitaria. Esse raggiungono un ampio spettro di giovani vulnerabili considerati a rischio di abuso di droga (Department of Health, 2001).

Valutazione: Il *National Drug Prevention Development Team* (Gruppo Nazionale per lo Sviluppo della Prevenzione della Droga) del Dipartimento di Salute ha incaricato un gruppo dell'Università di Glasgow di realizzare, a livello nazionale, una valutazione delle iniziative di

²⁸ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/ShowQuest?Prog_ID=5596

pump-priming (provvedimenti per sviluppo locale) per la prevenzione del consumo di droga nelle *Health Action Zone*. La valutazione è iniziata a gennaio del 2002 ed è stata finanziata fino a giugno del 2003, con questi obiettivi principali: stabilire se le iniziative di *pump-priming* hanno favorito l'espansione e lo sviluppo di Servizi efficaci e sostenibili, rafforzare le *evidence-based* relative ai Servizi di prevenzione del consumo di droga rivolti a giovani a rischio e contribuire allo sviluppo di manuali di buone prassi sui modelli di intervento.

7. Interventi per favorire attività alternative nel tempo libero (incluse le attività sportive) e per sostenere il lavoro giovanile

Gli approcci e gli interventi presentati di seguito si distinguono da quelli del precedente capitolo riguardo il loro obiettivo generale: offrire un'ampia gamma di attività e contesti protetti in modo tale da tenere aperta una possibilità di inclusione sociale ai soggetti vulnerabili. Molti di questi interventi si pongono l'obiettivo di sensibilizzare i Centri per il lavoro giovanile rispetto alla sfida di coinvolgere i giovani "difficili" o i consumatori di sostanze (Haas et al., 2001) o, addirittura di proporre a questi ragazzi attività alternative adeguate all'interno dei servizi di prevenzione posti al di fuori dell'ambito scolastico (Haas et al., 2001). In Spagna esiste una tradizione consolidata nel proporre attività alternative per il tempo libero (alternative leisure time) e si è osservato un notevole progresso nello sviluppo di tecniche di valutazione di questi interventi, come documentato nel manuale di Hermida & Secades (2002). Ad ogni modo, molti di questo genere di interventi sono realizzati all'interno di *setting* di tipo ricreativo (feste) e per questo motivo non sono stati inclusi in questo report.

RIFERIMENTI GENERALI PER GLI STATI MEMBRI

Danimarca: Questo approccio è considerato come assolutamente prioritario nella politica danese, specialmente nelle attività del tempo libero e nello sport (in particolare nelle società calcistiche). Negli ultimi anni la gamma delle attività sportive è stata ampliata e include attività sportive informali che si rivolgono a bambini e giovani a rischio.

Francia: I comuni, i centri sociali e le *equipe* delle unità di strada sviluppano azioni per il tempo libero chiamate "campi vacanza" che permettono di entrare in contatto con i giovani che si trovano in situazioni di difficoltà dal punto di vista sociale.

P: Irlanda: "Foroige" è un'organizzazione giovanile nazionale che conta più di 525 sedi in tutto il paese. Si occupa anche di gestire ed amministrare 28 centri giovanili e progetti incluso il *Tallaght and Blanchardstown Youth Services*. Questi servizi/progetti sono portati avanti insieme al *Vocational Educational Committees* (centro di orientamento professionale), *Health Boards*, the *Department of Justice* e *Area Partnerships*. L'obiettivo fondamentale sotteso a tutto il lavoro di *Foroige* è quello di permettere ai giovani di farsi coinvolgere consapevolmente e attivamente nel proprio sviluppo e nello sviluppo della propria comunità (vedi anche i Gruppi di giovani madri di *Foroige* nella sezione della famiglia (p. 56).

Lussemburgo: Si svolgono diversi progetti rivolti ai giovani a rischio: attività sportive, centri giovani e progetti speciali realizzati dal servizio giovanile nazionale in collaborazione con il CePT²⁹ e con altre organizzazioni.

Finlandia: Ci sono solo alcuni club sportivi che si rivolgono specificamente ai giovani a rischio. Le attività nei Centri sportivi di svolgono generalmente la sera o durante il weekend. In alcuni comuni esistono Centri diurni e Laboratori per coloro che non frequentano la scuola o non sono obbligati a farlo (al di sopra dei 15 anni). In ogni caso i Centri sportivi sono istruiti dalle autorità sul tema della prevenzione del consumo di sostanze al fine di a) assumersi la responsabilità dei propri membri che sono a rischio di abbandonare o hanno già abbandonato il Centro b) essere maggiormente consapevoli rispetto ai rischi che corrono i giovani e rispetto al doping c) incoraggiare uno stile di vita senza alcol e senza tabacco, specialmente quando i ragazzi frequentano i campi di allenamento o partecipano a feste per celebrare una vittoria.

Norvegia: Alcuni centri sportivi prestano particolare attenzione al proprio ruolo nei confronti dei giovani a rischio e alla possibilità di includerli. Ma i Centri per il lavoro giovanile e i club sportivi si definiscono più come attività culturali, politiche o concrete, che come servizi deputati alla prevenzione.

GRECIA

P: Arsis³⁰

Destinatari: giovani a rischio che, ad esempio, stanno affrontando problemi causati da supporto inadeguato da parte della famiglia, ambiente familiare insicuro, trascuratezza o abusi sessuali in famiglia, inadempienza dell'obbligo scolastico, problemi con la legge, oppure giovani presi in carico da parte delle istituzioni.

Strategia: Arsis è un'organizzazione volontaria non governativa che si rivolge ai giovani a rischio. I suoi interventi sono portati avanti principalmente attraverso:

- "Centri di supporto per i giovani" dove si offrono i seguenti servizi: informazioni, *counseling*, orientamento professionale, consulenza legale, invio ad altre agenzie (per esempio istituzioni educative, istituzioni di formazione professionale), supporto rispetto ai bisogni lavorativi e abitativi.
- I Centri per le Attività Creative e la Comunicazione situati in diversi luoghi del paese (Atene, Tessalonica, Volos), dove i giovani comunicano, si esprimono e partecipano ad attività creative. Lo scopo principale di questi centri è la prevenzione dell'esclusione sociale dei giovani.
- L'organizzazione di laboratori di produzione (es. lavori di artigianato e *bricolage*).

Valutazione: nessuna informazione.

²⁹ <http://www.cept.lu/>

³⁰ <http://www.arsis.gr>

IRLANDA

P: Ballyfermot Youth Club

Destinatari: bambini e giovani, da molto piccoli fino ai 14 anni.

Strategia: Il progetto coinvolge 250 bambini durante l'anno e circa 400 partecipano durante l'estate. I bambini sono suddivisi in gruppi di circa 25, per svolgere attività come il *bowling* e il nuoto. Altre attività includono gite, escursioni e teatro. *Lavoro familiare:* una caratteristica degna di nota di questo progetto è che i genitori dei bambini devono essere coinvolti e generalmente i bambini sono ammessi solo se i genitori partecipano. *Risorse umane e finanziamenti:* affiliato al Concilio dei Giovani Cattolici (Catholic Youth Council - CYC), che paga l'assicurazione, questo centro è portato avanti attraverso il lavoro volontario dei genitori dei bambini e con l'aiuto di una sovvenzione annuale della Commissione dei Servizi per i giovani della Città di Dublino.

Valutazione: la rassegna di Downes (2003) sulle attività extracurricolari nelle scuole primarie di Ballyfermot (Dublino) ha mostrato che le ragazze hanno ridotte possibilità di partecipare a queste attività mentre la partecipazione dei ragazzi riguarda principalmente il *football* gaelico.

P: Cherry Orchard After School Project³¹

Destinatari: bambini dai 3 ai 17 anni (undici hanno più di 7 anni e sette ne hanno più di 12). Secondo il responsabile del progetto, i genitori di questi bambini sono spesso dipendenti da alcol e/o altre sostanze illecite, molti abusano dei propri figli, alcuni possiedono anche un basso Q.I. Le famiglie bisognose o quelle che richiedono una terapia familiare sono inviate al Centro di cura familiare *Cherry Orchard*.

Strategia: Questo progetto, situato a *Cherry Orchard* dal 1996, tratta ogni giorno, dal lunedì al venerdì, con 18 bambini provenienti da 9 famiglie. Esiste anche una cartella clinica riguardante ogni bambino, che viene aggiornata giornalmente. Un elemento che rappresenta l'alto livello di assistenza in questo progetto verso i bambini è dato dal fatto che la loro biancheria viene lavata direttamente dal centro e fa parte della preparazione alla scuola. Altre attività includono il racconto di storie ed escursioni. Inoltre, è spesso redatto un piano di attività individuali o un "programma personale" per ogni bambino nelle aree: recupero scolastico, dell'igiene, lavoro al computer, dieta alimentare. Alcuni dei ragazzi più grandi danno una mano a gestire i bambini più piccoli, per esempio, nelle escursioni. Un obiettivo importante del progetto è quello di fornire un ambiente sicuro per i bambini. Tre piccole stanze del centro sono a disposizione sia per i lavori di gruppo sia per il lavoro individuale in cui i bambini raccontano la propria giornata. *Lavoro familiare:* ai genitori dei bambini partecipanti è richiesto di firmare un modulo per autorizzare gli operatori del progetto a comunicare con la scuola.

Valutazione: Lista d'attesa di almeno 12 bambini. Il responsabile del progetto suggerisce che, con l'assistenza degli insegnanti della "Casa Scuola Liaison", si potrebbero accogliere molti più bambini. Il progetto si batte per ottenere fondi a lungo termine (che non vengono dati nonostante il fatto che ci sia un enorme bisogno di progetti di questo genere).

³¹ <http://www.urbanbl.ie/projects.html>

LUSSEMBURGO

EP: "Natur - Bewegung - Kreativität"

Strategia: questo progetto utilizza l'educazione all'avventura come metodo di prevenzione alla dipendenza. Si tratta di un progetto inter-regionale del Lussemburgo e della regione Rheinland-Pfalz (Germania) che si rivolge ai giovani nelle carceri minorili e ai loro educatori. E' costituita da quattro giorni di formazione per gli educatori (N=23) e una settimana di avventura con i giovani (N=40 con 8 educatori). L'intervento è focalizzato sulla promozione della competenza sociale e sullo sviluppo delle *life skill*, con la sfida di trasferire l'esperienza nella vita quotidiana del carcere minorile.

Valutazione: la valutazione qualitativa mostra un alto livello di accettazione dell'intervento e un certo grado di apprendimento da parte dei partecipanti (sia i giovani detenuti sia gli educatori). I giovani si sono espressi in merito alle loro nuove esperienze sociali ed emozionali sperimentate durante la settimana di avventura. Tali esperienze sono state osservate anche dagli educatori. La valutazione quantitativa rispetto al trasferimento delle abilità apprese nell'ambiente del carcere minorile è stata realizzata con una misurazione quantitativa pre e post. Essa ha mostrato come l'ambiente del carcere riduce rapidamente lo sviluppo delle competenze sociali acquisite. Solo la quantità dei conflitti tra gli educatori e i giovani detenuti è diminuita. Rapporto disponibile nel CePT³².

FINLANDIA

AC Stoppi

Destinatari: bambini e giovani che potrebbero essere a rischio rispetto al consumo di sostanze.

Strategia: L'organizzazione non governativa "Stop Huumeille" (Stop alla droga) ha fatto nascere nel 2001 il centro sportivo AC Stoppi. Le attività sportive sono l'hockey, il calcio e il calcio al coperto durante l'inverno. L'Organizzazione offre anche informazioni, *counselling* e alcune attività creative.

REGNO UNITO

P: Positive Futures³³

Destinatari: bambini e giovani che potrebbero essere a rischio rispetto al consumo di sostanze. Sono inclusi anche i giovani delinquenti, i senza fissa dimora, i bambini in carico ai servizi sociali e infine i giovani allontanati da scuola o che marinano la scuola.

Strategia: il progetto *Positive Futures* è stato implementato 57 volte. Lo scopo principale è quello di coinvolgere nell'attività sportiva i giovani a rischio che vivono nelle aree caratterizzate da alti livelli di delinquenza. Questi programmi realizzati al di fuori della scuola sono in linea con la politica governativa che vuole ridurre le ineguaglianze e l'esclusione sociale. Esistono numerosi interventi locali che si rivolgono a questi giovani, ai loro genitori e a tutti coloro che si prendono cura di loro. I contenuti spaziano dalla *peer education* ad attività

³² <http://www.cept.lu/>

³³ <http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/PositiveFutures>

ricreative. Questi progetti godono del finanziamento di un'ampia varietà di fonti, destinati sia al settore del volontariato sia a quello governativo.

Valutazione: i primi risultati sono molto incoraggianti e mostrano una riduzione nelle attività criminali, delle assenze ingiustificate da scuola e un aumento della consapevolezza della comunità. Per ulteriori informazioni vai a pagina 63 di questo rapporto.

8. Gruppi etnici

Nella programmazione delle attività di prevenzione selettiva rivolta a immigrati e gruppi etnici che presentano fattori di vulnerabilità, è necessario adottare alcune cautele e fornire alcuni chiarimenti. L'appartenenza etnica non rappresenta di per se stessa un fattore di rischio verso i problemi di abuso di sostanze. In ogni caso, sempre secondo un approccio di guida pratica agli interventi di prevenzione, l'appartenenza etnica può essere un concetto utile per la valutazione dei rischi, infatti i fattori di vulnerabilità menzionati all'inizio del presente report, come basso livello scolastico e/o socio-economico, esclusione sociale, deterioramento delle capacità comunicative, norme sociali e abilità differenti, scarso coinvolgimento nella comunità, spesso si sommano all'interno di certi gruppi etnici.

In ogni caso si riconosce che la relazione tra problemi di consumo di sostanze e appartenenza etnica è in realtà più complessa e fortemente plasmata sia dallo status socio-economico (Fallace, 1999) sia dai conflitti di identità. Per maggiori informazioni sulla terminologia usata, sulla relazione tra uso di sostanze, minoranze etniche ed esclusione sociale, si faccia riferimento al report di EMCDDA (2002) all'indirizzo <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1661>. Tutti gli interventi a cui si riferisce il documento, tranne uno (*Southall Community Drugs Education Project*), riguardano Servizi di trattamento. I gruppi etnici influenzati da fattori di vulnerabilità tendono ad essere diversi a seconda dello Stato Membro in cui vivono (es. russo-tedeschi rimpatriati in Germania, immigrati magrebini in Spagna), ciò è una ulteriore conferma del fatto che le differenze etniche o culturali da sole non possono costituire fattori di vulnerabilità. Per questo motivo, non tutti gli Stati Membri redigono un resoconto dei rispettivi interventi. Sarebbe necessaria una ricerca più mirata e una maggiore apertura della politica per esplorare meglio e affrontare questo tema, senza sollevare dibattiti scontati riguardo ciò che è *politically correct*. Nelle pubblicazioni non europee i temi dell'etnicità e dell'identità culturale sono trattati in modo più aperto e diretto rispetto ai problemi nel consumo di sostanze e al tema della prevenzione (Wallace 2002, 1999, Scheier 2001). Wallace and Muroff (2002) hanno riscontrato che i fattori di vulnerabilità individuati da Hawkins and Catalano (1992) differiscono sostanzialmente tra ragazzi afro americani e bianchi: i primi appaiono più esposti ai fattori di vulnerabilità contestuale (economici e scolastici), i secondi a quelli individuali (ricerca di sensazioni) e interpersonali (consumo tra i pari). La relazione con l'uso di sostanze si è rivelata più forte per i giovani bianchi. Sono molte le ragioni per cui fare riferimento a questi temi è di estremo interesse per la prevenzione. Alcuni gruppi etnici si percepiscono a maggior rischio e pertanto sentono la mancanza di risposte tangibili adeguate a loro. A conferma di ciò, Scheier et al. (2001) hanno dimostrato l'esistenza di un grosso potenziale (attraverso la prevenzione) per influenzare i fattori personali di rischio/protezione delle minoranze etniche anche quando hanno la percezione di vivere in un territorio ad alto rischio: l'influenza dei fattori ambientali (bande,

risse, ecc.) è fortemente moderata dalla presenza di risorse individuali, che possono essere sviluppati attraverso interventi di prevenzione. Per la precisione, i fattori psico-sociali individuali, specialmente le abilità sociali e le relazioni interpersonali possono compensare le condizioni socio-economiche problematiche che alcuni gruppi etnici possono incontrare.

RAPPORTI GENERALI DAGLI STATI MEMBRI

Germania: Il LWL³⁴ (2002) in Germania coordina una ricerca-intervento per analizzare i rischi di abuso di sostanze tra gli immigrati, al fine di identificare fattori di rischio e di protezione e sviluppare un intervento di prevenzione mirata per e con gli immigrati. I paesi partecipanti sono Spagna (Barcellona), Italia (Torino), Paesi Bassi (Enschede), Belgio (Gent) e Austria. Per l'analisi della situazione è stato adottato il metodo della *Rapid Assessment and Response* - RAR (valutazione e risposta rapida). Il manuale può essere scaricato in lingua inglese e tedesca all'indirizzo:

<http://www.lwl.org/ks/search/downloads/search1manuale/index.html>.

Questo progetto di indirizza agli immigrati di recente arrivo e meno alle comunità etniche stabili. Il progetto non ha ancora proposto alcun esempio di intervento strutturato, oltre a quelli già menzionati nel presente report. Il Centro Federale per l'Educazione alla Salute (BZGA) possiede un servizio informativo regolarmente aggiornato su web alla pagina <http://www.infodienst.bzga.de/> dove è possibile trovare pubblicazioni ed esempi di progetti riguardanti l'immigrazione e la salute (inclusa la tossicodipendenza), senza però riferimenti alla valutazione ed ai rispettivi risultati.

Finlandia: Nel 2001, una sessione plenaria del Consiglio di stato finlandese ha approvato un ampio programma di azione chiamato "*Verso l'eguaglianza e la diversità etnica – Programma di azione del Governo contro la discriminazione e il razzismo*". Negli ultimi dieci anni, è stata ulteriormente enfatizzata nella società la rilevanza dei gruppi che rappresentano le minoranze culturali. Questo è dovuto, in particolare, alla crescente immigrazione in Finlandia. Le nuove minoranze (es. africani, asiatici, ecc.) sono spesso connotate da una posizione debole dal punto di vista educativo, lavorativo ed abitativo. Il Ministero del lavoro promuove anche un programma per stimolare buone relazioni etniche attraverso la cultura. Esso contiene, tra le altre cose, anche interventi di prevenzione. Il programma è scaricabile in lingua inglese o finlandese dal Comitato finlandese di consulenza per le relazioni etniche³⁵.

Gran Bretagna: Un documento del DPAS³⁶ (Sangster et al. 2002) discute nel dettaglio i temi che riguardano l'erogazione di servizi alle comunità etniche minoritarie, anche se prevalentemente in un'ottica di servizi di trattamento.

³⁴ www.lwl.org

³⁵ http://www.mol.fi/mol/en/04_migration/index.jsp

³⁶ <http://www.drugs.gov.uk/publication-search/dpas/DPASPaper161.pdf?view=Standard&pubID=250704>

GRECIA

EP: **Combating Social Exclusion** EDDRA

Destinatari: il programma è implementato in quattro municipalità nel Nord-Est dell'Attica, una regione svantaggiata, che presenta un ampio numero di gruppi sociali emarginati come nomadi, rimpatriati dal paese dell'ex Unione Sovietica e rifugiati politici. Il livello socio-economico ed educativo è molto basso e l'uso e il traffico di droga (specialmente la cannabis) sono un fenomeno comune. Inoltre, altre caratteristiche della Regione sono: cattiva salute mentale e fisica dei residenti, famiglie numerose, lavoro precario e condizioni di vita povere. L'insieme di questi elementi rappresenta/constituisce un fenomeno multidimensionale e complesso che, unito al polimorfismo della Regione e della popolazione, ostacola la valutazione e l'intervento.

Strategia: I meccanismi innati della comunità vengono rinforzati, in modo tale che essa possa confrontarsi e risolvere i propri problemi. I progetti mirano a rinforzare la auto-determinazione e l'azione spontanea della comunità, che sono considerate elementi necessari per il raggiungimento degli obiettivi (valorizzazione dell'auto-aiuto, prevenzione dell'uso di sostanze). Inoltre, al fine di favorire la diffusione dell'educazione e la costituzione di una leadership nella comunità, è stata rafforzata l'idea della presenza di elementi e interessi comuni tra i differenti gruppi.

Valutazione: è stata avanzata la richiesta per rivolgere l'intervento a 8000 studenti, genitori ed insegnanti. Dopo una selezione dei gruppi più vulnerabili e problematici, il programma ha formato 100 insegnanti, informato 300 genitori ed è intervenuto su 250 studenti delle scuole superiori considerati appartenenti a gruppi ad alto rischio. Il centro, attraverso i suoi contatti con i Servizi pubblici, ha assistito approssimativamente 250 famiglie appartenenti a gruppi vulnerabili e socialmente emarginati. Il centro ha inoltre fornito: a) materiale di supporto a 120 famiglie che presentavano serie difficoltà di sopravvivenza, b) *counseling* e/o supporto psichiatrico a 70 utenti, c) orientamento professionale a 35 persone (20 maschi adolescenti e 15 donne tra i 18 e 25 anni di età), d) laboratori di lavoro creativo a 100 bambini e adolescenti e a circa lo stesso numero di donne tra i 15 e i 35 anni. E' stato anche organizzato un seminario di formazione in cooperazione con l'Organizzazione Nazionale del Welfare per 20 disoccupati Rom.

PORTOGALLO

EP: **"Djibé" Irmandade e Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso, Oporto**

Destinatari: circa 26 bambini (dai 6 ai 14 anni) e 23 genitori/famiglie appartenenti a grandi comunità di nomadi caratterizzate da un basso livello socio-economico e un alto tasso di analfabetismo. Essi corrono maggiormente il rischio di consumare sostanze. I bambini non frequentano la scuola abbastanza a lungo per raggiungere un sufficiente livello scolastico e questo porta ad un abbandono precoce.

Strategia: Il progetto include attività che promuovono lo sviluppo di abilità personali e sociali attraverso laboratori di teatro, pittura, danza, musica, informatica, nuoto, capoeira, ceramica, organizzazione di spettacoli ed esibizioni di lavori fatti dai bambini nomadi, scambi culturali, ecc. Il progetto mira a coinvolgere le famiglie nomadi attraverso la loro partecipazione in alcune delle attività menzionate e attraverso corsi per i genitori.

Valutazione: E' prevista una valutazione di processo. Gli indicatori sono: numero di giovani che hanno preso parte al progetto, adeguatezza delle azioni rispetto ai bisogni ed alle

aspettative dei giovani, coinvolgimento di professionisti dalle istituzioni locali, effetti del progetto sulla comunità nomade e sulla popolazione locale, ostacoli identificati durante la sua implementazione. Per la valutazione sono state usate delle schede per descrivere gli individui, interviste con la popolazione *target* e incontri periodici.

SPAGNA

EBP: Sports for immigrants³⁷ EDDRA

Destinatari: Giovani immigrati, soli o accompagnati dalle famiglie, provenienti dal Nord Africa, dall'Africa sub-sahariana e da diversi paesi dell'America Latina, prevalentemente che vivono in una condizione socio-economica e culturale di particolare vulnerabilità rispetto allo sviluppo di problemi comportamentali e di adattamento nel nuovo ambiente.

Strategia: offrire a questi giovani spazi e attività da condividere con bambini e giovani catalani. L'attività che permette questa integrazione dev'essere stimolante, interessante e deve facilitare le interazioni. Le attività sportive sono adatte a questo obiettivo di integrazione perché sono motivanti, giocose e permettono di divertirsi, al di là del linguaggio e delle barriere culturali. Inoltre, i destinatari del programma possono beneficiare dell'allenamento sportivo, sia dal punto di vista fisico (regolazione del ciclo sonno-veglia, promozione del cambiamento nelle abitudini igieniche e alimentari, adozione di uno stile di vita più sano) sia psicologico (aumento dell'autostima, abbassamento dei livelli d'ansia, di aggressività e dei sintomi depressivi). Inoltre, allarga il circolo delle relazioni interpersonali dei bambini e dei giovani immigrati attraverso gli allenamenti sportivi praticati in palestre al di fuori dell'ambiente abituale. L'obiettivo di prevenire l'isolamento e di promuovere la normale partecipazione nell'ambiente sociale del luogo di residenza è un fattore specifico di protezione per la comunità di immigrati, che risulta particolarmente vulnerabile verso lo sviluppo di comportamenti disadattivi. La possibilità di stringere amicizie o avere contatti con i loro pari non-migranti stimola l'integrazione e lo sviluppo di comportamenti adattivi.

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

EP: Paco Nantera³⁸ EDDRA

Destinatari: Minori marocchini, per lo più senza permesso di soggiorno, che al principio o a un certo punto dal loro arrivo in Spagna hanno vissuto in strada con altri minori. La maggioranza è stata fermata dalla polizia locale e condotta in centri per bambini/adolescenti. Molti hanno trovato notevoli difficoltà nell'adattarsi a questi centri e ad apprendere la nuova lingua. Alcuni sniffano solventi e consumano hashish e alcol. Questi minori immigrati faticano ad adattarsi

³⁷ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/ShowQuest?Prog_ID=2918

³⁸ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/ShowQuest?Prog_ID=2609

alle strutture Spagnole in quanto non hanno trovato né un sostegno che li aiutasse nel processo di adattamento, né sono stati facilitati dalle politiche di immigrazione nell'ottenimento per permesso di soggiorno e nella ricerca del lavoro. Profilo: maschi, dai 12 ai 18 anni; arrivati in Spagna clandestinamente senza famiglia. Frequentemente, questi adolescenti presentano problemi comportamentali dovuti alle deprivazioni sperimentate nella famiglia d'origine ed alle esperienze traumatiche affrontate nel processo migratorio. Questi ragazzi vivono quindi in situazioni ad alto rischio che possono sfociare in seri problemi comportamentali come delinquenza e consumo di sostanze.

Strategia: Il Programma per i minori immigrati denominato "Paco Nantera" è un intervento di prevenzione indicata secondo la categorizzazione proposta da Gordon (1983), rivolto alla realtà degli adolescenti immigrati di origine maghrebina che arrivano in Cordoba e in altre città dell'Andalusia. Offre modalità di intervento specifiche per gli immigrati maghrebini ad alto rischio, tenendo conto sia dei problemi comportamentali sia della loro origine. Per questi adolescenti le caratteristiche culturali sono elementi fondamentali nella costruzione del progetto di vita e dell'identità. Per questo motivo l'attenzione a questi aspetti rappresenta una peculiarità esclusiva di questo programma. Il programma è implementato all'interno del contesto del "Centro per la Protezione dei Minori". Il gruppo su cui si interviene può essere formato da un massimo di 8 minori che vivono in quella struttura e di cui viene rivisto il comportamento attraverso attività quotidiane. Gli obiettivi specifici sono: 1) permettere che la maggior parte degli adolescenti porti a termine il programma, raggiungendo obiettivi educativi differenti a seconda delle aree di intervento; 2) assistere i minori inviati dal servizio di attenzione ai bambini del "Governo Autonomo dell'Andalusia"; 3) favorire la loro inclusione sociale attraverso la gestione delle pratiche necessarie ad ottenere il permesso di soggiorno. Il programma educativo viene definito secondo due dimensioni: psicoterapeutica ed educativa. La prima comprende una valutazione preliminare, sessioni individuali attraverso cui si esegue il "Programma di Sviluppo Individuale" e interventi di gruppo. La dimensione educativa si articola attraverso il "Progetto Educativo Individuale" (PEI) e comprende 4 aree di lavoro: formativa e culturale, sviluppo delle abilità e delle abitudini, ricreazionale e del tempo libero, e orientativa. Il programma dura 6-9 mesi, nonostante possa essere esteso se necessario. Una volta che l'intervento è terminato, il Governo Autonomo dell'Andalusia, che ne ha l'autorità, decide: rientro in famiglia o l'invio ad altri centri educativi.

Valutazione: Per la valutazione, esistono strumenti specifici come il "Protocollo di Osservazione" e il "Report di Monitoraggio Educativo". La valutazione si focalizza sui processi educativi. E' qualitativa e in itinere, realizzata attraverso riunioni settimanali dell'intera equipe di lavoro. Mensilmente i *report* sono inviati al responsabile del Dipartimento dei minori. Nel periodo 2001-2002, il programma ha preso in carico 20 adolescenti immigrati di origine maghrebina e ne ha "dimessi" 9 (45%). La dimissione è dovuta al fatto che hanno raggiunto gli obiettivi educativi desiderati. Il 20% ha proseguito il programma al momento della valutazione e il 35% lo ha abbandonato volontariamente. I miglioramenti degli adolescenti che hanno raggiunto gli obiettivi fanno riferimento alle seguenti aree: 1) Salute: vaccinazioni, crescita adeguata all'età, attenzione alla propria salute, ecc. 2) Emozionale: espressione dei sentimenti, aumento dell'autostima e della sicurezza di sé, capacità di far fronte ai conflitti, rafforzamento dei legami affettivi, ecc. 3) Cognitiva: sviluppo di abilità intellettuali e linguistiche 4) Sociale: sviluppo di abilità sociali e aumento dell'integrazione nella società, uso adeguato del tempo libero. 5) Famiglia: contatti periodici con la famiglia di origine. Il lavoro interdisciplinare e interculturale di questo programma è stata valutato in modo assai positivo. Solo il 20% degli adolescenti presi in carico nel periodo 2001-2002, hanno ottenuto il permesso di soggiorno che permetterà loro di regolarizzare la propria situazione una volta

terminato il programma. Questo fatto ha provocato un forte disagio tra gli adolescenti che hanno partecipato al progetto.

9. Altri approcci

La letteratura recente ha individuato degli ulteriori fattori di vulnerabilità, che in ogni caso sono maggiormente rilevanti a livello individuale piuttosto che gruppale. I rispettivi interventi di prevenzione sono perciò chiamati **interventi indicati** (vedi capitolo introduttivo) dato che essi intendono individuare gli individui a rischio e contrastare la loro specifica vulnerabilità. L'esempio più ovvio è quello del ADD (Disturbo da *deficit* dell'attenzione, con iperattività: ADHD): i bambini che ne soffrono presentano un rischio più elevato di sviluppare successivamente problemi di abuso di sostanze, specialmente se non sono debitamente trattati (Giedd, 2003). Sfortunatamente, non esiste una grossa quantità di dati disponibili negli stati membri in termini di interventi di prevenzione indicata per le sostanze. Ciò avviene nonostante la prevalenza del disturbo ADD sia stimata fino al 17,8% dei bambini (Baumgärtel, 1995) a seconda del metodo di constatazione, del sistema diagnostico, delle misurazioni, delle fonti di informazione e della popolazione a cui ci si rivolge per il campionamento. Si ha notizia di progetti che si occupano di bambini con ADD solo in Irlanda (Springboard Initiative). I fattori di vulnerabilità a livello individuale sono comunemente classificati in

- Disturbi internalizzanti: per esempio depressione e ansietà. La depressione nella prima adolescenza è fortemente correlata al consumo di sostanze (Silberg et al. 2003).
- Disturbi esternalizzanti: disturbi della condotta come l'ODD (Disturbo Oppositivo Provocatorio) e il disturbo antisociale della personalità.

Esistono numerose indicazioni derivanti dalla ricerca recente che ipotizzano l'esistenza di percorsi biologici e di precondizioni (specialmente psichiatriche) che possono favorire lo sviluppo di un uso più problematico di sostanze (Gerra 2002, Sloboda 1999). Secondo una prospettiva più ampia, si osserva che sono state recentemente confermate le influenze genetiche su molti di questi fattori di vulnerabilità, ma esistono tuttavia forti interazioni con i fattori ambientali (pari, selezione dei pari) e familiari (Silberg et al. 2003). Un esempio di tali interazioni viene dalla ricerca di Slater (2003) sull'influenza della "ricerca di sensazioni" come caratteristica individuale correlata al consumo di marijuana e sigarette. Infatti, i "cercatori di sensazioni" presentano un rischio più elevato di consumare sostanze ma solo se sono sottoposti alla pressione dei pari. I "bassi cercatori di sensazioni" risultano sempre non a rischio. Questo è quindi un elemento rilevante che spinge a concentrare gli interventi sui giovani "cercatori di sensazioni" e sui loro pari.

10. Progetti di ricerca in corso sulla prevenzione selettiva

GRECIA

- All'interno del progetto europeo "Nuovi concetti e strategie di intervento nella prevenzione secondaria dell'abuso di sostanze", OKANA ha investigato i bisogni di due gruppi target (ragazzi di strada e frequentatori del mondo delle feste techno), così come i servizi dedicati a questa popolazione in modo tale da proporre dei suggerimenti per la progettazione di nuovi servizi.
- Il Centro Educativo per la Promozione della Salute e la Prevenzione dell'Abuso di Sostanze (UMHRI/OKANA) ha condotto un progetto pilota al fine di investigare la natura degli interventi di prevenzione della dispersione scolastica e proporre suggerimenti per la creazione di servizi che si occupino di questa area.

11. Sintesi dei risultati più promettenti e degli apprendimenti degli Stati Membri

DANIMARCA

Secondo i risultati generali derivati dalle esperienze, dalle valutazioni e dalla ricerca, la prevenzione selettiva è possibile ed ha successo se:

1. i giovani a rischio sono contattati nei loro ambienti di vita, senza imporre giudizi moralistici da adulti e senza richiami e forzature da parte del sistema di aiuto.
2. ai giovani sono offerti il sostegno degli adulti e occasioni di *counseling* con una modalità rispettosa delle loro esperienze e dei loro desideri.
3. ai giovani sono offerte delle opportunità piuttosto che fatte delle richieste.
4. i giovani sono contattati (per esempio dagli operatori di strada) e non solo aiutati a individuare il servizio più utile per loro ma anche accompagnati "per mano" verso questi servizi e sostenuti nell'utilizzarli.
5. il sostegno offerto si occupa in generale delle condizioni sociali del giovane e non si focalizza sul consumo di sostanze come problema principale.

GRECIA

Un progetto di ricerca "Leonardo da Vinci" (Aristotle University of Thessaloniki, 2000) valuta i bisogni dei minori delinquenti per fornire loro una formazione professionale. Secondo i dati a disposizione, solo al 4% dei giovani che si trovano nel carcere minorile è offerto un qualche tipo di supporto da parte dei Servizi Sociali. Si sottolinea il bisogno di sviluppare servizi di sostegno psicologico mirati agli adolescenti appartenenti a questo gruppo e alle loro famiglie. Più nello specifico, si suggerisce l'introduzione di un programma educativo obbligatorio di 9

anni tarato rispetto a diversi gruppi di età e a gruppi specifici (es. adolescenti che non parlano il greco), in modo tale da facilitare il reinserimento e professionale dei minori in carcere.

AUSTRIA

Il panorama giovanile muta molto rapidamente e, per questo motivo, i professionisti del settore sono percepiti dai giovani come “datati” o come semplici impiegati e quindi non sono accettati.

NORVEGIA

Anne-Marie Sørliè ha realizzato una meta-analisi sulle conoscenze esistenti basandosi su un ampio esame dei dati di una ricerca norvegese e internazionale sugli interventi a scuola, da cui si rileva un loro documentato effetto positivo sui disturbi comportamentali gravi. Le sue conclusioni includono ciò che segue :” I migliori risultati sono stati ottenuti dai modelli di azione centrati sullo studente che usavano esplicitamente strategie di cambiamento cognitivo-comportamentali. La strategia che si distingue come la più promettente è quella di sviluppare le competenze sociali con enfasi sullo *skill training* (incoraggiamento dell’empatia, dell’autostima, delle abilità sociali in relazione ai pari e agli adulti) e di combinarla con metodi di correzione della condotta” (Sørliè, 2000).

Attualmente esistono diversi programmi indirizzati alla prevenzione e all’attenuazione dei disturbi della condotta. Il comune denominatore di tutti questi programmi è che si basano su un’analisi di tipo cognitivo comportamentale e sulla teoria dell’apprendimento sociale. In questi programmi gli utenti sono sottoposti a una formazione sistematica sulle abilità cognitive, emozionali e sociali in grado di sostituire le precedenti strategie e condotte asociali. Alcuni di questi programmi enfatizzano le azioni dirette sull’individuo, mentre altre sono modelli di azione più complessi (multi-modali) che comprendono diverse strategie e modelli di azione rivolti a fattori dell’ambiente familiare, della scuola e ad altre condizioni generali correlate a seri disturbi della condotta.

L’addestramento rispetto alle abilità psicologiche è un fattore centrale in un modello di azione multi-modale.

(NOU – 2003:4: Forskning på rusmiddelfeltet):

Oggetto	Programma con effetti documentati	Risultati
Prevenzione dell’abuso di alcol	Programmi a scuola con partecipazione attiva (interattivi)	Aumento del livello di conoscenze
Prevenzione del consumo di sostanze illegali	Programmi a scuola con partecipazione attiva (interattivi)	Aumento del livello di conoscenze
Iniziative legali e politiche	Interventi sui prezzi	Riduzione dell’acquisto di alcol

Applicazione della legge	Test alcolimetrici casuali	Riduzione delle morti, infortuni e incidenti
Programmi di prevenzione secondaria indirizzati al consumo a rischio di alcol	Mini-interventi	Riduzione del consumo di alcol

12. Conclusioni e raccomandazioni da parte degli Stati Membri

DANIMARCA

Esiste la necessità di offrire maggior supporto ai giovani a rischio che manifestano problemi iniziali di consumo di sostanze. Al momento, non esiste un sistema adeguatamente distribuito a livello geografico per gestire il crescente bisogno di *counseling* e di intervento per i giovani al di sotto dei 18 anni che iniziano ad avere problemi con la droga. La scarsa efficienza di questo settore è dovuta principalmente alla mancanza di una corretta comprensione del fenomeno droga da parte dei professionisti che operano all'interno dei Comuni.

Sarebbe assai utile che la conoscenza dei metodi per entrare in contatto e trattare bambini a rischio a livello cittadino fosse connessa con la competenza del trattamento del consumo di sostanze, che invece è a livello provinciale. In altre parole, si sta considerando l'opportunità di creare un migliore coordinamento tra interventi sociali nelle città e delle contee.

GERMANIA

Mancano strumenti e criteri adeguati per individuare i giovani vulnerabili come destinatari della prevenzione selettiva. Sarebbe auspicabile anche maggiore attenzione e più ricerca di tipo valutativo sulla prevenzione selettiva e sulla sua efficacia.

GRECIA

In Grecia gli interventi specifici rivolti ai giovani a rischio sono ancora limitati. Invece, i servizi di trattamento per i giovani consumatori sono adeguati a coprire i bisogni di quei giovani che consumano sostanze in modo occasionale/sperimentale, e intervenendo in uno stadio precoce, fungono da prevenzione rispetto ad un ulteriore coinvolgimento nelle droghe. Inoltre, non esistono dati ufficiali sui giovani a rischio, per esempio rispetto al numero di abbandoni scolastici nel Paese. Perciò, è importante rilevare i bisogni della comunità e, in modo particolare, i bisogni delle persone a rischio, sia a livello nazionale sia a livello regionale in modo tale da pianificare e implementare interventi ulteriori. Inoltre, è necessario potenziare la cooperazione, la rete tra i Servizi sanitari, sociali, educativi e quelli deputati alla lotta alla droga.

SPAGNA

Destina risorse a questa area e promuove ulteriori valutazioni.

Sviluppa sistemi di accreditamento degli interventi di prevenzione selettiva.

Considera questi interventi prioritari rispetto agli altri.

Promuove un miglior inquadramento legislativo: leggi a protezione dei bambini, specialmente gli immigrati

Rileva la necessità di sviluppare mappe dei rischi a livello di comunità che possano aiutare a definire quali aree hanno più bisogno e richiedono una priorità nella realizzazione degli interventi.

FRANCIA

In genere, i progetti di prevenzione in questa area sono portati avanti da piccole associazioni che non possiedono mezzi sufficienti per sviluppare contemporaneamente la ricerca e la valutazione. Questo di fatto impedisce di valutare diverse esperienze, che potrebbero invece essere interessanti e potenzialmente promettenti. E' perciò raccomandabile evitare cambiamenti improvvisi nelle politiche, e destinare maggiori risorse alla ricerca in questa area. A livello regionale lo sviluppo dei progetti (metodologia, valutazione e formazione del personale) dovrebbe essere guidato dalle autorità pubbliche.

IRLANDA

I Servizi governativi necessitano di spostarsi da un approccio reattivo ad uno basato sui bisogni e focalizzato sulla prevenzione selettiva.

La quantità degli spazi dedicati alla valutazione giornaliera dei giovani a rischio (progetti come il *Finglas Village Project*) dovrebbero essere potenziati.

Il *National Drugs Strategy Action Plan* riconosce ora la necessità di andare oltre le azioni delle *Local Drug Task Force Areas*.

L'elevato *turnover* del personale di molti Servizi potrebbe essere almeno in parte arginato reclutando e formando persone del luogo in modo tale che possano collaborare nella gestione dei Servizi della comunità locale. Questo avrebbe anche il vantaggio di ridurre la "distanza culturale" tra gli utenti dei Servizi e gli operatori che li forniscono.

Si rileva inoltre il bisogno di una maggiore disponibilità di interventi di logopedia in età precoce per bambini a rischio. Idealmente sarebbe opportuno fornire la scuola di logopedisti.

ITALIA

Si percepisce il bisogno di investire:

- nella *peer education*;
- nel protagonismo giovanile;

- nei progetti realizzati in collaborazione con i giovani, per esempio quelli che favoriscono la partecipazione attiva dei destinatari e che sono realizzati nei luoghi dove essi vivono e dove socializzano;
- nelle attività che aumentano l'*empowerment* dei giovani;
- nei progetti di ricerca;
- nell'educazione ai conflitti, della negoziazione e nell'educazione per il raggiungimento di obiettivi specifici a seconda dei diversi gruppi di interesse (giovani, adulti, comunità locali, educatori, genitori, famiglie, anziani);
- nello stabilire criteri di valutazione *standard*;
- nel definire gli *standard* di qualità della prevenzione.

LUSSEMBURGO

Il tessuto sociale e la condizione della popolazione a rischio rappresentano un'importante variabile in grado di influenzare il successo o il fallimento dei progetti di prevenzione. Gli interventi devono lavorare sui fattori che possono assicurare un adeguato trasferimento di esperienze dall'intervento di prevenzione alla vita quotidiana. Per questo motivo, anche il contesto sociale deve diventare il destinatario degli interventi. Mantenere il *focus* solo sui soggetti a rischio a volte rischia di distrarre dall'influenza che può avere il tessuto sociale che sta loro intorno. Si ricorda inoltre che etichettare i soggetti come "a rischio" comporta sempre il pericolo di una profezia che si auto avvera.

PAESI BASSI

Il sistema di finanziamento del settore della prevenzione del consumo di droga e della cura delle tossicodipendenze è troppo complesso. Attualmente i finanziamenti della prevenzione sono garantiti dai Comuni. I fondi sono quasi del tutto determinati da orientamenti politici, senza essere guidati da evidenze di efficacia e dai risultati delle valutazioni. In questo momento la *National Court of Audit* sta preparando uno studio proprio sulla complessità del sistema dei finanziamenti e per modificarlo è necessaria una legge. Questa potrebbe essere la miglior soluzione per stimolare, nel futuro, una prevenzione guidata dagli elementi di qualità.

Il governo dovrebbe proporre una chiara visione nazionale della prevenzione del consumo di droga e non dovrebbe demandare tutti i compiti ai Comuni, che fanno tutto da soli. I piccoli Comuni non hanno molti funzionari in grado di prendersi carico della responsabilità della prevenzione. A volte la prevenzione rappresenta solo una parte dei compiti di una singola persona. I comuni più grandi hanno invece più funzionari che lavorano sulla prevenzione del consumo di sostanze.

Al momento sono in atto molte attività di prevenzione ma raramente si rivolgono ai destinatari che ne avrebbero più bisogno. Molti operatori del settore prevenzione si sono formati tanto tempo fa e pochi di loro adottano impianti di valutazione nei loro progetti di prevenzione. Si rileva quindi la necessità di inserire il tema della valutazione nel programma dei corsi di formazione più generali.

Molti progetti, spinti dalla politica, sono ideati ad hoc per intercettare i finanziamenti. Il risultato è che spesso questi interventi non prevedono alcun processo di valutazione né di ricalibrazione in itinere.

AUSTRIA

Maggiori sforzi dovrebbero essere destinati alla costruzione di mappe delle zone a rischio per mirare meglio i programmi di individuazione precoce e di prevenzione selettiva.

PORTOGALLO

Esiste una chiara definizione del concetto di prevenzione selettiva e dei relativi modelli di intervento. Si rileva un forte bisogno di strumenti di valutazione.

La formazione dei professionisti della prevenzione è essenziale, specialmente nelle aree della metodologia, delle strategie di intervento e della valutazione.

FINLANDIA

Si ritiene che non ci sia ragione per creare un sistema separato o un'istituzione specializzata sul tema della droga ma che sia opportuno che le strutture e le strategie già previste dalle politiche anti-droga siano riorientate e sia prestata maggiore attenzione alla qualità del lavoro. La competizione per ottenere le risorse economiche può facilmente condurre a esagerare problema droga e a politicizzarlo inutilmente.

GRAN BRETAGNA

Un punto cruciale da tenere in considerazione è che i giovani che usano sostanze e sono a rischio di sviluppare problemi correlati, spesso manifestano antecedenti e concomitanti problemi sociali, educativi e di salute mentale.

Le indicazioni rivolte ai professionisti dovrebbero enfatizzare il fatto che il tema della droga debba essere visto come parte di un più ampio insieme di vulnerabilità. Per questo motivo i buoni interventi non dovrebbero focalizzarsi solo sul fenomeno droga ma su un insieme di problemi. Inoltre, questo approccio incoraggia l'integrazione tra il lavoro di prevenzione e quello dei Servizi che operano a più ampio raggio, piuttosto che la costruzione di progetti isolati. Per maggiori informazioni si può fare riferimento al report del *Health Advisory Service*.

Si rileva la necessità di avere molti più interventi ben progettati e che possano essere valutati adeguatamente. Oltre l'utilità di un maggiore coordinamento tra finanziatori e valutatori. I Servizi sociali, quelli sanitari (inclusi i medici di base) e quelli per le tossicodipendenze sono in grado di raggiungere una parte significativa dei giovani a rischio. Anche l'attività delle Forze dell'Ordine dovrebbe permettere di contattarne una parte, ma il loro coinvolgimento è limitato dal fatto che è difficile raggiungerli quando sono in custodia alla polizia.

I Servizi per le tossicodipendenze sono spesso percepiti come lontani dai giovani e più adatti per consumatori adulti e con consumi consolidati. In ogni caso, sono stati sviluppati nuovi Servizi nel Paese (a *Stoke* e *Newcastle*). Questi si occupano del lavoro con le famiglie, del *counseling* e del sostegno.

In Gran Bretagna, grazie ai fondi delle iniziative delle *Health Action Zone* del *Department of Health*, sono attualmente in corso numerosi progetti di prevenzione indicata. Questi si occupano dell'abbandono scolastico, degli emarginati, dei giovani delinquenti e dei senza tetto. A questi progetti però manca un coordinamento serio e sono scarsamente valutati. Ci sono anche problemi rispetto al rigore nell'implementazione dei progetti.

NORVEGIA

E' necessaria una comprensione aggiornata e culturalmente sensibile dei programmi indirizzati ai giovani a rischio. In aggiunta a questo è importante potenziare la capacità della scuola pubblica di coinvolgere i giovani a rischio negli stadi iniziali dello sviluppo dei loro problemi.

SECONDA PARTE

LA PREVENZIONE NELLE ZONE A RISCHIO

13. Strumenti per la valutazione del rischio dei territori e delle popolazioni

VALUTAZIONE DEL RISCHIO A LIVELLO GEOGRAFICO

Il principale motivo per trattare questo argomento è, nuovamente, di natura pratica: chiarire la questione di *quante* delle risorse disponibili debbano concentrarsi in *quali* tipologie di interventi e per *quale* tipo di problematiche (Stockwell, 1999) costituisce una sfida importante al fine di ottimizzare le politiche di prevenzione che agiscono all'interno del settore della salute pubblica. In altre parole si tratta di trovare i costrutti che aiutino a realizzare gli interventi preventivi dove sono maggiormente necessari e dove hanno maggiori probabilità di produrre degli effetti (per esempio nei gruppi o nelle aree vulnerabili). Da un punto di vista teorico e sociale, questo non implica che lo status socio-economico (la povertà) e i problemi derivanti dalle droghe siano necessariamente legati. Smyth e Kost (1998) hanno messo in evidenza come questo rapporto abitualmente dato per certo sia stato analizzato soltanto da pochi studi e come le ricerche a disposizione non indichino una relazione diretta o casuale. Ad ogni modo si è conoscenza dell'esistenza di una complessa interrelazione tra i differenti fattori socioeconomici (disoccupazione, disponibilità di droghe, violenza) e l'uso individuale di droghe. L'ipotesi di lavoro per gli interventi che si realizzano nell'ambito della salute pubblica dovrebbe, in ogni caso, tener conto del fatto che numerosi fattori ambientali di vulnerabilità si accumulano in determinati quartieri e zone geografiche e che la resilienza dei giovani o delle comunità può essere promossa tramite interventi specifici, concentrati in tali zone (a questo proposito si vedano le argomentazioni e i riferimenti esposti, a pagina 42, in merito ai gruppi etnici). Tuttavia, in alcuni Paesi, l'uso di variabili socioeconomiche nella pianificazione delle politiche preventive è considerato un esercizio classista o stigmatizzante.

I gruppi sociali con caratteristiche particolari e i quartieri socialmente svantaggiati hanno un'alta probabilità di essere oggetto di stigmatizzazione e di pregiudizi da parte della popolazione e del sistema culturale predominante. Ad ogni modo, questo avviene a margine e prima rispetto alla valutazione dei tecnici e anche precedentemente alla messa in pratica di interventi specificatamente diretti a tali zone o gruppi.

Il fatto di identificare i gruppi o le zone vulnerabili e le loro necessità, con l'obiettivo di pianificare Servizi su misura, non peggiora sostanzialmente la discriminazione o la stigmatizzazione già esistente e può produrre benefici specifici per quelle popolazioni. In seguito all'incremento degli interventi preventivi fra i programmi del SAMHSA³⁹, McGoven (1998) ha analizzato le condizioni necessarie per affrontare questa vulnerabilità salvaguardando allo stesso tempo i principi etici di base: *“una protezione eccessiva, vincolata da rigide questioni di rispetto della privacy, può ostacolare l'accesso degli individui e delle comunità ai Servizi di cui necessitano e, paradossalmente, all'aiuto di cui hanno bisogno per*

³⁹ <http://www.samhsa.gov/>

raggiungere un maggior grado di autodeterminazione". La proposta dell'autore per trovare un equilibrio tra la sovra-protezione e la stigmatizzazione è quella di coinvolgere le comunità nella pianificazione, implementazione e valutazione dei programmi, piuttosto che imporgliela. Lo stesso vale per il principio della beneficenza: l'uso degli strumenti per l'identificazione dei problemi (per esempio, ricerche, sondaggi e mappature) deve essere proporzionale al grado di supporto (servizi) che si fornirà per affrontare i problemi identificati.

Per principio, in qualsiasi sistema sanitario e sociale, l'accettazione di una diagnosi e di un'etichetta (per esempio essere malato/a, o in gravidanza, o disoccupato/a, e assumere il ruolo sociale corrispettivo) costituisce un requisito necessario per l'accesso ai Servizi, agli aiuti e alle reti di supporto. All'altro estremo, le strategie preventive "ugualitarie" e universali possono accentuare le differenze sociali esistenti in quanto i segmenti di popolazione socialmente "superiori" (ad esempio le famiglie con titoli di studio elevati) possono avere maggiori capacità di accesso alle scarse risorse preventive rispetto a coloro che si trovano in una situazione di bisogno.

La difficoltà e la riluttanza di alcuni Stati Membri dell'UE nel discutere questa questione può spiegare la scarsità degli interventi e delle strategie in questo campo, e un certo *bias* nel numero degli interventi nel nord dell'Europa.

La valutazione del rischio a livello geografico si realizza molto raramente e, in questa ricerca, gli strumenti per la valutazione del rischio sono stati menzionati soltanto da:

- Danimarca – il sistema *SSP*, designato per realizzare valutazioni del rischio in distretti scolari, aree locali e municipi;
- Regno Unito – il sistema *ASSET* per esaminare e valutare i/le giovani presi in carico nei *Youth Offending Teams* (Squadre di Giovani Delinquenti). Anche l'iniziativa *Connexions Partnerships* analizza e valuta i giovani in situazioni di rischio;
- Norvegia – il *Stiftelsen Bergensklinikkene* sta svuollupando un *Rapid Assessment & Response* (strumento di valutazione rapida e risposta) in collaborazione con i Servizi sociali della città di Bergen. Lo strumento di valutazione in questione è una versione adattata del modello *RAR* dell'OMS, creato per essere utilizzato dagli operatori di strada e dai ricercatori. Questo strumento può essere impiegato per la valutazione di gruppi o aree geografiche specifiche.

In Irlanda, sono state recentemente commissionate ricerche per sviluppare questo tipo di strumenti. La maggior parte degli Stati Membri hanno risposto negativamente e ha riportato timori sui possibili effetti negativi dello stigma.

In Europa, gli esempi pratici rispetto alla elaborazione delle mappe delle zone a rischio per raccogliere dati utili alla pianificazione degli interventi sono ancora più scarsi:

- Francia: ha stabilito aree di intervento prioritarie (*zonage d'intervention prioritaire*) e aree di educazione prioritarie (*zonage d'éducation prioritaire*). L'incrocio fra i dati permette di definire le aree a rischio;
- Irlanda: numerosi programmi e sistemi di intervento sono basati su valutazioni di rischio geografiche: le *Local Drug Task Force Areas*, le aree del *Young People's Facilities and Services Fund*. È calcolato anche un grado di rischio per le singole scuole: in quelle riconosciute come svantaggiate è assegnato un maggior numero di insegnanti in rapporto al numero degli studenti;
- Italia: il Ministero dell'istruzione ha sviluppato progetti di prevenzione del consumo di sostanze nelle zone svantaggiate di tre città considerate a maggior rischio: Torino, Bari e Napoli;

- Portogallo: ha creato il programma di intervento “*Choices*”⁴⁰ (Scelte) realizzato nei quartieri più vulnerabili di Lisbona, Oporto e Setúbal. Lo *staff* che si occupa della prevenzione conosce la realtà locale tramite il proprio lavoro sul campo, tramite i Servizi pubblici locali e le ONG che lavorano in quelle zone. In base a queste informazioni, sono identificate le aree più problematiche dal punto di vista sociale ed economico e sono riconosciute come aree in cui è prioritario realizzare interventi specifici nell’ambito della prevenzione precoce della tossicodipendenza;
- Norvegia: segnala il sistema di allerta rapida di Bergen, che mette insieme ed analizza diverse fonti di informazione: statistiche periodiche, indagini scolari, rassegne dei mezzi di comunicazione e *panel* di informatori chiave. I risultati sono largamente diffusi ogni sei mesi ai responsabili politici e tecnici della città, in modo tale da sviluppare l’abitudine di lavorare secondo pratiche *evidence based* e ben sostenute da informazioni. Il sistema di allerta rapida include una valutazione del rischio della popolazione e dei giovani, anche tramite la metodologia RAR (*Rapid Assessment and Responses*).

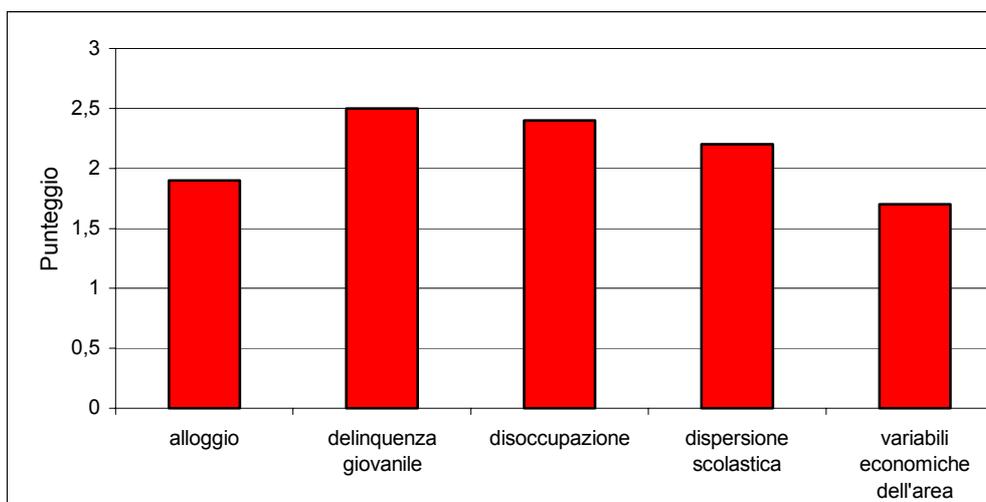
In Danimarca, l’elaborazione di mappe di zone a rischio è più rara a causa sia del rischio, già menzionato, di stigmatizzazione.

In Gran Bretagna si sono avviati a livello locale diversi interventi rivolti ai giovani che corrono un maggior rischio di esclusione sociale e si realizzano interventi preventivi rivolti ai quartieri ad alto rischio. Allo stesso modo, si sono sviluppati interventi su scala nazionale come il *Sure Start* e *On-Track*, rivolti alle famiglie che manifestano maggior bisogno e che vogliono affrontare i propri problemi. Questi interventi costituiscono buoni esempi degli sforzi in atto per identificare e ridurre i problemi di comportamento i conflitti familiari e per migliorare la gestione delle relazioni familiari. Si tratta di interventi con un orientamento specifico sui gruppi o sugli individui ad alto rischio, utili per la prevenzione di problemi legati al consumo o alla dipendenza dalla droga. In quest’ottica, a queste famiglie in situazioni di rischio si offrono corsi per genitori, maggiormente specializzati rispetto a quelli più comuni, programmi di formazione, canali di informazione e Servizi di sostegno.

Nella figura 1 mostra il punteggio medio dato (in base all’opinione di esperti proveniente da 11 paesi) all’importanza dei fattori geografici per valutare eventuali situazioni di rischio. Il punteggio va da 1 (molto importante) a 4 (senza importanza); in questo grafico i dati sono stati invertiti per una migliore visibilità.

⁴⁰ www.programaescolhas.pt

Figura 1: Variabili utilizzate per la valutazione del rischio nelle aree geografiche



VARIABILI USATE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO NELLE AREE GEOGRAFICHE: ESPERIENZE IN GRAN BRETAGNA

Alloggio

Esistono interventi di prevenzione che si rivolgono a quartieri ad alto rischio, definiti così in base alla presenza di case popolari, all'alta densità abitativa e allo stato di degrado degli immobili.

Delinquenza giovanile

Le zone con livelli di delinquenza elevati hanno costituito l'oggetto di interventi preventivi come *Youth Inclusion* e *On-Track*. Si considera che i giovani che hanno infranto la legge abbiano maggiori probabilità di sperimentare droghe e una maggiore predisposizione a sviluppare problemi correlati, in una fase successiva della loro vita. Interventi come *On-Track* hanno come obiettivo quello di assicurare che i giovani in situazione di rischio siano rapidamente identificati e che partecipino a programmi di prevenzione (specialmente se hanno fratelli che hanno commesso attività delinquenti).

Disoccupazione

Le famiglie con una storia di disoccupazione di lunga durata beneficiano spesso di interventi specifici in aree di forte povertà, con l'obiettivo, fra gli altri, di ridurre la sensazione di isolamento e facilitare l'accesso a nuove opportunità e alternative, come il volontariato, l'incremento dell'esperienza lavorativa, l'apprendimento di nuove abilità o il ritorno nel circuito scolastico.

Variabili economiche delle zone

In alcuni casi gli interventi hanno come obiettivo la ripresa economica della zona e si focalizzano sul potenziamento degli aiuti a disposizione di coloro che hanno basse entrate. Tali interventi partono dal presupposto che i consumatori di droga abbiano problemi economici che implicano un'enorme pressione su tutti i membri della famiglia o che possono

condurre alla messa in atto di attività criminali per poter far fronte alle spese legate al consumo di droga.

Esiste una convinzione generalizzata che la povertà influenzi l'utilizzo di droga. I fondi, assegnati ad ogni zona dalle diverse fonti nazionali di finanziamento, sono assegnati in funzione di indicatori legati al tasso di povertà, disuguaglianza in materia di salute, prevalenza dell'abuso di droga e statistiche sulla criminalità (per esempio, *Health Action Zone*, CAD, *Positive Futures*). Le *Neighbourhood Renewal Fund Areas* (Aree del Fondo di Rigenerazione dei Quartieri) forniscono ulteriori finanziamenti per migliorare le prospettive economiche delle zone più svantaggiate e per affrontare il problema dell'uso di droga.

14. Alcuni esempi di intervento rivolti ai giovani e alle famiglie che vivono in quartieri a rischio

IRLANDA

I *Local Drugs Task Forces (LDTF)* sono presenti in 14 aree (identificate come quelle che presentano i problemi più urgenti rispetto alla droga) e hanno il mandato di sviluppare in tali aree delle strategie complessive di lotta alla droga. Le aree sono sostanzialmente urbane: *North Inner City Dublin, South Inner City Dublin, Ballyfermot, Ballymun, Blanchardstown, Clondalkin, Coolock, Crumlin, Finglas/Cabra, Tallaght, North Cork City, Bray, Canal Communities* e *DunLaoghaire/Rathdown*. Per quanto riguarda altre parti dell'Irlanda, la "*National Drugs Strategy 2001-2008 Building on Experience*" (*Department of Tourism, Sport and Recreation*), dichiara: "il *Review Group* non ha fornito evidenze chiare in base alle quali si possa ipotizzare che in qualche altra area urbana si stia attualmente sperimentando un problema di droga comparabile a quello registrato all'interno delle aree LTDF. Di conseguenza, il *Review Group* sostiene che non sia appropriato creare *task forces* di questo genere in altre città. Ad ogni modo ciò non significa che nel resto del Paese non ci siano problemi di droga e quindi la situazione dovrebbe essere tenuta sotto controllo" (p. 106). Ad ogni modo questo *report* suggerisce che le nuove *Regional Drugs Task Forces* dovrebbero essere sviluppate incorporando ed espandendo il lavoro delle attuali *Regional Drug Coordinating Committees*.

La *Task Force* ministeriale raccomanda che a ogni LDTF sia affidato il compito di stilare un profilo di tutti i Servizi per le tossicodipendenze presenti, o in fase di realizzazione, nelle diverse aree e che sia concordato con loro lo sviluppo di una strategia in grado di integrare e incrementare le attività di questi Servizi. È di fondamentale importanza che le LDTF creino le condizioni che permettano alle comunità locali di partecipare con lo Stato e con le organizzazioni di volontariato alla pianificazione e alla implementazione di quella strategia. Si tratta quindi di costruire una *partnership* tra le Organizzazioni governative, il volontariato e la comunità.

The Young People's Facilities and Services Fund (YPFSF) National Report

Il YPFSF è stato sviluppato nel 1998 per aiutare:

- nella costruzione di infrastrutture per i giovani (compresi impianti sportivi e ricreativi);

- nello sviluppo dei Servizi educativi nelle aree svantaggiate dove si registravano problemi consistenti nel consumo di sostanze (o se ne prevedeva un potenziale aggravamento).

L'obiettivo di questo fondo è quello di richiamare i giovani a rischio verso queste infrastrutture e distoglierli dalle sostanze di abuso. Il fondo è attivo nelle 14 aree in cui sono presenti le LDTF e in un certo numero di aree urbane tra cui, ad esempio: *Limerick, Galway, Carlow, Waterford* e *Bray*. In ogni area sono stati costituiti i gruppi addetti allo sviluppo locale che comprendono rappresentanti delle LDTF, delle autorità locali e del VEC. A partire dal 2001 i fondi sono stati destinati a oltre 340 infrastrutture e progetti, che offrono attività di sviluppo e programmi educativi per i giovani che sono stati estromessi dalle opportunità lavorative destinate ai giovani stessi.

<i>Young People's Facilities and Services Fund</i> ⁴¹ (YPFSSF)	L'obiettivo principale di questo fondo è quello di richiamare i giovani che vivono nelle aree disagiate verso infrastrutture e attività in grado di distoglierli dal pericolo delle sostanze di abuso.
<i>The Springboard Initiative (si veda più avanti in questo report)</i>	Questa iniziativa sostiene un insieme di progetti pilota rivolti ai bambini e ai giovani a rischio nelle aree svantaggiate di Dublino e dell'Irlanda
<i>AIB Better Ireland Programme</i> ⁴²	La parte principale di questo programma mira a dare ai bambini a rischio l'opportunità di allontanarsi dal disagio di una vita centrata sul consumo di alcol e droga. Tra i servizi attivati per rispondere ai bisogni di queste zone ci sono: gruppi di sostegno, promozione delle life-skill e gestione della casa.

Il "Shanty Project", Tallaght, Dublin

Destinatari: prevalentemente donne che vivono nella comunità di *Tallaght West* che rappresenta una delle aree più svantaggiate d'Irlanda. L'età è compresa tra i 19 e i 60 anni, con una media di 35. La maggior parte delle donne che vivono in questa zona sono madri sole, beneficiarie di sussidi sociali. Sono presenti anche persone in cerca di asilo politico. Molte di loro hanno abbandonato il percorso di studi tradizionale quando erano molto giovani e molte non sono mai arrivate alle scuole secondarie. Ci sono 450 partecipanti in 23 corsi (per una media di 15 persone per corso) per ogni anno.

Strategia: l'obiettivo di base è favorire lo sviluppo personale, le abilità di comunicazione, l'alfabetizzazione e l'insegnamento base della matematica. Questi corsi permettono ai partecipanti, la maggior parte dei quali ha abbandonato la scuola tra i 14 e i 15anni, di procedere verso un diploma tradizionale, un apprendistato e un lavoro, attraverso un percorso attentamente pianificato. Un secondo gruppo di corsi risponde al bisogno della comunità locale di sviluppare capacità di *leadership*. Tra i corsi ci sono, ad esempio: *training* per operatore nel settore della tossicodipendenza e corsi di gestione immobiliare. La terza

⁴¹ <http://www.pobail.ie/en/NationalDrugsStrategy/YoungPeoplesFacilitiesandServicesFund/>

⁴² http://www.aib.ie/servlet/Satellite?cid=1165916888815%26pagename=CSRPortal%2Fcsr_main%26c=CSRParent_P

serie di corsi permette ai partecipanti di accedere a livelli scolastici superiori. In passato alcuni studenti sono arrivati all'università e hanno conseguito la laurea.

Il programma integra questi corsi con le attività del Centro educativo per bambini *Rainbow House* che fornisce sostegno ai loro figli aiutandoli a ridurre lo svantaggio intergenerazionale. Il 35% delle partecipanti usufruisce, inoltre, anche di un servizio di *counseling*. Il Centro lavora in stretto contatto con altri progetti locali che si occupano del problema droga e si occupa anche degli utenti sottoposti a terapia metadonica (17-25 anni) fornendogli strumenti educativi e per lo sviluppo personale.

Valutazione: autovalutazione senza gruppo di controllo. La frequenza continuativa è vista come il criterio chiave per il successo del progetto. 400 soggetti sui 450 iniziali hanno continuato a frequentare il centro per tutto l'anno. Si ritiene che sia un numero impressionante viste le caratteristiche della popolazione *target*. Al momento non esiste una valutazione indipendente del progetto benché miglioramenti nel livello di autostima della donne siano stati registrati sia dalle donne stesse sia dai membri dello *staff*.

Il "*Ballyfermot Psychological Support Service*" è un servizio progettato in collaborazione tra: *URBAN Ballyfermot* (un'organizzazione finanziata con i fondi dell'Unione Europea), la LDTF di *Ballyfermot*, la *Ballyfermot Partnership* e la *South Western Area Health Board*. Tale servizio si basa su un modello di intervento *community-based* ed è centrato sulla prevenzione, sulla diagnosi e l'intervento precoci ed è gestito da un *team* multidisciplinare composto da terapisti della famiglia, psicologi clinici con esperienza nei progetti *community-based*, operatori dell'infanzia, logopedisti e operatori abituati a lavorare con i giovani. Parte del *team* lavora nella scuola locale ed è coinvolto in gruppi di lavoro al fine di fare invii mirati per i bambini particolarmente a rischio e introversi. Una caratteristica particolare di questo progetto è il coinvolgimento e lo sviluppo di abilità dei genitori di bambini con difficoltà di linguaggio e/o iperattività (ADHD) (Downes 2003).

PORTOGALLO

EP: (Re-)Inventing Time on the Street. Community Centre of Esmoriz⁴³

Destinatari: 96 bambini, 26 adolescenti, 49 giovani adulti, 55 genitori provenienti da un quartiere di pescatori socialmente deprivato, situato sulle spiagge di Esmoriz e Cortegaça. I destinatari appartengono a gruppi socialmente svantaggiati e mostrano parecchi problemi a livello familiare. Ci sono disfunzioni familiari e comunicazioni all'interno della famiglia scorrette, insufficienti o addirittura inesistenti. Il gruppo *target* è caratterizzato da scarse abilità sociali e personali, e bambini e adolescenti mostrano segnali di fallimento scolastico e rischio di abbandono precoce.

Obiettivo: ridurre il numero di bambini per strada e di giovani sulle spiagge di Esmoriz e Cortegaça. Dare alternative alla vita per strada. Aumentare le abilità sociali e personali. Promuovere l'integrazione nella famiglia e nella comunità. Promuovere la comunicazione familiare.

Strategia: attività su due livelli:

- individuale (con tutti i membri della famiglia) rinforzo sociale e supporto psicologico;

⁴³ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/ShowQuest?Prog_ID=5122

- a livello del gruppo, attraverso sessioni informative rivolte ai genitori e agli adulti, supporto psicologico a genitori e adulti; attività culturali, educative, pedagogiche, sportive rivolte a bambini e giovani; sessioni rivolte ai bambini per sviluppare capacità utili per la scuola primaria.

Per l'implementazione del progetto è stata costituita una *partnership* con la comunità locale. Sono incluse attività di sostegno personalizzate e visite domiciliari.

Valutazione: è prevista una valutazione di processo di attraverso la registrazione giornaliera delle attività, degli incontri regolari del gruppo di lavoro, degli incontri con gli altri attori sociali che interagiscono con il progetto, dei contatti con l'Unità Preventiva di Aveiro (IDT). Gli indicatori quantitativi sono registrati mensilmente. La valutazione include questionari pre e post. Sono stati analizzati i cambiamenti negli atteggiamenti e nei comportamenti (pre e post) di una parte del gruppo *target*, in particolare dei bambini.

GRAN BRETAGNA

EP: Positive futures⁴⁴ National Report

Destinatari: ragazzi tra i 10 e i 19 anni noti come giovani delinquenti o a rischio di diventarlo, residenti in alcuni dei quartieri più svantaggiati dell'Inghilterra e del Galles. L'intervento prevede una copertura nazionale per un totale di 67 progetti e 25.000 giovani coinvolti a partire dal 2000.

Strategia: attività alternative tra cui lo sport con particolare enfasi per il *football* e gli sport di squadra. Ci sono attività volte a sviluppare le abilità interpersonali e l'autostima. Inoltre sono stati creati collegamenti con il mondo della scuola, dell'apprendistato e del lavoro. *Positive futures* usa lo sport per ridurre i comportamenti anti-sociali, il crimine e il consumo di droga tra i giovani dei quartieri. I progetti locali propongono programmi sportivi che includono sia elementi di partecipazione, allenamento e competitività sia attività che favoriscono la responsabilità sociale, l'auto-consapevolezza e la prevenzione del consumo di sostanze. Il progetto promuove atteggiamenti e stili di vita positivi, coinvolgimento a lungo termine in attività di svago e in modi di vivere sani.

Valutazione: prima fase del progetto: "abbiamo trovato buone prassi ed evidenze di efficacia, sia qualitative sia quantitative, sull'impatto del progetto sui singoli e sui quartieri. Insieme ad altre iniziative complementari, di cui la più degna di nota è stata "Youth Inclusion Programmes" si è assistito a un impatto positivo in termini di riduzione delle trasgressioni dei giovani e a un aumento della loro partecipazione alle attività sportive. Ci sono molte storie di casi che dimostrano come lo sport sia stato il catalizzatore che ha permesso agli individui di rientrare nella società fornendo loro una motivazione e una maggiore conoscenza di se stessi. Il successo di qualunque progetto di questa natura si regge quasi interamente sulle abilità e sull'entusiasmo del *project leader* e del nucleo centrale dello *staff* che realizza il programma. Sono necessari fondi a lungo termine per richiamare e mantenere il giusto livello di partecipazione delle persone e dare loro un tempo sufficiente per creare rapporti di fiducia con i ragazzi che sembra possano ottenere maggiori benefici da questo programma. Sarebbe necessario inoltre avere un committente che finanzia a lungo termine. Ciò garantirebbe una maggiore efficacia dei risultati del monitoraggio quantitativo sia efficace. I dati quantitativi *evidence-based* che dimostrano l'impatto sul crimine sono lacunosi e quelli sull'abuso di

⁴⁴ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/ShowQuest?Prog_ID=5076

droga sono deboli. Si dovrebbe riconoscere che questo è inevitabile vista la breve durata del progetto, la difficoltà ad accedere e interpretare le statistiche provenienti dalla polizia e dalle autorità per la salute e le scarse risorse con cui il *leader* del progetto deve lavorare. Inoltre, dato l'elevato numero di altri interventi e di altre influenze attive sul territorio, si dovrebbe riconoscere che è irrealistico e inappropriato cercare di attribuire solo al progetto *Positive Futures* l'origine del cambiamento previsto dai suoi obiettivi. In compenso sono consistenti le evidenze di efficacia qualitative. L'insieme delle opinioni espresse nelle interviste strutturate da parte dei *project leader*, degli operatori, dei partner (da alcune nostre conversazioni con i giovani stessi) e le evidenze dei casi di studio, fanno del progetto un caso clamoroso per quanto riguarda il suo valore”.

Contatti: Neil Watson (Project director) +44 20 7273 2892

neil.watson@homeoffice.gsi.gov.uk; info@sportengland.org

Website: <http://www.sportengland.org/>

EP: Summer Splash Programme⁴⁵

Destinatari: ragazzi tra i 9 e i 17 anni che vivono in aree deprivate. Si tratta di un progetto nazionale finanziato con fondi governativi. Nell'estate del 2002 il progetto è stato attivo in 296 aree coinvolgendo 91.000 soggetti.

Strategia: offrire ai ragazzi che vivono in quartieri con alti livelli di criminalità attività alternative (sportive e artistiche) supervisionate a cui partecipare durante le vacanze estive

Valutazione: informazioni relative al numero dei giovani coinvolti e delle attività realizzate. Per valutare l'impatto del programma sono stati analizzati i dati sul crimine che indicano una riduzione del 5,2% del crimine locale nel periodo estivo.

Contatti: Press Office +44 20 7271 3076

Website: <http://www.youth-justice-board.gov.uk>

Connexions *National Report*

Destinatari: ragazzi tra i 13 e i 19 anni

Strategia: progetto consolidato a partire dall'aprile 2001, *Connexions* rappresenta un Servizio di sostegno e aiuto rivolto ai ragazzi di 13-19 anni. Esso prevede uno *screening* per i giovani a rischio che sono poi inviati ai Servizi specifici per la tossicodipendenza. Attualmente sono attive 27 *partnership*. Questo servizio è erogato attraverso una rete di consulenti individuali che si coordinano con gli specialisti dei Servizi di supporto (*Drugs Prevention Advisory Service*, 2000). Il *budget* del progetto *Connexions Advisers* per il 2002-2003 è di € 1.6 milioni.

Valutazione: OFSTED è il responsabile per le ispezioni del *Connexions Strategy*. Il *Local Connexions Partnerships* include il *Careers Service* (centri di orientamento professionale) e altri servizi (per esempio l'affidamento ai servizi sociali) con l'intento di stimolare i giovani oltre i 19 anni a continuare a studiare, a fare apprendistato e a lavorare (<http://www.ofsted.gov.uk/>).

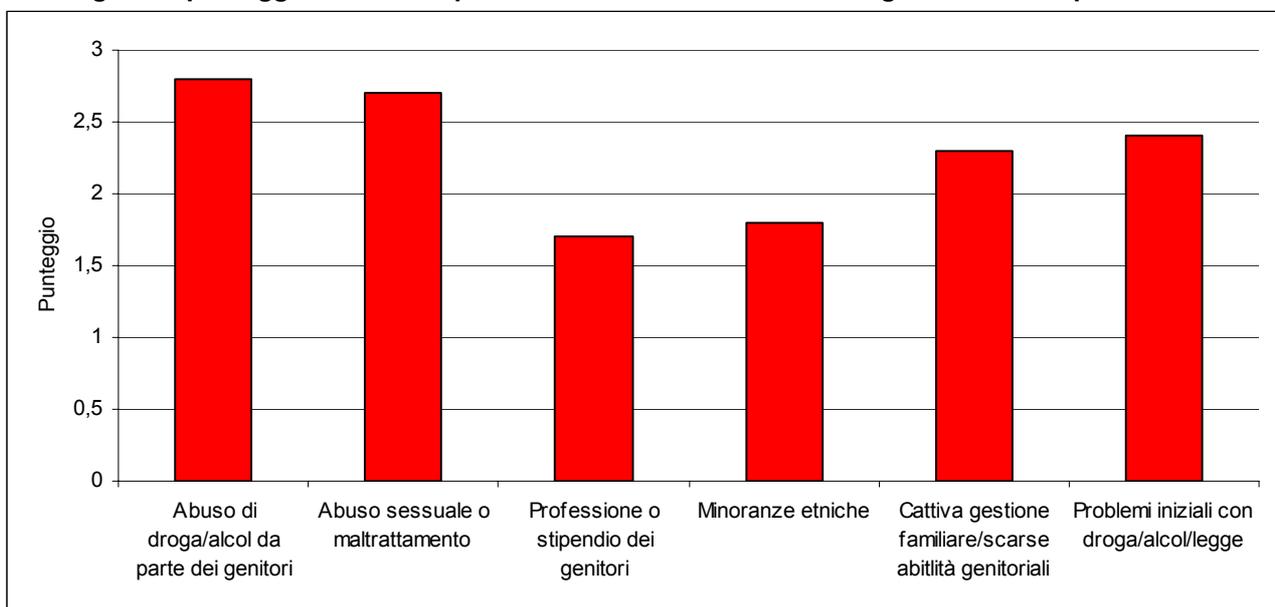
⁴⁵ <http://www.youth-justice-board.gov.uk>

PARTE 3

PREVENZIONE PER LE FAMIGLIE A RISCHIO

L'influenza dell'ambiente familiare sull'eventuale abuso di sostanze è ampiamente conosciuta, ma, il peso delle diverse variabili (attaccamento alla famiglia, consumo da parte dei genitori, fratelli consumatori di sostanze, abuso di alcol nella famiglia e conflitti in famiglia) è attualmente controverso.

Figura 2: punteggi medi dell'importanza delle variabili familiari negli interventi di prevenzione



Nella figura 2 i mostrano i punteggi medi (di esperti provenienti da 11 Paesi) rispetto all'importanza dei fattori familiari nella pratica preventiva (le categorie dei punteggi vanno da 1=molto importante a 4=non importante. Nella figura 2 i punteggi sono stati invertiti per una maggiore chiarezza).

Repetti e al. (2002) hanno compilato una *review* completa e dettagliata dell'influenza dei fattori genetici, emozionali e ambientali (eccetto l'abuso sessuale) sulla prole delle famiglie a rischio. Lo status socio-economico sembra essere il fattore di influenza più importante, tanto da condizionare gli altri fattori, inclusi quelli genetici. In linea con la tendenza di base di questo report, essi concludono che: "focalizzarsi sulle caratteristiche familiari che rappresentano fattori di rischio per l'esacerbazione di disturbi della salute fisica e mentale, può fornire le basi per un intervento precoce in grado, almeno parzialmente, di minare il potenziale rischio "a cascata" che può accumularsi nel corso della vita".

A causa del *bias* professionale dei Servizi di trattamento, il tema del consumo di sostanze da parte dei genitori ha ricevuto molta attenzione all'interno dell'opinione pubblica. In realtà il dato dovrebbe essere trattato con cautela: i problemi di sociali e di alcolismo in famiglia sono

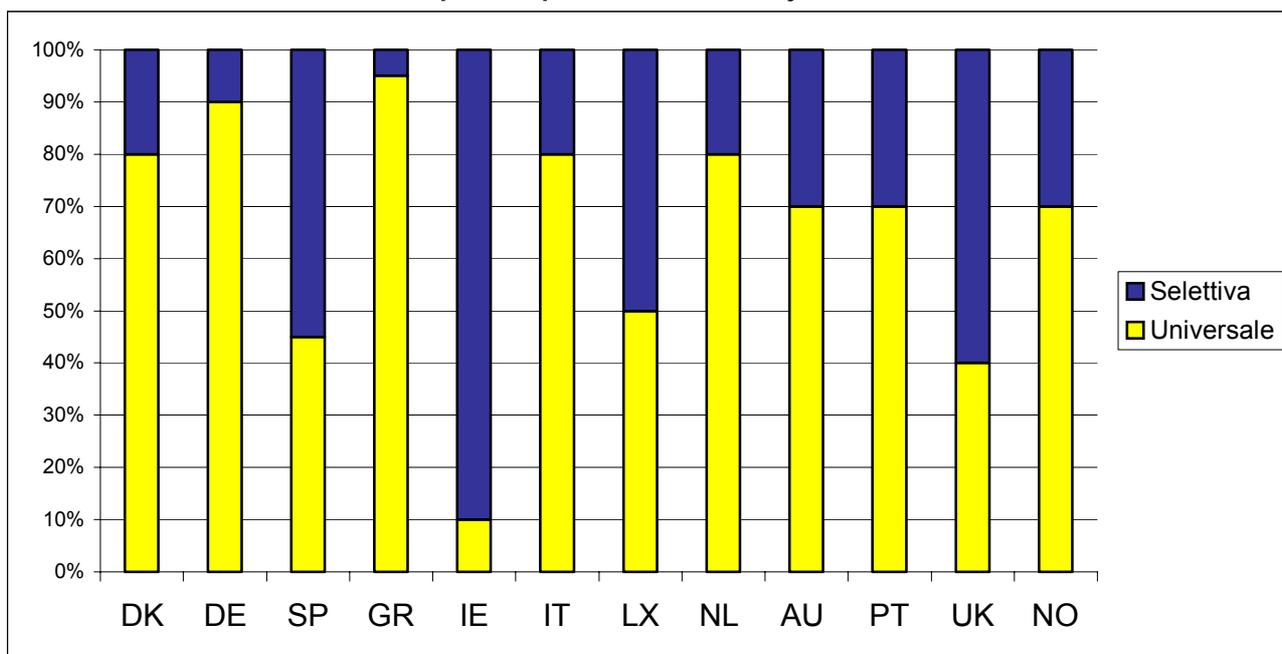
dei predittori più consistenti del consumo di sostanze da parte dei genitori, rispetto al futuro abuso di sostanze dei figli (Burkhardt 2000, Velleman and Orford 1993a/b, Mohr 1998). Inoltre, sono stati trovati sottogruppi di adolescenti non consumatori, che sono stati identificati come resilienti sulla base del fatto di avere (uno o entrambi) i genitori che abusano di alcol (Mohr 1998). Molti studi interessanti e di grosse dimensioni esaminano il consumo di sostanze, piuttosto che l'abuso, come una variabile-esito (e.g. McArdle et al. 2002). Questo limita l'utilità dei loro risultati per lo sviluppo di interventi preventivi rivolti a famiglie a rischio, poiché i fattori di rischio per l'uso spesso sono diversi da quelli per l'abuso.

Le situazioni appena presentate hanno reso difficile la raccolta degli esempi contenuti in questo capitolo. Si suppone che, analogamente a quanto accade per gli interventi di prevenzione rivolti ai gruppi vulnerabili, esistano molte esperienze di servizi per le famiglie a rischio all'interno delle politiche sociali. Se essi, però, non esplicitano un intento preventivo nell'ambito della tossicodipendenza non sono menzionati in questo report.

D'altra parte, esistono molti interventi condotti dai Servizi di trattamento per le tossicodipendenze (ad esempio, quelli che restringono il concetto di famiglia a rischio ai genitori che abusano di droga, omettendo altri aspetti rilevanti di vulnerabilità. A causa del diverso peso dato dagli Stati Membri a queste variabili, non è stato possibile avere una fotografia equilibrata degli interventi di prevenzione selettiva per le famiglie a rischio.

Un altro tema rilevante è l'importanza attribuita alla prevenzione selettiva basata sulla famiglia nei diversi Stati Membri (vedi figura 3). E' stato chiesto agli esperti di stimare l'importanza della prevenzione selettiva basata sulla famiglia paragonata a quella universale in termini di prevalenza di interventi effettivamente disponibili e conosciuti. I valori differiscono considerevolmente nei diversi Paesi Membri. La differenza nel punteggio dato dagli esperti coincide con l'informazione ottenuta da altre fonti sulla prevenzione basata sulla famiglia presente nell'Unione Europea.

Figura 3: punteggi dati da esperti sull'importanza relativa della prevenzione universale rispetto a quella selettiva *family-based*



15. Esempi pratici di interventi per le famiglie

RIFERIMENTI GENERALI DAGLI STATI MEMBRI

DANIMARCA

Il progetto Voksenvenner (Amici adulti) rappresenta un esempio di approccio formativo per lo sviluppo personale dei bambini: adulti non professionisti offrono *counseling*, supporto e amicizia al bambino a rischio quando i genitori non possiedono sufficienti risorse personali e mentali o sono essi stessi a rischio.

GERMANIA

La Federazione Nazionale dei genitori di adolescenti con, o a rischio di, dipendenza da sostanze (BVEK) ha intrapreso uno studio sulle condizioni ed i bisogni delle famiglie a rischio che frequentano gruppi di auto-aiuto (BVEK 2003).

ITALIA

Sono presenti approcci di assistenza domiciliare. Si tratta di interventi con le famiglie dove gli operatori realizzano attività all'interno delle famiglie al fine di potenziare le capacità educative dei genitori e rinforzare i legami familiari. L'assistenza domiciliare può includere anche un'offerta formativa per i genitori e gruppi di auto-aiuto per i genitori con figli a rischio. Invece al sito <http://www.cnca.it/> (Sezioni minori, famiglie di accoglienza, famiglie in rete) si possono trovare dati sulle famiglie affidatarie, organizzate in reti, che offrono il proprio tempo ad altre famiglie in difficoltà. Questi progetti sono in fase di consolidamento e si focalizzano, prevalentemente sulle famiglie nelle quali i genitori hanno subito una condanna penale. Si stanno sviluppando reti per fornire loro aiuto e supporto. Questi sono progetti di tipo sperimentale e godono di periodi limitati di finanziamento.

LUSSEMBURGO

Solidarité Jeunes by Médecins sans Frontière è un programma rivolto ad adolescenti che hanno infranto le leggi sulla droga, ai loro genitori e agli educatori. Ogni anno partecipano circa 200 adolescenti e loro genitori (per esempio ne 2001 sono stati 195). Gli adolescenti ricevono *counseling* psicosociale. Questo include anche i genitori o una persona appartenente ad una istituzione educativa coinvolta. Le famiglie sono raggiunte attraverso il tribunale o la scuola. L'obiettivo è quello di intervenire precocemente e cercare di trovare soluzioni finalizzate a ridurre la recidiva insieme ai genitori o agli educatori. Questo significa – nel senso più ampio di una terapia familiare – anche prendere in considerazione altri fattori oltre al reato o al solo consumo di sostanze.

PAESI BASSI

C'è un vecchio progetto (dal 1998-1999) nell'archivio EDDRA: *Parents for Parents*⁴⁶. Si tratta di un semplice programma di prevenzione con il fine di stimolare 10 genitori a parlare di sostanze e del loro consumo all'interno delle loro famiglie, è prevista anche una formazione nelle abilità comunicative.

Il più recente progetto EDDRA "homeparty"⁴⁷, si rivolge a genitori (madri) attivi in modo tale che raccolgano altri genitori del vicinato per organizzare delle feste nelle loro abitazioni. Questi genitori sono formati in modo tale da accrescere le abilità genitoriali di gruppi di genitori che vivono nei quartieri degradati e sono difficilmente raggiungibili. Sfortunatamente, questo progetto manca di una valutazione scientifica.

FINLANDIA

In Finlandia l'abuso di sostanze è relativamente raro se confrontato ai problemi alcol-correlati. Il consumo di droga, infatti, coinvolge di solito i giovani che, una volta adulti, smettono di consumare sostanze ma non di bere. La violenza in famiglia è associata all'abuso di alcol. Nei casi più gravi, i bambini possono essere messi in affido. Esiste un sistema per far quadrare gli alti costi dei Servizi di *welfare* per i bambini in modo tale che gli utenti ricevano Servizi adeguati, senza badare ai costi. Il comune riceve, infatti, una quota di compensazione nei casi in cui il costo del Servizio per una famiglia ecceda i 25.000€. Secondo le statistiche del 1999 della città di *Helsinki*, il 31% dei casi di istituzionalizzazione e affido, imposti sulla base del *Child Welfare Act*, erano dovuti all'abuso di droga o alcol all'interno dell'ambiente abitativo del bambino. Se questo dato su *Helsinki* venisse generalizzato al resto del paese, si potrebbe supporre che un totale di 1250 bambini o giovani siano stati allontanati dalle loro case. Oggi i problemi dei bambini e dei giovani sono più profondi, gravi e di più lunga durata rispetto al passato. C'è un crescente bisogno di cure al di fuori della famiglia ed è sempre più difficile affrontare e trattare questi problemi (Hakkarainen et al. 2000).

GRAN BRETAGNA

A causa della natura dell'intervento realizzato, è difficile identificare l'offerta di iniziative di prevenzione al consumo di droga rivolte alle famiglie. A parte gli esempi degli interventi del Governo e di altri lavori indicati sotto, si conosce poco rispetto alla copertura dei programmi dato che molti non riferiscono alla stessa Organizzazione centrale.

"*Sure Start*" è un'iniziativa finanziata per diversi milioni di sterline, che si rivolge alle famiglie più bisognose. Si rivolge ai genitori e ai bambini al di sotto dei 5 anni e ha come obiettivo quello di assicurare il miglior inizio possibile nella vita e aiutare i bambini a sviluppare le abilità che gli saranno maggiormente necessarie a scuola. Questo intervento è stato introdotto per tentare di ridurre i problemi interconnessi tra loro come gli scarsi risultati scolastici, la salute, l'ambiente di vita o la disoccupazione. A livello nazionale esistono 250 progetti "*Sure Start*" e ciascuno ha raggiunto con successo il *target* dei genitori e dei bambini

⁴⁶ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=573

⁴⁷ http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2269

a livello locale. Si è assistito nel tempo ad una crescita del numero di programmi per genitori ma non è chiaro quanti ne esistano, dato che sono erogati attraverso diversi Servizi come, per esempio, il Tribunale minorile, i Servizi sociali, i CAMHS, i Servizi educativi e il volontariato. Questi corsi spaziano su un'ampia varietà di temi, che possono includere o meno, messaggi preventivi al consumo di droga.

IRLANDA

P: Cherry Orchard Family Care Centre

Destinatari: famiglie a rischio all'interno di un'area individuata come tradizionalmente caratterizzata da elevati livelli di abuso di sostanze.

Strategia: Le attività, incluso il lavoro familiare, sono basate su un approccio flessibile che tiene conto dei bisogni di ogni famiglia con un progetto tarato sul singolo caso. Il centro lavora con circa 80-85 famiglie al mese. E' parte del programma stesso anche la valutazione che le famiglie fanno del servizio che ricevono. Una caratteristica degna di nota è una leggera predominanza di uomini tra i suoi utenti: 55% maschi e 45% femmine nel 2000, 51% maschi e 49% femmine nel 2001. Frequentemente appartengono alla fascia di età 16-20 e hanno dei bisogni come individui, coppia e genitori. Gli invii arrivano dai GP, dagli operatori sociali, dagli infermieri, dagli ufficiali giudiziari e dalle scuole.

Valutazione: Si rileva la mancanza del lavoro di strada sia rispetto al tema della prevenzione, sia rispetto a un follow-up per quelle famiglie che hanno terminato l'intervento terapeutico.

EBP: Springboard Projects:

Destinatari: Famiglie a rischio. Il 90% di queste famiglie si sostengono in parte, o del tutto, con i contributi dei Servizi sociali. Il numero medio di bambini per famiglia è 3.8 (più alto della media nazionale di 2.6). 34 famiglie (19%) hanno 6 o più figli. Le famiglie mono-genitoriali sono sovra-rappresentate di almeno 4 volte e le famiglie con due genitori sono quasi la metà della media nazionale irlandese. Al primo contatto con *Springboard* il 94 % degli utenti vive in famiglia, ma il 17% ha vissuto fuori casa in qualche periodo della sua vita. Il 14% viene da comunità nomadi. L'ampia maggioranza dei nuclei familiari vivono in affitto, pagato dalle autorità locali. I due terzi delle famiglie (66%) sono già conosciute dai comitati della salute che rappresentano una grossa fonte di invii. Questo 66% è una cifra eccezionalmente elevata, dato che la gran parte delle famiglie bisognose non è conosciuta dai Comitati della salute e, in particolare, dai Dipartimenti del Lavoro sociale (McKeown et al 2001, p.16).

Il 28% dei genitori da bambino ha subito abusi emozionali, mentre il 22% ha avuto genitori con problemi di alcolismo e ha subito violenza in famiglia (20%) o abusi fisici (20%). I problemi principali dichiarati dai genitori sono: la gestione dei figli (53%), la coppia (46%), i debiti (36%) e la malattia fisica (25%). La maggioranza dei bambini (61%) sono nella fascia di età 7-12 con un quarto in quella 2-6; l'età media è 8.8 anni. Il 35% dei bambini non ha mai visto il proprio padre biologico. Il 66% non partecipa ad alcuna attività organizzata nel tempo libero. Una significativa minoranza di bambini ha abbandonato la scuola (21.7%) e un quarto ha fatto esperienza di trascuratezza e/o è stata testimone di violenza in famiglia.

Ampiezza dell'intervento: Sono 14 i progetti di supporto familiare in corso di valutazione (3 altri progetti *Springboard* iniziati nel 2000 non includono una valutazione), tutti collocati in città o comuni di grandi dimensioni. Il programma ha lavorato intensamente con 207 famiglie tra Gennaio 2000 e Maggio 2001.

Strategia: Generalmente i progetti *Springboard* si basano su colloqui individuali con il bambino per valutarne i bisogni e definire gli obiettivi terapeutici. Questo costituisce l'11% del tempo totale dell'intervento e ammonta ad una media di 12 ore per bambino. Le altre attività sono: *counseling*, attività artistiche e di artigianato, gite e corsi di dopo scuola. Il lavoro di gruppo consiste o in sessioni specifiche per sostenere gli obiettivi terapeutici o in programmi volti a favorire le abilità di vita e sviluppare il potenziamento della rete di sostegno. Il lavoro con le famiglie si sviluppa principalmente attraverso incontri con le famiglie stesse e attraverso il supporto e l'incoraggiamento ad affrontare i problemi. Queste attività coprono il 16% dell'intervento totale e una media di 17 ore per bambino. Per "drop-in" si intende quando il bambino visita il centro ed è coinvolto in attività non strutturate come incontri con altri, attività ricreative e divertimento in generale. Questo costituisce il 10% del tempo totale dell'intervento e, in media, 10 ore per bambino. Questo comprende: ascoltare e parlare, offrire informazioni e consigli, fornire uno spazio giochi e fare delle visite a casa del bambino.

Valutazione: Ricerca di McKeown et al. (2001): è prevista una valutazione sia quantitativa (senza gruppo di controllo) sia qualitativa.

- Un quarto di tutti i bambini (25%) hanno mostrato miglioramenti clinici significativi nel questionario *Strengths and Difficulties* (Forze e Difficoltà, SDQ) mentre frequentavano la *Springboard*.
- Oltre la metà dei bambini (55%) e più del 40% dei genitori (44%) ritengono che i problemi del bambino sono "molto migliorati" da quando partecipa al programma *Springboard*.
- 8 bambini e genitori su 10 percepiscono l'utilità del progetto.
- Un quarto dei genitori e degli insegnanti crede che i bambini siano meno oppressi dai sintomi rilevati dal questionario SDQ, mentre circa un terzo vede che il bambino è meno aggressivo verso gli altri.
- La media della frequenza scolastica è dell'84% ed è leggermente cambiata dopo il contatto con il programma *Springboard* "Gli aspetti correlati alla vita scolastica dei bambini non possono essere lasciati solo al pionieristico intervento del programma *Springboard* ma richiedono un'attenzione più mirata da parte della scuola stessa attraverso una collaborazione con la famiglia e le altre agenzie del territorio" McKeown et al (2001, p.34).
- Secondo l'*Health Board*, la proporzione dei bambini giudicati a moderato o ad alto rischio di abuso si è dimezzata mentre frequentava lo *Springboard*.
- C'è stata una riduzione nel livello di stress (Questionario di Salute Generale) nel 43% dei genitori.
- Il 23% dei genitori ha mostrato un miglioramento nelle capacità.
- Più del 90% degli operatori crede che *Springboard* è sia efficace o molto efficace nel trattare con le famiglie, le madri e i bambini, ma lo sia meno con gli adolescenti e specialmente con i padri.

McKeown et al. (2001, p.33) conclude che è stato sperimentato un miglioramento clinicamente significativo da un quarto dei bambini e che "lo stesso *Springboard* può essere preso come punto di riferimento con cui confrontare altri interventi rivolti a bambini in difficoltà (particolarmente all'interno del contesto irlandese)".

Per maggiori informazioni: Dipartimento della Salute e dei Bambini: Dublino.
<http://www.dohc.ie/publications/>

EP: Ana Liffey Drug Project, Children's Project, Dublin⁴⁸

Destinatari: Il *Children's Project* mira a promuovere e supportare la genitorialità di alta qualità e ad aumentare la qualità della vita dei bambini che hanno genitori consumatori di droga. Era inoltre evidente che un certo numero di genitori aveva difficoltà a contattare i tradizionali Servizi di supporto.

Strategia: Poiché l'Ana Liffey Drug Project è riuscito a raggiungere quei genitori consumatori di droga che spesso trovano difficile l'accesso ai Servizi, si è ritenuto che una risposta congiunta tra i Servizi volontari e quelli formali fosse la più efficace nel rispondere alle necessità di questi soggetti. Gli obiettivi sono:

- sostenere e aumentare le abilità dei genitori consumatori di droga nei confronti dei loro figli,
- rispondere ai bisogni emotivi dei loro bambini (attraverso la proposta di programmi terapeutici che prevedano il massimo coinvolgimento dei genitori),
- aiutare le donne incinte, consumatrici di droga e i loro partner, nel prepararsi alla genitorialità,
- facilitare e sostenere membri della famiglia allargata nell'assistere i genitori consumatori nella cura dei propri figli
- assicurarsi che, all'interno della famiglia allargata o della comunità, siano disponibili delle risorse adeguate per la cura dei bambini, nel caso in cui i loro genitori si dimostrassero incapaci di prendersene cura,
- fornire aiuti ai bambini e alle loro famiglie allargate successivamente alla perdita di uno o di entrambi i genitori a causa di decesso, reclusione o assenza prolungata.

L'intervento è progettato specificamente per i bambini. Questo programma è ritenuto un'integrazione necessaria e innovativa nella gestione dell'assistenza all'infanzia in quanto non esistevano programmi specifici indirizzati ai bisogni emotivi e di sviluppo dei bambini. I Servizi centrali del Ana Liffey Drug Project, oltre a quanto già detto, prevedono: supporto alla famiglia, assistenza legale, visite domiciliari, interventi per i genitori, educativa di strada, lavoro individuale e di gruppo, *counseling*.

Valutazione: La valutazione è di tipo qualitativo (Downes & Murray, 2002) con alcuni aspetti quantitativi, ma senza gruppo di controllo. Essa comprende interviste individuali con gli utenti, i bambini, gli operatori interne ed esterni e i dati indicano che il *Children's Project* riesce a raggiungere un *target* altrimenti difficilmente raggiunto da altri Servizi. L'approccio centrato sull'utente del *Children's Project* è apprezzato dagli utenti. A detta degli utenti stessi, il programma è stato molto coinvolgente a differenza di altre iniziative organizzate dall'*Health Board*. Ciò dimostra il successo di Ana Liffey nel raggiungere persone emarginate che generalmente non accedono ai servizi tradizionali.

P: The Talbot Centre, North Inner City Dublin

Destinatari: bambini e giovani dell'area nord della città, e le loro famiglie.

Strategia: Il Centro *Talbot*, costituito nel 1983, è un centro educativo di prevenzione del consumo di droga rivolto ai minori di 21 anni che vivono nell'area nord della città. Il progetto del Centro *Talbot*, nel tempo, ha spostato il suo intervento dal lavoro prevalentemente con i bambini al lavoro con bambini e genitori. Le risorse sono concentrate nel supporto intensivo a un piccolo numero di famiglie che sono in contatto con loro da un certo periodo di tempo. Un

⁴⁸ http://eddra.emcdda.europa.eu/pls/eddra/ShowQuest?Prog_ID=3556

principio chiave è quello di lavorare in modo sistemico (non solo con il bambino o il giovane isolato dal contesto in cui vive ma coinvolgendo la famiglia, la scuola, la comunità, ecc.).

La filosofia è quella di lavorare in modo olistico, qualitativo, con un approccio orientato al cliente e sistemico. I principi su cui si basa il Servizio sono la facilità di accesso, la disponibilità locale, la flessibilità e lo sviluppo di risposte innovative basate su linee guida. Gli interventi con la famiglia includono: supporto genitoriale, formazione genitoriale, sessioni di incontro bambino-genitore (cucina, arte), la connessione con la scuola, gite familiari, terapia familiare e invii ad altri Servizi. Gli interventi individuali includono il supporto individuale, l'assistenza legale, il *counseling*, il lavoro familiare, la terapia familiare, le visite in carcere, e l'invio ad altri servizi. Sono state create forti connessioni con i Servizi del carcere e quelli di custodia e di *welfare*. Per quanto riguarda i programmi di intervento familiare, gli obiettivi specifici sono concordati con ciascuna famiglia in base ai propri bisogni ed essi giocano un ruolo centrale nella loro scelta. Le famiglie pianificano il piano di lavoro mentre lo *staff* supporta nella realizzazione del programma. Questa condivisione di responsabilità tra lo *staff* e i partecipanti li aiuta a riconoscere le proprie risorse. L'obiettivo del programma è quello di supportare le famiglie nell'accrescere le proprie competenze genitoriali all'interno di un ambiente non minaccioso. Spesso i genitori sentono il bisogno di conferme da parte dello *staff* per riconoscere le abilità genitoriali che già possiedono.

Valutazione: auto-valutazione di processo, basata principalmente sul numero di casi.

EP: Foroige: Young Mothers Groups

Destinatari: Giovani madri provenienti da aree caratterizzate da elevati tassi di disoccupazione, mancanza di infrastrutture per il tempo libero, alta incidenza di abbandono scolastico precoce e vari problemi sociali associati con la disoccupazione e la mancanza di un salario adeguato. L'età è compresa tra i 16 e 24 anni, con alcune donne di età più elevata che progressivamente hanno assunto un ruolo di *leadership* all'interno del gruppo. Dal punto di vista educativo queste madri non hanno raggiunto tanto quanto avrebbero potuto/dovuto a causa di a) abbandono precoce per via della gravidanza, b) mancato conseguimento di titoli di studio superiori perché si sono dovute prendere cura del bambino, e/o c) impossibilità di rientrare nel sistema scolastico per la mancanza di servizi appropriati per la cura dei bambini. Esse non hanno esperienze significative di lavoro fuori casa. Le eventuali esperienze sono caratterizzate da precarietà, scarsa professionalità o contratti part-time. Esse sono socialmente isolate, molte vivono sole col bambino e ricevono un supporto limitato dal padre del bambino.

Strategia: Foroige ha iniziato con la costituzione di 8 Gruppi di Giovani Madri in 4 differenti aree dell'Irlanda: 3 a Blanchardstown (Dublino), 2 a Tallaght (Dublino), 2 a Ballymun (Dublino), 1 a Cork (The Glen). Ciascun gruppo prevede la partecipazione di 12-15 membri.

I contenuti del programma sono la trasmissione di informazioni su temi come la salute delle donne, i diritti nel *welfare* sociale, la prima assistenza, le possibilità formative disponibili, le attività sportive (nuoto, aerobica, *bowling*, *orienteering*) e ricreative (arti e artigianato, lavori con il vetro, con il legno, con la pelle, con la stoffa); questioni sulla cura di figli con sessioni specifiche sulle competenze genitoriali, la salute del bambino e il suo sviluppo; la cura personale con sessioni riguardanti la cura della pelle, la nutrizione, la dieta e l'aromaterapia; gite in luoghi di interesse storico, luoghi di svago per famiglie, centri residenziali. Ci sono delle sessioni di valutazione nelle quali i membri del gruppo o pianificano le attività per il periodo successivo o rivedono come il gruppo ha lavorato nei precedenti 2-3 mesi. I gruppi sono fortemente radicati nelle comunità dove le giovani madri vivono. E' chiaro che l'accesso e il trasporto sono tra i maggiori problemi delle donne con figli piccoli. Per questo motivo,

piuttosto che svolgere le attività all'interno del centro, cosa che richiederebbe un trasporto in taxi o in bus, si utilizzano i luoghi di ritrovo posti ad una distanza percorribile a piedi dalle madri che vivono in una determinata area.

Valutazione: A partire dalle interviste alle partecipanti Rourke (1998, p.9) conclude: "Il coinvolgimento nei *Young Mothers Groups*" ha avuto un forte impatto sulla fiducia e l'auto-stima di tutte le donne intervistate nel processo di revisione. Il gruppo ha aiutato a rassicurarle sul fatto che il compito di crescere un bambino era una responsabilità principale e una conquista e non qualcosa di scarso valore.

I gruppi hanno anche dato alle giovani donne la fiducia di esprimere i propri punti di vista riguardo diversi temi e di farsi valere di fronte alla burocrazia. I gruppi hanno anche reso le donne più consapevoli del proprio potenziale: ci sono, infatti, molti esempi di donne che non avrebbero mai pensato di proseguire la propria carriera scolastica o di riprendere il lavoro e che adesso, invece, hanno intrapreso questi corsi.

La natura non minacciosa delle attività che si sono svolte nei gruppi hanno aiutato a rompere alcune delle barriere psicologiche".

PORTOGALLO

EP: ECOS, Viana do Castelo

Destinatari: Genitori e famiglie con problemi familiari, basso livello socio-economico e condizioni abitative precarie. Gli adulti o i genitori di queste famiglie hanno problemi con la droga e con l'alcol e manifestano abilità genitoriali insufficienti.

Strategia: Sostegno psicosociale per famiglie vulnerabili attraverso il *counseling* psicologico a livello familiare e individuale e con il coinvolgimento di istituzioni come il Centro locale di sicurezza sociale, il Comitato di difesa dei giovani, ecc. I gruppi formativi per i genitori promuovono le abilità genitoriali, sociali e personali attraverso metodi di partecipazione attiva (per esempio un gioco pedagogico "alla ricerca del tesoro familiare" condotto dal coordinatore del progetto).

Valutazione: Le valutazioni di processo e di efficacia sono ancora in corso. Gli strumenti della valutazione sono la partecipazione ed i registri in cui i genitori hanno riportato un'auto-valutazione individuale e di gruppo. La valutazione di efficacia è realizzata attraverso il Modulo di Identificazione delle Emozioni (per genitori e bambini), l'Inventario delle pratiche genitoriali (per genitori e bambini) e il Questionario del Supporto Sociale Percepito (che rileva il grado di utilizzo dei Servizi sociali disponibili).

GRAN BRETAGNA

EP: "On track"

Destinatari: Famiglie dell'Inghilterra e del Galles che vivono in contesti con alto tasso di criminalità e di deprivazione, con figli tra i 4 e i 12 anni, che si ritiene siano a rischio di essere coinvolti in attività criminali nel corso della loro crescita.

Strategia: Si tratta un progetto di prevenzione alla criminalità che ha l'obiettivo di contrastare le cause del crimine. Si svolge in 22 aree. La *partnership* tra le principali agenzie istituzionali e volontarie garantisce un'ampia gamma di Servizi di prevenzione, che includono aiuto e formazione ai genitori, visite domiciliari, collaborazioni scuola-famiglia ed educazione pre-scolastica strutturata. "On track" mira a entrare in contatto con questi bambini il più presto

possibile, così che loro e le loro famiglie ricevano supporto durante gli anni della formazione del bambino. Ciascun progetto è gestito da una rete locale che include i maggiori erogatori di Servizi sanitari, educativi e sociali, bande delinquenti, polizia e le organizzazioni più rilevanti del settore del volontariato. I progetti creano legami tra i Servizi esistenti, le iniziative per i bambini e le famiglie. In Inghilterra esistono 22 progetti “*On tracks*” ciascuno con una copertura di circa 2000 bambini.

Valutazione: L'efficacia e il rapporto costi-benefici sono oggetto di valutazione.

NORVEGIA

P: Il ministero della salute e degli affari sociali sostiene il programma di prevenzione *Webster-Stratton* rivolto a bambini tra i 3 e gli 8 anni che manifestano disturbi della condotta. Il programma, che è sostenuto empiricamente, si rivolge ai genitori, al bambino e alla scuola. Il programma si basa sulla teoria del comportamento e dell'apprendimento, sulla psicologia dello sviluppo e sulla dinamica dei gruppi. Al momento attuale il programma è stato implementato a *Trondheim* e *Tromsø* attraverso Centri regionali di psicologia del bambino e dell'adolescente, ed è stato stilato un piano per introdurre tale programma anche in altre parti della Norvegia. I terapeuti sono certificati attraverso una procedura suddivisa in tre fasi. La prima fase, un laboratorio di 3 giorni, entrerà a far parte di un corso di formazione continuata. Attualmente, il Ministero dell'infanzia e della famiglia finanzia la messa in opera del *Parent Management Training* (PMT; Formazione sulla gestione dei genitori - Patterson, Reid & Dishion 1992; Webster-Stratton 1996; Webster-Stratton & Herbert 1994)) e della *Multi-Systemic Therapy* (MST; Terapia multi-sistemica - Henggeler et al 1998) all'interno di tutte le province del Paese.

PMT è un modello di azione multi-modale di tipo scolastico e familiare per bambini tra i 6 e i 14 anni di età. Secondo Sørli, il programma è uno dei più promettenti modelli di azione conosciuti fino ad oggi (Sørli 2000).

La MST include anche un programma intensivo, e con una tempistica definita a priori a termine e *family-based* rivolta ad adolescenti tra i 12 e i 17 anni di età che sono a rischio di sviluppare seri disturbi comportamentali, oppure li hanno già sviluppati. Il programma si rivolge ai giovani e alle loro famiglie ed è sviluppato localmente con il coinvolgimento di tutte le risorse disponibili (Rogaland College, June 2001).

16. Risultati promettenti o lezioni apprese in merito ai programmi di prevenzione selettiva rivolti alle famiglie

GRECIA

Anche se i tecnici di prevenzione segnalano di avere difficoltà a entrare in contatto con i genitori, la prevenzione universale centrata sulla famiglia è relativamente diffusa nella pratica preventiva Greca. Probabilmente, questo è dovuto al fatto che c'è a disposizione del materiale educativo che può essere utilizzato e che può facilitare lo sviluppo di questi programmi.

IRLANDA

Nel tempo si è passati dal trattamento individuale del bambino al trattamento congiunto del bambino e della sua famiglia (per esempio *Talbot Centre*, *Springboard*). Il programma di sostegno familiare di *Springboard* offre migliori risultati con i gruppi di età dai 7 ai 12 anni che coi gruppi di età superiore (McKeown et al., 2001). Risulta fondamentale dare alla famiglia la possibilità di partecipare in forma attiva all'individuazione degli obiettivi dell'intervento che si programma per loro. C'è inoltre bisogno di un maggior numero di servizi di sostegno per le famiglie con figli con deficit di attenzione e iperattività, in modo che, in alternativa al consumo di Ritalin, possano partecipare a programmi per modificare la condotta, nei quali sono coinvolti sia la famiglia sia la scuola. È importante stabilire alleanza e *partnership* tra il Settore pubblico e gli enti del Privato Sociale per favorire l'accesso ai servizi a quei consumatori (come i figli di tossicodipendenti o ex-tossicodipendenti) che mostrano un'estrema sfiducia nei confronti delle Istituzioni pubbliche e sono quindi particolarmente difficili da raggiungere (vedi *Anna Liffey Drug Project Children's Project*). E' inoltre necessario aprire Asili nido e Centri per bambini per facilitare madri sole che si fanno carico di famiglie monoparentali.

LUSSEMBURGO

I genitori che partecipano alle riunioni dei familiari si mostrano soddisfatti di potersi confrontare con altre persone che vivono la stessa situazione. Hanno spesso la sensazione di essere soli di fronte ai conflitti familiari o alle decisioni legate all'educazione dei propri figli. Nelle conversazioni con gli altri genitori capiscono che questo tipo di conflitto corrisponde ad una fase specifica del processo di crescita che colpisce anche altre famiglie. L'aspetto più difficile è motivare i genitori a partecipare a queste riunioni. Quindi all'inizio, per favorire la partecipazione, è meglio proporre percorsi di breve durata e su argomenti non troppo impegnativi.

FINLANDIA

Un principio basilare della prevenzione e del trattamento delle tossicodipendenze con i giovani è quello di coinvolgere la famiglia il più precocemente possibile, sia nel caso in cui l'intervento si rivolga alla scuola sia in un contesto più ampio di attivazione giovanile o

all'interno di un programma di comunità. Per facilitare queste attività, la *A-Clinic Foundation* ha pubblicato un famoso manuale di prevenzione pensato per i genitori. Numerosi centri di trattamento enfatizzano il ruolo della famiglia e l'importanza, nel trattamento delle tossicodipendenze, delle persone vicine. Sia nei programmi residenziali sia in quelli ambulatori, la terapia familiare sta guadagnando terreno e infatti si può osservare una crescente offerta di formazione in questo campo. Sono stati creati gruppi di auto-aiuto per le persone che sono vicine a chi abusa di droga. A questi gruppi può partecipare chiunque abbia parenti o amici dipendenti dalla droga. L'Organizzazione non governativa "*Free from drugs*" ha creato un programma di rete che dura tre anni che si pone l'obiettivo di prevenire l'uso di droga tra i giovani, tramite l'appoggio dei genitori e tramite la creazione di una rete regionale di genitori, istituzioni e volontari. Sono stati pubblicati due report intermedi e un report finale del progetto (*Pilvi vai Pouta-aitoa yhteistyötä etsimässä*, 2000).

GRAN BRETAGNA

I risultati delle ricerche effettuate hanno suggerito che i genitori hanno bisogno di:

- aumentare la fiducia in se stessi;
- avere informazioni sulle droghe (o la conferma del fatto che non sono ignoranti in materia);
- avere indicazioni su come parlare di questi temi con i loro figli;
- sviluppare abilità e strategie di *coping*;
- avere un sostegno su cui contare quando le cose vanno male;
- avere informazioni sui luoghi dove possono ricevere aiuto.

C'è ancora molto da fare per rendere consapevoli i genitori sull'importanza del loro ruolo nell'informare i figli sui pericoli delle droghe, nel rafforzare il lavoro fatto a scuola, e nell'influenzare gli atteggiamenti e i comportamenti verso le droghe.

Sostenere i genitori porta buoni risultati. Dai pochi studi che si sono occupati del lavoro con i genitori si possono trarre le seguenti conclusioni:

- i genitori devono essere incoraggiati a parlare di droga con i loro figli;
- la maggior parte degli adolescenti si mostrano soddisfatti del fatto che i loro genitori abbiano trattato l'argomento con loro;
- la fiducia degli adolescenti verso i loro genitori aumenta;
- per molti, questo tema rappresenta la prima discussione familiare.

Velleman (2000) ha identificato i seguenti risultati rispetto al lavoro con i genitori:

- aumento della conoscenza del fenomeno, della fiducia in se stessi e delle abilità di comunicazione;
- aumento generale delle abilità genitoriali;
- aumento della fiducia reciproca tra le generazioni;
- aumento della capacità per influire positivamente sui figli;
- effetti duraturi sui genitori.

NORVEGIA

A giugno del 2000, un gruppo di esperti nominato dal Ministero dell'Educazione, Ricerca e Affari Religiosi (KUD) e dal Ministero per l'Infanzia e la Famiglia ha realizzato una valutazione dei programmi e delle iniziative orientate alla riduzione dei comportamenti problematici e allo

sviluppo delle abilità sociali (Report: Valutazione dei programmi e iniziative orientati alla riduzione di condotte problematiche e allo sviluppo di abilità sociali, Ministero dell'Educazione, Ricerca e Affari Religiosi e Ministero per l'Infanzia e la Famiglia, 2000). Il report segnala quanto segue:

“I risultati delle iniziative orientate al miglioramento delle abilità sociali indicano che se si vogliono affrontare i disturbi del comportamento dei bambini e dei giovani, ogni azione messa in atto dovrebbe avere una componente esplicitamente orientata alla promozione delle abilità sociali dei bambini e dei giovani e alla comprensione di come le loro azioni influenzano e sono influenzate dagli altri” (p.24).

La Commissione aggiunge (p.27) “Tuttavia, ad eccezione del caso delle scuole alternative, si rileva che l'approccio basato sullo *skill training* sia stato poco utilizzato”.

17. Conclusioni e raccomandazioni sulla prevenzione con le famiglie a rischio

DANIMARCA

Sembra che l'intervento messo in atto dalle insegnanti di asilo e di scuola negli stadi più precoci possibili ricopra un'importanza cruciale. Infatti, queste professioniste spesso colgono molto precocemente i segni che qualcosa non va per il verso giusto e inoltre possiedono una buona esperienza nel riconoscere le situazioni di abuso. Per queste ragioni dare a questi professionisti strumenti per intervenire può evitare che alcune situazioni critiche si trasformino in problemi più seri nel corso della vita.

GERMANIA

Rispetto ai programmi scolastici, la famiglia appare un ambito piuttosto trascurato per realizzare interventi di prevenzione. Questa affermazione è valida sia per quanto riguarda la ricerca sia per la pratica. Questa situazione è nota fin dall'inizio degli anni '90, ma tuttora non sono avvenuti cambiamenti significativi. Dovrebbero quindi essere definite nuove priorità. Pre-condizione necessaria a questo è lo sviluppo di modelli di intervento e indicatori ad hoc.

GRECIA

Poiché attualmente, per quanto riguarda l'ambito familiare, l'attenzione è posta prevalentemente sull'implementazione di interventi di prevenzione universale e c'è poca esperienza rispetto alla prevenzione selettiva, si suggerisce di valutare i bisogni delle famiglie a rischio in modo tale da poter sviluppare gradualmente degli interventi più mirati.

IRLANDA

E' importante che si raccolgano le informazioni centrate su bambini/giovani consultandoli in prima persona in merito ai Servizi che si occupano del loro benessere (fare riferimento a Downes & Murrery 2002; Downes 2003; & al Report del National Conjoint Child Health Committee (2000, p.30) "*Get connected: developing an adolescent friendly health service*").

FINLANDIA

Se si fa riferimento all'ampia tipologia degli interventi esistenti, è difficile ragionare rispetto ad una singola idea di famiglia. In seguito all'influenza di fattori sociali ed economici, o della politica prevalente, delle tradizioni culturali e religiose, la famiglia ha assunto forme differenti e si è trovata a dover affrontare sfide diverse e condizioni particolari di vita. Nel lavoro preventivo, specialmente durante l'implementazione, si dovrebbe porre maggior enfasi sul fatto che le famiglie non sono tutte uguali.

GRAN BRETAGNA

I genitori dovrebbero essere presi in considerazione come gruppo *target* a se stante. Il governo ha recentemente investito una grande quantità di tempo, denaro e risorse nel tentativo di aumentare la partecipazione dei giovani e ha realizzato un certo numero di interventi che si rivolgono ai giovani "a rischio" (di delinquenza o di sviluppare problemi con le sostanze). In ogni caso, è necessario fare di più in Gran Bretagna per dare priorità e promuovere iniziative di prevenzione del consumo di droga basate sulla famiglia e per fare in modo che sia adottato un approccio più focalizzato. E' necessario un maggior impegno nell'incoraggiare le Organizzazioni a lavorare direttamente con i genitori o le famiglie attraverso attività per aumentare la consapevolezza sul fenomeno e attività di *skill training* al fine di fornire loro degli strumenti per prevenire il consumo di droga. Spesso i genitori lamentano di sapere molto poco sulle droghe, e hanno timore del fatto che potenzialmente i loro figli potrebbero consumare droga (Vellerman, 2000). E' necessario incoraggiare maggiormente i genitori rispetto al fatto che essi possono fare qualcosa per prevenire il consumo e l'abuso di sostanze dei loro figli, dato che rappresentano un modello per loro.

In Gran Bretagna, ci sono alcuni esempi di interventi con famiglie che hanno avuto successo, ma è necessario fare di più affinché gli interventi rivolti alle famiglie siano presi in seria considerazione. C'è un accordo generale rispetto al fatto che è possibile fare di più per sviluppare tali strategie e nel futuro sarebbe opportuno segnalare in che modo le diverse iniziative hanno raggiunto alcuni degli obiettivi sopra menzionati.

C'è la necessità di sviluppare approcci di prevenzione del consumo di sostanze maggiormente coordinati e strutturati, che includano anche la prevenzione rivolta alle famiglie. L'introduzione a livello nazionale di iniziative di prevenzione per fornire ai genitori il supporto di cui hanno bisogno, potrebbero ridurre il bisogno di interventi per assistere le famiglie nei momenti di crisi oppure le famiglie a rischio, che spesso hanno bisogno di un ulteriore supporto nei momenti difficili della loro vita.

18. Bibliografía generale

- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Arbex Sánchez, C., Mora Rodrigues, C., Moreno Arnedillo, G. (2002). Guia de Intervención: Menores y Consumos de Drogas. ADES. Madrid.
- Banaag, C.G. (2002). Resiliency, Street Children and Substance Abuse prevention. Prevention Perspectives Vol. 3 www.mentorfoundation.org
- Baumgaertel A., Wolraich ML., Dietrich M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 34(5), pp. 629-38
- Bibliography on Substance Abuse Prevention Programs for Youth in High-Risk Settings <http://www.secapt.org/NewFiles/Lit%20Review%20for%20c9-Risk%20Youth.pdf>
- Burkhart, G. (2000). First Childhood Interventions - Possibilities and Experiences in Europe. *Toxicoddependências*, Vol. 6, N° 2, pp. 33-46
- BVEK (2003). Entwicklung zeitgemäßer Eltern-Selbsthilfe – Abschlussbericht. Münster 2003. At www.bmgs.bund.de/downloads/Schlussbericht_Entwicklung_zeitgemaesser_Eltern.pdf
- Downes, P. & Murray, S. (2002). Evaluation of the Ana Liffey Drug Project Children's Project. Ana Liffey Drug Project, Dublin.
- Drugscope (2000). Vulnerable young people and drugs: opportunities to tackle inequalities. Department of Health and Drug Scope. www.drugscope.org.uk
- EMCDDA – European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2002) Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities. Lisbon 2002. At <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1661>
- Fernández Hermida, J.R., Secades Villa, R. (2002). Guia de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo. Colegio oficial de psicólogos/Plan Nacional sobre Drogas. Gijón.
- Gerra, G., Zaimovic, A. (2002). Exploring the biological relationship between substance use and psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 15, pp. 269-275
- Giedd, J. (2003). ADHD and substance abuse. *Medscape Psychiatry and Mental Health* 8 (1), 2003.
- Goulden, C., Sondhi, A. (2001). At the margins: drug use by vulnerable young people in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey. Home Office Research Study 228. Home Office research: UK.
- Green, A.E., Maguire, M., Canny, A. (2001). Keeping Track: Mapping and tracking vulnerable young people. Joseph Rowntree Foundation, The Policy Press. www.jrf.org.uk
- Haas, S., Horvath, L. & Weigl, M. (2002). Die Rolle der außerschulischen Jugendarbeit in Hinblick auf suchtgefährdete Jugendliche, pp.1-34. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Wien.
- Haas, S., Vorderwinkler, C. & Weigl, M. (2001). Drogenspezifische Problemlagen und Präventionserfordernisse bei Jugendlichen, pp.1-29. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen: Wien.
- Hawkins, J., D., Lishner, D.M. & Catalano, R.F. (1991). Childhood predictors and the prevention of adolescent substance abuse. *NIDA Research Monograph*, Number 56, pp. 75-125.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and Protective factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, vol.112, No.1, 64-105.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Brewer, D.D. (1995). Preventing serious, violent and chronic juvenile offending: effective strategies from conception to age six. In: Guide for Implementing the Comprehensive Strategy for Serious, Violent and Chronic Juvenile Offenders. Washington, DC: US Department of Justice.
- Home Office Drugs Prevention Initiative (1999). Evaluating Effectiveness: Drugs prevention research conference, paper 20.
- Kirkcaldy, B. D., Siefen, G., Surall, D. & Bischoff, R.J. (2003). Predictors of drug and alcohol abuse among children and adolescents. *Personality and Individual Differences*. Elsevier publications. In Press
- Landesverband Westfalen-Lippe, LWL (2002). Drug Prevention for Asylum Seekers, Refugees and Illegal Immigrants. Münster. www.lwl.org/ks

- Lloyd, C. (1998). Risk factor for problem drug use: identifying vulnerable groups. *Drugs: education, prevention and policy*, vol.5, No. 3, pp. 217-232.
- McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvary, E., Kolte, Birgitta, McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R & Quensel, S. (2002). European adolescence substance abuse: the roles of family structure, function and gender. *Addiction*, 97, 329-336.
- McGovern, T. F. (1998). Vulnerability: Reflection on Its Ethical Implications for the Protection of Participants in SAMHSA Programs. *Ethics & Behavior*, Vol. 8 (4), 293-304.
- Mohr, A.F. (1998). Adolescent substance abuse: vulnerability and protective factors from a developmental perspective. University of Calgary.
- Newburn, T. (1999). Drug Prevention And Youth Justice. *Brit. J. Criminol.* Vol. 39(4), 609-624.
- NIDA (National Institute on Drug Abuse) (1997). Drug Abuse Prevention for At-Risk Groups. NIDA: Rockville MD, USA. <http://www.secapt.org/NewFiles/DAPforAtRiskGroups.pdf>
- National Cross Site Evaluation of High Risk Youth Programs. Major Findings # 3 at <http://www.health.org/govpubs/FO36/FindingSheet3.aspx>
- ODCCP (Office for Drug Control and Crime Prevention (2000). Demand Reduction. A Glossary of Terms. New York: United Nations Publications.
- Parker, H. & Egginton, R. (2002). Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risk and harms. *International Journal of Drug Policy*, 13, pp. 419-432.
- Repetti, R.L., Taylor, S.E. & Seeman, T.S. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of the Offspring. *Psychological Bulletin*, vol.128, No.2, 330-366.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., Giorgino, E., Kemmesis, U.E., Ossebaard, H.C., Lalam, N., Faasen, I., Spannow, K.E. (2003) Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment". *Drugs: education, prevention and policy.* Vol. 10, N° 4, 303-329.
- Rourke, S. (1998) The First Step: Review of work carried out by Foroige with Young Mothers Groups. Foroige, National Youth Development Organisation.
- Sangster D, Shiner M, Sheikh N, Patel K (2002): Delivering drug services to Black and minority ethnic communities. DPAS/P16. London: Home Office Drug Prevention and Advisory Service (DPAS). [Also available on <http://www.drugs.gov.uk>]
- Scheier, L. M., Miller, N.L., Ifill-Williams, M. & Botvin, G.J. (2001). Perceived Neighbourhood Risk as a Predictor of Drug Use Among Urban Ethnic Minority Adolescents: Moderating Influences of Psychosocial Functioning. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, vol. 11 (2), 67-105.
- Schmidt, B. (2001). Suchtprevention bei konsumierenden Jugendlichen: suchtpreventive Ansätze in der geschlechtsbezogenen Drogenarbeit. Juventa Verlag Weinheim und München.
- Silberg, J., Rutter, M., D'Onofrio, B., Eaves, L. (2003). Genetic and environmental risk factors in Adolescent Substance Use. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2003, 44 (5), 664-676
- Slater, M.D. (2003). Sensation-seeking as a Moderator of the effects of peer influences, consistency with personal aspirations, and perceived harm on Marijuana and Cigarette Use among younger adolescents. *Substance Use and Misuse*, Vol. 38, No. 7, pp. 865-880.
- Sloboda, Z. (1999). Problems for the future? Drug use among vulnerable groups of young people. *Drugs: education, prevention and policy.* Vol. 6(2), 195-201.
- Smyth, N. J., Kost, K. A. (1998). Exploring the Nature of the Relationship Between Poverty and Substance Abuse: Knowns and Unknowns. *Journal of Human Behavior in the Social Environment.* Vol. 1 (1), 67-82.
- Stockwell, T. (1999). A New Agenda for Harm Minimization? *Drugs: education, prevention and policy.* Vol. 6 (2), 205-208.
- Tarter, R. E., Kirisci, L., Vanyukov, M., et al. (2002). Predicting Adolescent Violence: Impact of Family History, Substance Use, Psychiatric History, and Social Adjustment. *Am J Psychiatry.* Vol. 159 (9), 1541-1547.
- National Center on Addiction and Substance Abuse (2003). Pathways to substance abuse among girls and young women ages 8-22. The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. At <http://www.ecs.org/html/Document.asp?chouseid=4245>
- Velleman, R. and Orford, J. (1993a) The importance of family discord in explaining childhood problems in the children of problem drinkers. *Addiction Research*, 1, 39-57.
- Velleman, R. and Orford, J. (1993b) The adulthood adjustment of offspring of parents with drinking problems. *British Journal of Psychiatry*, 162, 503-516.

- Wallace Jr., J. M., Muroff, J. R. (2002). Preventing Substance Abuse Among African American Children and Youth : Race Differences in Risk Factor Exposure and Vulnerability. *The Journal of Primary Prevention*. Vol. 22 (3), 235-261.
- Wallace, Jr. J. M. (1999). The social ecology of addiction: Race, risk and resilience. *Pediatrics*, 103, 1122-1127.
- Webster-Stratton, C., Taylor, T. (2001). Nipping Early Risk Factors in the Bud: Preventing Substance Abuse, Delinquency, and Violence in Adolescence Through Interventions Targeted at Young Children (0-8 years). *Prevention Science*. Vol. 2 (3), 165-192.
- Windle, M. and Windle, R.C. (1999). Adolescent tobacco, alcohol and drug use: current findings. *Adolescent medicine: State of the Art Reviews* 10 (1) February.
- Winter, K., Botzet, A., Anderson, N. (2002). Youth drug abuse and psychosocial risk and protective factors. *Prevention perspectives*, Vol. 1. www.mentorfoundation.org

19. Bibliografia raccomandata dagli esperti e divisa per Stati Membri

SPAGNA

Fernández Hermida, J.R., Secades, R. (2003). Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias. Ministerio del Interior. Madrid 2003.

IRLANDA

McKeown, K., Haase, T., & Pratschke (December 2001) Springboard promoting family well-being through family support services. Department of Health and Children: Dublin [see www.doh.ie/publications]

Downes, P. & Murray, S. (2002) Evaluation of the The Ana Liffey Drug Project Children's Project. Ana Liffey Drug Project, Dublin

Cullen, B. (1997). Integrated services and children at risk. Combat Poverty Agency.63 Selective prevention in the European Union – EMCDDA 2004

Downes (2003a, 'Living with Heroin: Identity, Social Exclusion and HIV among the Russian-speaking minorities in Estonia and Latvia'. Educational Disadvantage Centre, St. Patrick's College, Drumcondra, & Legal Information Centre for Human Rights, Tallinn) for an account of issues regarding ethnicity, education and drug prevention in the Baltic States (section 1, 4,5) and regarding maternal support as a protective factor (section 3).

Downes, P. (2003). Psychological support services for Ballyfermot: Present and Future. Urban: Ballyfermot

Hughes, S. (December 2001). An evaluation to examine the efficacy of a community-based day-assessment service for young people at risk. Centre for Social and Educational Research, Dublin Institute of Technology

Morgan, M. (2001). Drug use prevention: Overview of research. National Advisory Committee on Drugs National Drugs Strategy 2001-2008 (2001). Building on experience. Department of Tourism, Sport & Recreation.

O'Sullivan, L. (1999) Youthreach Social Inclusion Report: Early school leaving in Dublin city. City of Dublin Vocational Education Committee

Primary Education: Ending Disadvantage (2002). Proceedings and Action Plan of National Forum. St. Patrick's College, Drumcondra, Dublin

Rourke, S. (1999). A learning experience: Case studies on local integrated strategies to tackle educational disadvantage.

Shaping the future: An action plan on homelessness 2001-2003. Homeless agency: Dublin

ITALIA

La prevenzione nel lavoro sociale con gli adolescenti, Fondazione Zancan, Padova, 1994;

G. Abbatecola, I modelli di prevenzione del disagio giovanile, Centro studi Arca-IARD, Como, 1993;

L. Regogliosi, La prevenzione del disagio giovanile, Carocci, Roma, 1995;

M.L.Pombeni, Disagio asolescenziale e prevenzione: dalle conoscenze alle strategie di intervento, Carocci, Roma, 1995;

Consulta Nazionale degli esperti e degli operatori delle tossicodipendenze, Proposte per un programma organico di azioni e di intervento per il contrasto al consumo ed all'abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope, Roma, 2000;

Scaglia, Tossicodipendenze e politiche sociali in Italia, FrancoAngeli, Milano 2001;

Other references: G. Boda, Life skills e Peer education - Strategie per l'efficacia personale e collettiva, Carocci, Roma, 1989;

S. Bonino, E. Cattelino, Adolescenti e salute, Università degli studi di Torino, Torino, 1999;

G. De Leo, M. Malagoli Togliatti, Recenti prospettive di ricerca-intervento sulla prevenzione della devianza minorile, Minori Giustizia, n.2, anno 2000;

M. Maggi, La prevenzione è possibile, le politiche giovanili e minorili di fine millennio attraverso i progetti e gli interventi di grandi e piccoli comuni, Editrice Berti, Piacenza, 1998;

F. Neresini, C. Ranci, Disagio giovanile e politiche sociali, Carocci, Roma, 1992;

S. Segre, La devianza giovanile. Cause sociali e politiche di prevenzione, FrancoAngeli, Milano, 1996;

F. Vernò e G. Spinelli, Progettare prevenzione. Tracce per la costruzione di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, edizioni UNICOPLI, Milano, 2000. Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e adolescenza, Esperienze e buone pratiche con la legge 285/97, Firenze, Istituto degli innocenti, Ottobre 2002.

LUSSEMBURGO

CePT (2002). Natur - Bewegung - Kreativität. Erlebnispädagogik als eine Methode der Suchtprävention. Luxemburg: CePT.

PAESI BASSI

The Strengthening Families Programme in Salt Lake City, Utah (Karen Kumpfer et al., 1996) and Focus on Families (Catalano et al., 1998), both from the United States. For short descriptions see the NIDA publication (97-4212) Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A research-based guide. The so-called "red book". See further the Family Advocacy Network (FAN Club), University Park, Pa (visit www.jointogether.org).

FINLANDIA

Marttunen, M. (1999) Mitä tulee ottaa huomioon nuorten palveluja järjestettäessä. Duodecim. Ministry of Social Affairs and Health, Report by the Committee for Preventing Drug Use among Young people, (2000)

Kainulainen, H. (1999) Toimenpiteistä luopuminen huumausainerikoksissa. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 164.

Partanen, J.& Metso,L. (1999) Suomen toinen huumealto. Yhteiskuntapolitiikka 64, 143-149

Wredlund, K-M. & al (2003) Päihdebarometri-Rusmedelsbarometern 2003. Centre for Health Promotion.

GRAN BRETAGNA

Health Advisory Service. 2001. 'Substance of Young Needs'. Health Advisory Service: London.

Crome et al. (1999). A unique designated community service for adolescents: policy, prevention and educational implications. Drugs: education, practice and policy, 7,87-108.

Drugs Prevention Advisory Service and SCODA (1999). Drugs and Young Offenders: Guidance for DATs and YOTs. London: The Home Office.

E. Gilvarry (2000). Substance Abuse in young people. J Child Psychol. Psychiatry vol 41: no1 pp55-80.

- Duncan, T. E. Tildesley, E. Duncan, S. G. and Hops, H. (1995). The consistency of family and peer influences on the development of substance use in adolescence. *Addiction*, 90, 1647-60
- NIDA (National Institute on Drug Abuse) (1997). Preventing drug use among children and adolescents: a research based guide. National Institute of Health, Publication No 97-4212.
- Taking the Message Home: involving parents in drugs prevention, Velleman, Mistral and Sanderling, Drugs Prevention Advisory Service, 2000.

NORVEGIA

- Barkley, R.A., Edwards, G.H. & Robin, A.L. (1999) *Defiant Teens: A clinician's manual for assessment and family intervention*. New York: Guilford
- Baron, R., Dyrne, D., Johnson, B.T. (1998) *Exploring Social Psychology*. Allyn & Bacon Goldstein, A.P. (1999) *The Prepare Curriculum – Teaching Pro-Social Competencies*. Champaign, IL: Research press.
- Henggeler, S.W. et al (1998/2000) *Multisystemisk behandling av barn og unge med atferdsproblemer*. Oslo; Kommuneforlaget (Kap 1+2)
- Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet / barne- og familiedepartementet (2000) *Vurdering av program og tiltak for å redusere problematferd og utvikle sosialkompetanse*. Avgitt av faggruppe oppnevnt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet og Barne- og familiedepartementet, juni 2000.
- Ogden, T. (1999) "PMT" *Spesialpedagogikk* nr 6/99
- Sørli, M-A. (2000) *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen. En forskningsbasert Kunnskapsanalyse*. Oslo: Praxis forlag
- Webster-Stratton, C., and Herbert, M. (1996) *Troubled Families: Problem Children*. Chichester: Wiley.
- Webster-Stratton, C., and Herbert, M. (1996) *Troubled Families: Problem Children* Chichester: Wiley.
- Webster-Stratton, C. (2000) *De urolige årene. En foreldreveileder* Gyldendal Akademisk, Oslo.