
ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA LOMBARDIA

PSICOLOGIA E PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE



**PROGETTO OPL PSICOLOGIA DELLE
DIPENDENZE**

Psicologia e Prevenzione delle dipendenze

Gruppo di Lavoro OPL Psicologia delle Dipendenze - Consulta dei Profili Professionali

A cura di Luca Biffi, Mariaelena Cornago, Giusi Gelmi, Francesca Mercuri

Sommario

| | |
|--|----|
| Introduzione | 2 |
| Prevenzione delle dipendenze e promozione della salute | 2 |
| Evoluzione del concetto di prevenzione | 3 |
| Determinanti del comportamento: fattori di rischio e fattori di protezione | 5 |
| Definizione e caratteristiche del comportamento nell'uso di sostanze | 8 |
| Strategie, politiche e interventi per una prevenzione efficace | 9 |
| Programmi e politiche internazionali e nazionali per la prevenzione | 10 |
| Fondamenti dell'azione preventiva efficace | 12 |
| Strategie e Interventi evidence based | 14 |
| INTERVENTI NEL SETTING FAMILIARE | 16 |
| INTERVENTI NEL SETTING SCOLASTICO | 17 |
| INTERVENTI NEI LUOGHI DI LAVORO | 20 |
| INTERVENTI NELLA COMUNITÀ | 21 |
| PREVENZIONE AMBIENTALE | 22 |
| PREVENZIONE E COMUNICAZIONE | 23 |
| RIDUZIONE DEL DANNO | 24 |
| Conclusioni: il ruolo dello psicologo nei contesti preventivi | 24 |

Presentazione

Questo E-book è uno dei frutti del Progetto Psicologia delle Dipendenze dell'Ordine Psicologi della Lombardia, finalizzato alla costruzione della "Cassetta degli attrezzi" per gli Psicologi interessati ad operare sui problemi di addiction con un approccio scientificamente orientato.

Gli autori sono Psicologi esperti della Promozione della Salute e della Prevenzione, settori in cui la Psicologia ha molto da dire e da proporre. Tanti giovani colleghi hanno cominciato la loro attività lavorativa operando in progetti preventivi, ma pochi investono sulla costruzione di una carriera in questo settore che invece offre molteplici opportunità. La Prevenzione ha ormai una sua storia e una sua ampia applicazione: la valutazione degli esiti di tante esperienze internazionali, consente oggi di avere delle chiare indicazioni su quelle che possono essere le strategie più efficaci in funzione dei risultati che si vogliono raggiungere. In questo testo è possibile trovare una sistematica classificazione dei livelli preventivi, dei target e delle tecniche da mettere in campo : crediamo di avere fornito una mappatura generale ma esaustiva che possa orientare i colleghi e speriamo di poter alimentare il loro interesse per la materia.

Cinzia Sacchelli, *Consigliere OPL responsabile Progetto Psicologia delle Dipendenze.*

Introduzione

La prevenzione delle dipendenze è un tema ampio che necessita di un'argomentazione complessa. In questo primo capitolo verrà definito il concetto di prevenzione ampliandone il costrutto e definendone gli oggetti principali. L'obiettivo sarà quello di creare una visione comune tra professionisti sui concetti di prevenzione, dipendenza, promozione della salute e sui suoi oggetti di studio e di intervento, indispensabili per poter maneggiare in modo consapevole gli strumenti che verranno descritti successivamente.

Prevenzione delle dipendenze e promozione della salute

Il forte cambiamento di prospettiva avvenuto negli anni '70 del secolo scorso rispetto al concetto di prevenzione ha permesso alla psicologia di sganciarsi dall'ottica biomedica, per aprirsi al panorama bio-psico-sociale (von Bertalanffy, 1968; Engel, 1977; 1980; Schwartz, 1987; WHO, 1946). Alla base di questo nuovo approccio si è così posta una delle teorie del panorama psicologico che meglio riesce ad integrare i vari livelli che influenzano le azioni, i pensieri e i comportamenti delle persone: la teoria ecologica di Bronfenbrenner (1979). Questa teoria si basa sull'idea che ogni sistema di relazioni in cui la persona vive (microsistema, mesosistema, esosistema, macrosistema, cronosistema) contenga ruoli, norme e regole che possono modellare lo sviluppo psicologico del singolo. Ne viene allora che agire in ambito preventivo non può più limitarsi ad evitare un evento, un comportamento, agendo solo sul singolo individuo, ma significa agire anche sul sistema di relazioni, di valori, di comportamenti prendendo le mosse dalle capacità e dalle risorse del sistema stesso.

L'approccio preventivo dei comportamenti a rischio è stato così negli anni sempre più integrato con quello di promozione di capacità individuali e collettive (Braibanti, 2015; Ministero della Salute, 2020), giungendo allo sviluppo di interventi non più incentrati sul rischio della devianza ma sui

bisogni e sulle risorse dei singoli e del contesto. Si è infatti passati da un approccio deterministico e lineare, ad una visione più ampia e multi-causale, in cui a fianco alla possibilità di evitare una situazione rischiosa, ci sia anche la possibilità di far sviluppare strumenti trasversali per poterla affrontare in modo positivo (Bonino, Cattelino, 2008; Braibanti, 2015; Leone, Celata, 2006).

Obiettivo principale della prevenzione delle dipendenze diviene dunque quello di aiutare le persone “ad evitare o posticipare l'uso di sostanze psicoattive, o se hanno già iniziato, impedire l'insorgenza di disturbi causati dal consumo delle stesse (uso dannoso o dipendenza). Lo scopo generale della prevenzione dell'uso di sostanze, tuttavia, è molto più ampio e consiste nel garantire lo sviluppo sano e sicuro del bambino e del ragazzo per realizzare i propri talenti e potenzialità diventando membri attivi della comunità e della società a cui si appartiene. Una prevenzione efficace contribuisce significativamente alla partecipazione attiva del bambino, giovane o adulto nella propria famiglia, scuola, posto di lavoro o comunità.”¹ Per estensione questa definizione vale per tutte le dipendenze, comprese quelle comportamentali come per esempio il gioco d'azzardo. Nello specifico, per azioni volte ad “impedire l'insorgenza di disturbi” causati dai vari comportamenti di dipendenza si intendono anche quegli interventi di prevenzione ambientale che mirano ad evitare che, in presenza di un comportamento a rischio, questo si trasformi in vera e propria dipendenza.

Si tratta quindi di un approccio in grado di rendere le persone capaci di fare scelte a partire dalle informazioni, dalle capacità che hanno (Bonino, Cattelino, 2008; Braibanti, 2015) e dalle caratteristiche del contesto. Un contesto non più visto solo nel suo connotato più generico, ma come ambiente socio-culturale (Amerio, 2000), determinato da eventi culturali, politici, economici e religiosi, che influenza e al contempo viene influenzato dai soggetti agenti all'interno dello stesso (Bronfenbrenner, 1979; Santinello, Dallago e Vieno, 2009; Prilleltensky e Nelson, 2010).

In quest'ottica la psicologia ed i suoi professionisti sono chiamati ad “*accrescere le conoscenze sul comportamento umano ed utilizzarle per promuovere il benessere psicologico dell'individuo, del gruppo e della comunità*” e di “*migliorare la capacità delle persone di comprendere se stessi e gli altri e di comportarsi in maniera consapevole, congrua ed efficace*” (Art. 3, Codice Deontologico degli Psicologi Italiani).

Evoluzione del concetto di prevenzione

Il termine “prevenzione” nasce in ambito medico-sanitario e richiama l'idea di “evitare”, “ostacolare”, “impedire” l'insorgere di un evento dannoso. In quest'ambito lo studio causale e lineare dei fenomeni è fondamentale per prevenire ed evitare la comparsa di possibili conseguenze negative. Da qui ha preso le mosse anche l'idea di prevenzione in ambito psicosociale che durante i primi anni del ventesimo secolo ha iniziato ad applicare questo tipo di approccio sulle cause di insorgenza dei disturbi mentali, andando ad agire sui fattori ambientali considerando in modo deterministico la stretta relazione tra gli stessi e i comportamenti problematici (Gelmi, Lavatelli, De Cosimo, 2006; Bonino, Cattelino, 2008).

Una delle prime definizioni e classificazioni del concetto di prevenzione si deve a Caplan (1964) che distingue la prevenzione in *primaria*, che ha l'intento di ridurre la probabilità di nuovi casi di un disturbo nella popolazione sana (incidenza); *secondaria*, mira a diminuire la durata, la diffusione di

¹ UNODC (United Nation Office on Drug and Crime) World Health Organization (2016). International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition.

una condizione disfunzionale (prevalenza) individuandola e trattandola in una fase precoce; *terziaria*, che intende ridurre i danni derivanti da una patologia o sua cronicizzazione.

Nonostante alcuni di questi approcci si siano dimostrati in parte efficaci, alla fine del ventesimo secolo diverse evidenze (Bonino e Cattelino, 2008) hanno dimostrato come questo modello lineare non fosse adatto agli interventi in ambito psicologico e sociale. I *fattori di rischio e di protezione* (individuali, familiari e ambientali) che possono avere influenza su un comportamento rischioso sono talmente complessi e intrecciati su diversi livelli di azione e relazione da non consentire di prevedere in maniera certa l'insorgere o meno di certi fenomeni. Per questo motivo si è iniziato a parlare di programmi di intervento in cui l'oggetto di studio non sia più la relazione causale tra semplici fattori ambientali e comportamento problematico o tra fattori biologici e lo stesso, ma il comportamento viene visto come il risultato dell'interazione tra fattori biologici, esperienziali e ambientali.

A partire dal 1994, l'Institute of Medicine, riprendendo la proposta di Gordon (1987), ha proposto quindi una nuova classificazione che si basa sulle caratteristiche della popolazione a cui l'azione preventiva è diretta:

- *Universale*
- *Selettiva*
- *Indicata*

Si parla così di Prevenzione universale quando un intervento è considerato desiderabile per la popolazione generale, in quanto si ritiene cioè che tutti possano trarne dei benefici. Un esempio è quello delle vaccinazioni in età pediatrica: tutti i bambini (che sono sani in quel momento) possono trarre giovamento dall'essere immunizzati rispetto a una certa malattia e di conseguenza il contesto in cui vivono. I programmi di prevenzione del consumo di sostanze, proposti in tutte le scuole e a tutti gli studenti, appartengono a questa categoria.

La Prevenzione selettiva valuta il rischio di sottogruppi di popolazione e non del singolo soggetto. In altre parole un individuo riceve l'intervento per il solo fatto di appartenere a un gruppo in cui il rischio di sviluppare un problema supera la media. Riprendendo l'esempio delle vaccinazioni, è il caso di un gruppo di persone che si reca in un Paese in cui è presente una malattia endemica, tipo la febbre gialla. Nessuno di loro ha quella malattia al momento della partenza, e potrebbe anche non svilupparla mai: per il fatto di correre un rischio più alto di ammalarsi, viene immunizzato. Un esempio nel campo delle dipendenze è quello dei professionisti con prossimità agli alcolici, come chi lavora nei locali notturni o nella ristorazione. Nel momento della realizzazione dell'intervento quei soggetti possono non avere alcun problema legato all'abuso alcolico e forse non lo svilupperanno mai: il fatto di fare quel lavoro, li "seleziona" come maggiormente a rischio. Altri esempi sono i bambini che crescono in famiglie con genitori consumatori di sostanze o i ragazzi che vivono in un quartiere con alti tassi di spaccio.

La Prevenzione indicata si rivolge invece a soggetti riconosciuti individualmente (attraverso uno screening o una valutazione, una diagnosi) come ad alto rischio per lo sviluppo di un potenziale problema ma sane al momento dell'intervento. Un esempio può essere quello di soggetti con caratteristiche di sensation seeking o con bassi livelli di autoefficacia. Burkhart et al. (2004)[1], nell'ambito della prevenzione delle dipendenze, include nella prevenzione indicata anche quei soggetti che, per particolari caratteristiche individuali, potrebbero correre rischi più gravi nel caso in cui assumessero alcol o droghe (per esempio le donne incinte o i pazienti con diagnosi psichiatriche).

Quando si programmano gli interventi di prevenzione è bene tenere presente che la prevenzione universale, rivolgendosi a target numericamente elevati, è vantaggiosa quando il costo unitario dell'intervento è basso (National Research Council and Institute of Medicine 2009). Quelle selettiva e indicata, invece, si rivolgono a target numericamente più ridotti. La prevenzione selettiva è preferibile quando è facile identificare un sottogruppo più a rischio e il costo è moderato.

Nel campo delle dipendenze da sostanze, gli approcci di prevenzione universale mostrano di ottenere risultati migliori con i giovani non consumatori (a basso rischio) e di essere meno efficaci con i ragazzi a rischio in quanto faticano a incontrare i loro bisogni e a trovare i canali adeguati per agganciarli. Questi ragazzi spesso non hanno buoni rapporti con la scuola e rifiutano tutto ciò che proviene da questa istituzione, programmi di prevenzione compresi. La prevenzione selettiva rappresenta quindi un'importante soluzione per agire sulla vulnerabilità di questi gruppi. Un ulteriore vantaggio della prevenzione selettiva risiede nel fatto di poter dimostrare, con maggiore facilità, la sua efficacia. Rivolgendosi a gruppi con una più alta probabilità di sviluppare problemi legati alla droga e altri comportamenti a rischio, gli effetti dell'intervento possono essere identificati più chiaramente rispetto ai programmi di prevenzione universale, tipo quelli realizzati in tutte le scuole (Burkhart et al., 2004).

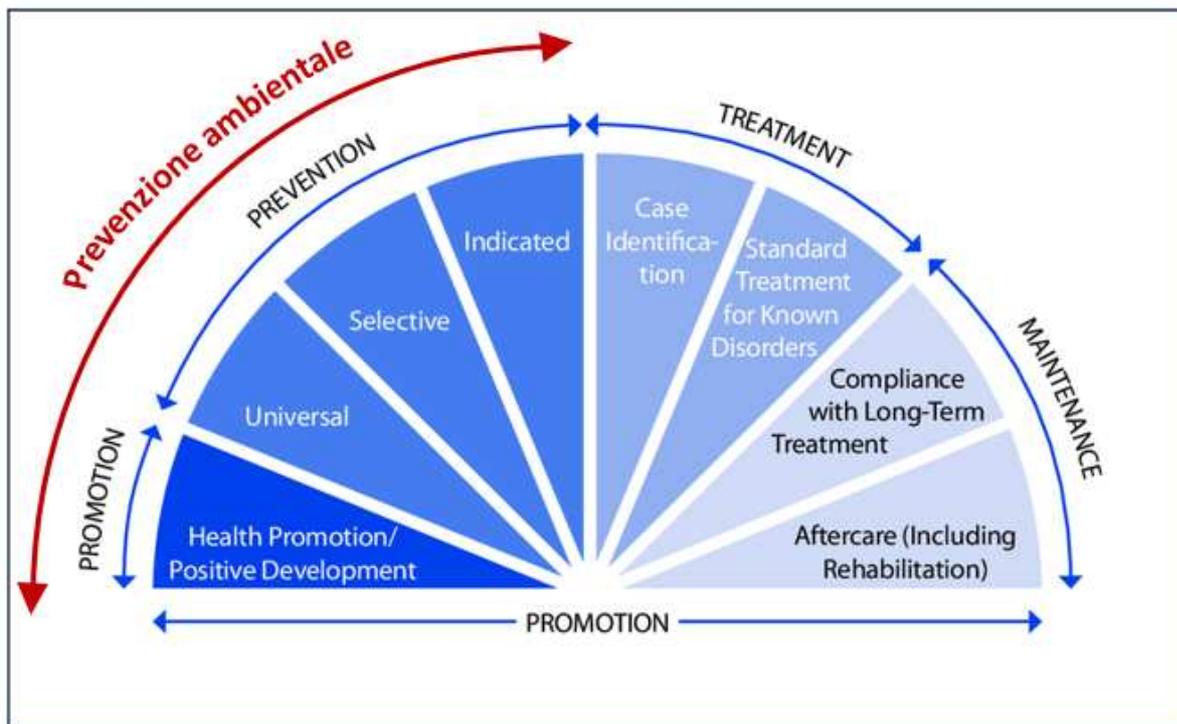
Alle categorie precedenti si aggiunge anche la *Prevenzione ambientale* che mira a modificare il contesto in modo tale da ridurre la probabilità di adottare comportamenti rischiosi e di facilitare invece stili di vita più sani. In generale, questi interventi sono classificati in tre tipologie: normativa, fisica ed economica. I primi emanano leggi e normative per vietare determinati comportamenti non salutari come, per esempio, il divieto del fumo di tabacco nei luoghi pubblici chiusi o il divieto di vendere alcolici ai minorenni. L'introduzione di modifiche fisiche mira a favorire l'adozione di comportamenti sani cambiando le caratteristiche di singoli oggetti (per esempio l'utilizzo di bicchieri alti e stretti ma meno capienti per servire alcolici nei contesti ricreazionali) o di macro ambienti (per esempio l'illuminazione in un parco per renderlo un luogo più sicuro). Anche le politiche economiche sono un ottimo strumento per incentivare comportamenti sani e disincentivare quelli dannosi. Un esempio su tutti è l'aumento del prezzo degli alcolici e del tabacco che può scoraggiarne o ridurne il consumo (Sinzi et al., 2018). In Figura 2 vengono mostrate le varie tipologie di intervento per una maggior chiarezza espositiva.

È importante sottolineare che nessun intervento o politica di prevenzione risulta davvero efficace se si applica in modo isolato, ma è necessario un sistema di azioni che lavori in maniera sinergica e con obiettivi condivisi.

Calando quanto sopra definito nell'oggetto di questo documento, diviene ora fondamentale parlare di prevenzione, soprattutto in ambito delle dipendenze, non più focalizzandosi su una dipendenza alla volta, trattando in maniera teorica la diffusione, i principi attivi, i rischi e le conseguenze dell'abuso di una singola sostanza, ma vi è la necessità di ampliare il campo e parlare di prevenzione di dipendenze in maniera trasversale, educando i soggetti ad essere consapevoli e a riuscire a far fronte a dinamiche relazionali e contestuali potenzialmente dannose.

Infine, il target di riferimento dei progetti preventivi non è più dunque un mero oggetto su cui calare dall'alto un intervento in maniera a-costestuale, ma diviene un soggetto attivo, titolare della propria salute e dei propri contesti di vita, da cui viene creato e che crea a sua volta, in un continuo scambio reciproco (Bronfenbrenner, 1979; Santinello e Vieno, 2009; Prilleltensky e Nelson, 2010). Promuovere la salute diviene allora la nuova sfida dei progetti preventivi in ambito psicosociale.

Figura 2 - I livelli della promozione della salute



Determinanti del comportamento: fattori di rischio e fattori di protezione

Vi sono una serie di studi sulle cause che portano ai comportamenti rischiosi (EMCDDA, 2019), che mostrano come l'insorgere di una dipendenza dipenda dall'interazione tra le *caratteristiche personali individuali*, come la predisposizione genetica, il temperamento e il tipo di personalità (come una persona vede, sente e percepisce l'ambiente e le persone attorno a sé), e le *esperienze esterne all'individuo*. Il modello eziologico (Figura 1) mostra quest'interazione, in cui è evidente l'azione bidirezionale tra micro e macro-livello².

² Per ulteriori approfondimenti si rimanda al documento "European Prevention Curriculum. A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use." (EMCDDA, 2019)

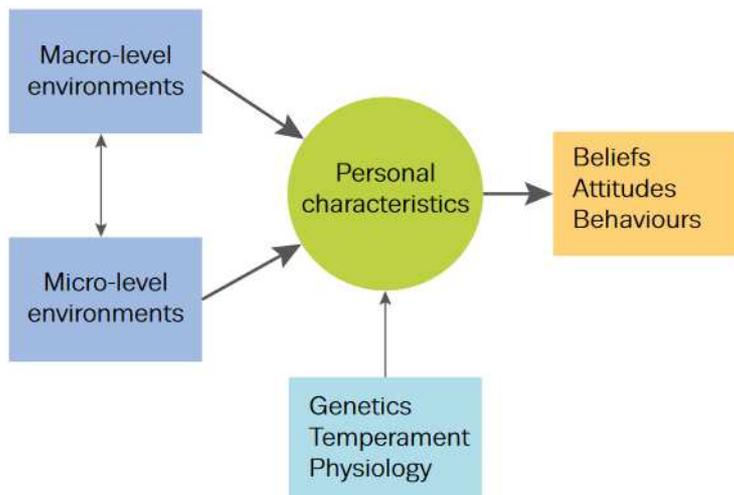


Figura 1
Modello Eziologico

Fonte: EMCDDA, 2019

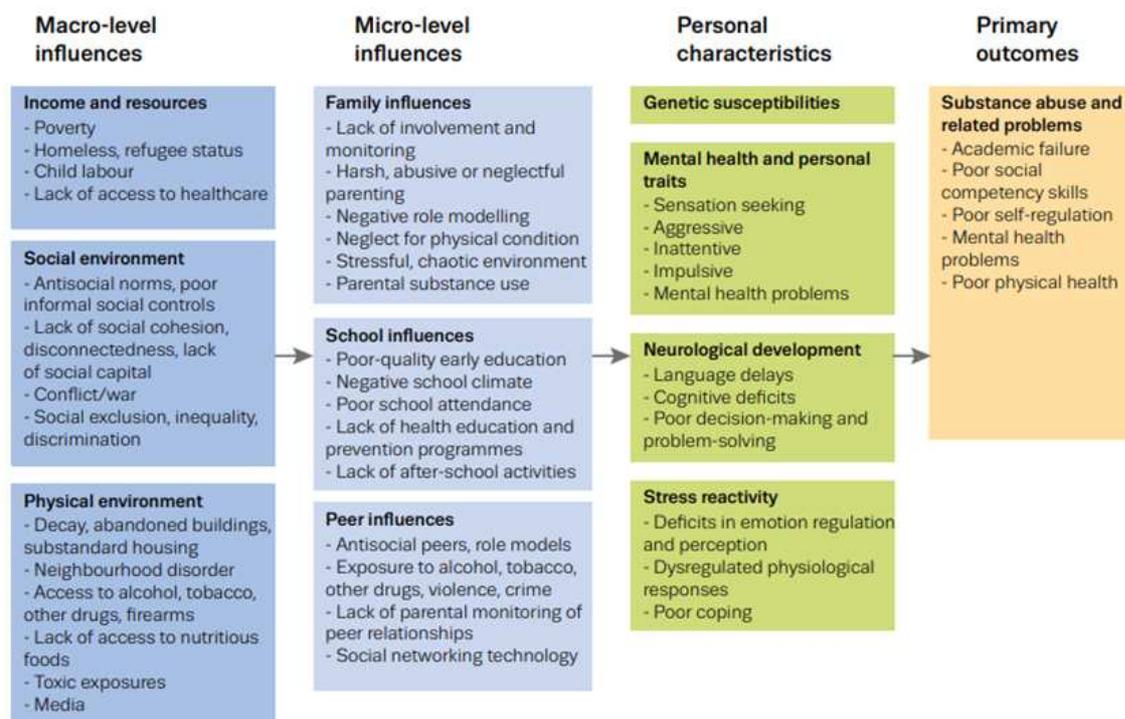
I comportamenti del singolo sono influenzati da caratteristiche interne al soggetto e da fattori esterni che agiscono su vari livelli. Queste determinanti, sia interne, sia esterne, sono quelle caratteristiche che incrementano o diminuiscono la vulnerabilità di un individuo e quindi la possibilità che il soggetto incorra in comportamenti a rischio.

I fattori di rischio possono essere suddivisi per livello di influenza in questo modo (EMCDDA, 2019):

- Macro-livello: reddito e risorse economiche, ambiente sociale, ambiente fisico
- Micro-livello: famiglia, scuola, gruppo dei pari
- Caratteristiche personali: fattori genetici, salute mentale e tratti di personalità, sviluppo cognitivo, capacità di adattamento allo stress

Nella tabella 2 sono riassunti i principali fattori di rischio.

Tabella 2 - Principali fattori di rischio suddivisi per livello di influenza



Fonte: EMCDDA 2019

I fattori di protezione che riducono la vulnerabilità di fronte ai comportamenti di dipendenza (siano essi di abuso di sostanze, gioco d'azzardo, shopping compulsivo...) sono invece (UNODC, 2018): il benessere psicologico ed emotivo, le competenze personali e sociali, un forte impegno nella cura e la presenza di genitori competenti, la possibilità di frequentare scuole e appartenere a comunità ben organizzate e con buone risorse. Ne viene dunque che bambini, individui ed intere comunità devastati dalla guerra, oppure giovani emarginati che vivono in comunità povere, non frequentano la scuola e che dispongono di uno scarso o inesistente supporto familiare, sono maggiormente a rischio.

Importante è poi sottolineare che i fattori di vulnerabilità citati sono molto al di là del controllo del singolo e sono correlati a numerosi comportamenti a rischio e alle condizioni di salute, quali l'abbandono scolastico, l'aggressività, la delinquenza, la violenza, i rapporti sessuali a rischio, la depressione ed il suicidio (*ibidem*).

Per riassumere, i fattori di rischio si possono identificare in 3 grandi classi:

1. *Individuali* - variabili socio-demografiche (come l'essere maschio, di giovane età, bassa scolarità), soffrire di qualche disturbo mentale (incluse altre dipendenze), presentare vulnerabilità neurobiologica (ad es. squilibrio nel sistema dopaminergico che riduce il controllo degli impulsi);
2. *Familiari* - variabili come gli stili di attaccamento, le relazioni disfunzionali, il conflitto intrafamiliare, l'abitudine a comportamenti di gioco d'azzardo dei prossimi;
3. *Ambientali* - disponibilità di accesso ai giochi, le condizioni di svantaggio sociale (povertà, disoccupazione, criminalità), pubblicità e marketing.

Ultimo fattore importante da tenere in considerazione quando si progettano interventi legati alla prevenzione delle dipendenze è l'età del target di intervento. È importante sapere infatti che i fattori

di rischio correlati al primo consumo della sostanza o alle prime giocate, che quindi rendono il soggetto più o meno resiliente al primo utilizzo, sono differenti a seconda dell'età: in fase neonatale, nell'infanzia e nella prima adolescenza le capacità genitoriali e l'attaccamento alla scuola sono i fattori di vulnerabilità e resilienza più frequenti; la scuola, i posti di lavoro, i mezzi di informazione e i luoghi di svago sono invece i principali fattori di vulnerabilità e resilienza nelle fasi successive della vita (UNODC, 2018). In tutti questi contesti e nelle varie fasce di età il gruppo dei pari, infine, rappresenta un determinante importantissimo.

Definizione e caratteristiche del comportamento nell'uso di sostanze

Definizione diagnostica

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali 5 (DSM-5, APA, 2014) e la Classificazione Internazionale delle Malattie 11 (ICD – 11, WHO, 2019) non parlano più, come in passato, di dipendenza patologica, bensì di “disturbi dovuti all'uso di sostanze e comportamenti di dipendenza” che sono così definiti (ICD – 11):

“I disturbi dovuti all'uso di sostanze e comportamenti di dipendenza sono disturbi mentali e comportamentali che si sviluppano a seguito dell'uso di sostanze prevalentemente psicoattive, compresi i farmaci, o di specifici comportamenti ripetitivi gratificanti e rinforzanti”.

Nonostante il disturbo da uso di sostanze e le altre problematiche di addiction abbiano caratteristiche molto differenti tra loro, in ambito preventivo vengono principalmente considerati gli elementi che hanno in comune. Diversi studi (Valentini, Biondi, 2016) hanno dimostrato come le diverse forme di dipendenza (da sostanze, da gioco d'azzardo, da cibo, dal sesso, dall'attività fisica, dall'attività di gaming, dall'uso continuo e imperativo dei social media e network e da gioco online) siano tutte caratterizzate da: ripetitività; stato d'animo di tensione anticipatoria nell'attesa della soddisfazione; gratificazione, “scarica” di piacere nell'eseguirli; *craving* dato dalla loro mancanza. Inoltre, condividono l'implicazione di strutture e circuiti cerebrali coinvolti nell'*addiction* e anche dei criteri fisiologici come la tolleranza e l'astinenza. Un esempio è stato il caso del disturbo da gioco d'azzardo, inserito nel capitolo dei disturbi correlati a sostanze e disturbi da *addiction*.

Conoscere queste caratteristiche risulta fondamentale soprattutto in ambito di aggancio precoce, ad esempio, nella fase di intercettazione di una problematica dove questi elementi possono fungere da campanello di allarme per poter individuare una situazione di difficoltà. Altri fattori importanti in questo campo e trasversali a tutti i comportamenti a rischio, quali anche le dipendenze, sono le determinanti del comportamento, ovvero i fattori di rischio e i fattori di protezione che ne possono determinare o meno l'insorgenza. Questi elementi costituiscono le basi di diversi programmi *evidence based* che verranno esposti in seguito.

Caratteristiche del comportamento

Le attuali condizioni culturali in cui si collocano tutti i comportamenti di dipendenza in Italia nella popolazione portano i professionisti del settore ad un ripensamento della concezione “tradizionale” dell'uso di alcuni termini, come ad esempio giocatore o tossicomane. Ad oggi, soprattutto i giovani, attuano un nuovo stile di consumo sia delle sostanze psicoattive, sia dei giochi d'azzardo o di altri comportamenti rischiosi, che ha portato a delineare una figura “atipica” di soggetto dipendente: la

percezione del rischio connessa ai comportamenti devianti è minore, si rifugge la stigmatizzazione, si normalizza l'utilizzo della sostanza o del gioco ("lo fanno tutti", "lo hanno fatto o lo fanno anche i grandi"), e lo si rende compatibile con uno stile di vita "integrato" ("ma io studio, lavoro...", "ho successo").

I dati disponibili permettono di sintetizzare le caratteristiche del comportamento deviante in questo modo³:

- *precocizzazione del consumo, del poli-consumo di sostanze* (legali e illegali), del gioco, del binge drinking, e progressiva diffusione in contesti di "quotidianità", soprattutto nelle fasce più giovani della popolazione;
- *forte prossimità* dei giovani con la disponibilità di droghe, di giochi d'azzardo online e nei tabaccai (schedina);
- *tendenza alla "normalizzazione"* del comportamento nel contesto sociale;
- *scarsa percezione del rischio*;
- *scarsa percezione dell'illecito*.

A questo si aggiungono le motivazioni che portano i soggetti ad attuare comportamenti di dipendenza, siano essi abuso di sostanze o dipendenze comportamentali. Più giovane è l'età, più il comportamento viene influenzato: dalla pressione del gruppo dei pari; dal desiderio di trovare un proprio posto nel mondo; dal desiderio di alterare le proprie percezioni; dal *sensation seeking*; dal bisogno di identità e di appartenenza. Inoltre ci sono anche tutte le motivazioni che sono state sopra descritte come determinanti del comportamento, come ad esempio una storia familiare di dipendenza da uso di sostanze o gioco, mancanza di sostegno familiare, compresenza di malattie mentali e così via.

Tutti questi elementi risultano fondamentali per comprendere ancor di più l'importanza di agire in ambito preventivo con diversi target, su differenti contesti e con diverse strategie.

Strategie, politiche e interventi per una prevenzione efficace

L'uso di sostanze e gli altri comportamenti a rischio, come descritto nel capitolo precedente, sono generalmente il risultato di interazioni tra fattori ambientali e caratteristiche individuali, pertanto un'azione preventiva efficace deve indirizzarsi a questa molteplicità di fattori e dispiegarsi su più livelli di intervento, attraverso un approccio "life course" che tenga conto delle specificità della fase del ciclo di vita delle persone a cui si rivolge e per *setting* che si articolano nei diversi contesti di vita che le persone attraversano.

La finalità specifica della prevenzione nell'ambito delle dipendenze è evitare che le persone comincino a utilizzare sostanze e aiutare chi già le ha utilizzate a evitare lo sviluppo di problemi correlati. Questa finalità si iscrive in una prospettiva più ampia che mira a promuovere la salute e la sicurezza delle persone perché possano vivere una vita soddisfacente e sviluppare il loro potenziale.

³ Celata, C., et al. (a cura di), 2020. Life Skills Training Lombardia. Manuale dell'insegnante. Scuola Secondaria Livello 1.

La sfida per chi si occupa di prevenzione è la progettazione e la diffusione di interventi efficaci per perseguire queste finalità tenendo conto della complessità dei fattori in campo. È necessario comprendere quali tipologie di intervento preventivo sono efficaci e a quali condizioni, distinguendo dagli interventi tradizionalmente diffusi ma per cui non esistono prove di efficacia.

Programmi e politiche internazionali e nazionali per la prevenzione

L'offerta di programmi preventivi di qualità è finalizzata a mettere a disposizione strumenti in grado di raggiungere gli obiettivi promessi e ad evitare eventuali effetti iatrogeni (EMCDDA, 2011; Werch, Owen, 2002). Il ricorso all'*evidence based* mira a:

- produrre un miglioramento della qualità del sistema di intervento, limitando i trattamenti inefficaci o dannosi
- eliminare il rischio di autoreferenzialità
- sistematizzare l'esperienza e le informazioni scientifiche per standardizzare e rendere riproducibili le migliori evidenze nella pratica.

Tra gli strumenti sviluppati in collaborazione con l'Osservatorio Europeo sulle droghe e sulle tossicodipendenze (EMCDDA) si annoverano:

- gli European Drug Prevention Quality Standards (EDPQS) che rappresentano un insieme di regole o criteri che descrivono le modalità più appropriate per realizzare un intervento preventivo di alta qualità. Si riferiscono ad aspetti strutturali (formali) e procedurali. Esiste un manuale completo (2011)⁴, una Quick guide (2013)⁵ e una serie di tool-kit⁶ rivolti a diversi target (policy maker, studenti universitari, operatori della prevenzione ecc)
- lo "European Prevention Curriculum"⁷ (EMCDDA - 2019) che ha l'obiettivo di mettere in evidenza i principi teorici e metodologici di una prevenzione di qualità, ordinati per setting e per approccio life course. La lettura di questo documento, rivolto ai professionisti della prevenzione, aiuta a migliorare la conoscenza della *EB Prevention* e a facilitare la selezione di interventi efficaci e la loro implementazione.
- L'International Standards on Drug Use Prevention. Second updated edition⁸, rilasciata dall'UNODC nel 2016 e disponibile anche in italiano, raccoglie tutte le più aggiornate evidenze di efficacia nel campo della prevenzione delle dipendenze.

Il riferimento a questi strumenti come supporto nello sviluppo di programmi e politiche efficaci è presente anche nel Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025.

⁴ http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_145539_EN_TD3111250ENC.pdf

⁵ [TD0113424ENN_451473.pdf \(europa.eu\)](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_451473_EN_TD0113424ENN_451473.pdf)

⁶ [European drug prevention quality standards: a quick guide | www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu/european-drug-prevention-quality-standards-a-quick-guide)

⁷ https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/european-prevention-curriculum_en

⁸ https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_WHO_2018_standards_internazionali_prevenzione.pdf

Politiche nazionali e regionali a favore dei programmi preventivi

Nel contesto italiano i documenti principali di indirizzo che orientano le azioni di prevenzione nell'area delle dipendenze sono:

- Il Piano di Azione Nazionale Dipendenze (PAND, il più recente del 2022)
- Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, da cui discende il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 che orienta le attività a livello locale. Tra gli elementi innovativi di questo ultimo PNP c'è lo sforzo di orientare tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di "promozione della salute".

Il nuovo Piano si articola in 6 macro-obiettivi, uno dei quali è "Dipendenze e problemi correlati". È la seconda volta che il PNP inserisce questa tematica tra i suoi obiettivi. Per perseguire i macro-obiettivi tutte le Regioni devono programmare e implementare 10 Programmi Predefiniti (PP) per i quali sono già stati fissati obiettivi e relativi indicatori. Alle Regioni spetta il compito di definire la strategia per raggiungere questi obiettivi attraverso azioni basate su evidenze di efficacia, processi in grado di favorire l'intersectorialità e con il coinvolgimento delle risorse locali. Tra questi PP, il quarto è dedicato al tema della prevenzione delle diverse forme di dipendenza da sostanze e comportamenti.

Ogni PP ha 4 obiettivi trasversali (Intersectorialità, Formazione, Comunicazione, Equità). In estrema sintesi, gli obiettivi specifici del programma Dipendenze sono:

- Attivare un sistema di monitoraggio del fenomeno
 - Diffondere modelli di intervento intersectoriali e interdisciplinari, centrati su metodologie *evidence based* (quali life skills education e peer education)
 - Progettare e attivare programmi di prevenzione universale e/o selettiva rivolti agli adolescenti e giovani, rispetto al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali e a fenomeni quali l'*internet addiction*, in diversi contesti
 - Progettare e attivare programmi di prevenzione indicata, anche finalizzati all' intervento precoce
 - Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno
 - Attuare programmi di sensibilizzazione in materia di prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive a gruppi di popolazione vulnerabili
- Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025 della Lombardia, nell'area delle dipendenze è fortemente integrato con gli altri PP del Piano, per esempio attraverso strette connessioni con la Rete delle Scuole che promuovono Salute (PP1), la rete dei Luoghi di lavoro che promuovono salute (PP3) o la prevenzione degli incidenti stradali con un'attenzione particolare al tema alcol e Guida (PP5).
In Lombardia è prioritaria l'intersectorialità, la collaborazione e il coordinamento con altri Enti come la Prefettura, la Scuola e i Comuni attraverso i Piani di zona. Si mira a favorire programmi multilivello, realizzati in diversi contesti e secondo un approccio life-course in grado di intercettare tutte le fasce d'età, con un'attenzione particolare alle evidenze di efficacia e alla sostenibilità degli interventi. Il tema dell'equità è volto a lenire la fragilità della popolazione carceraria.

Fondamenti dell'azione preventiva efficace

Chi lavora nella prevenzione spesso realizza interventi di per sé non classificabili rigidamente, agendo in più ambiti, trattando più sostanze, rivolgendosi a più target e impattando su più livelli di intervento (Leone, Celata, 2006).

Per migliorare i risultati misurabili dell'azione preventiva è necessario, però, che si diffonda una "pratica basata sulle evidenze" (Evidence Based Practice Institute, 2012), che fondi le sue scelte sulla ricerca e non sull'osservazione di una singola situazione o in reazione all'urgenza attuale. Questo significa che la programmazione efficace di interventi preventivi è un processo di presa di decisione sistematico orientato dalle evidenze scientifiche che sono associate a risultati positivi e si basa su dati raccolti attraverso la ricerca sperimentale.

Di seguito sono elencati alcuni principi individuati dalla US Society of Prevention research e dall'EMCDDA per un'azione preventiva efficace:

- Attenzione allo stadio di sviluppo dei destinatari, comprensione dei fattori che influenzano il comportamento nelle diverse fasce d'età e del loro legame con i comportamenti a rischio
- Attenzione all'epidemiologia nella fascia d'età della popolazione target, ad esempio, i momenti di transizione da una fase di vita ad un'altra nella crescita sono momenti a maggior rischio
- Attenzione ai fattori ambientali che impattano su credenze, atteggiamenti e comportamenti, le influenze dei contesti di vita che si attraversano interagiscono con le caratteristiche individuali
- Comprensione dei processi di cambiamento e della motivazione delle persone per progettare azioni che abbiano efficacia
- Necessità di un'azione multidisciplinare considerata la complessità di fattori cui la prevenzione fa fronte

Un passo importante nella costruzione di un intervento basato sull'evidenza è selezionare un quadro teorico per l'intervento. Tale quadro fornisce una comprensione dei determinanti ambientali e/o comportamentali relativi a uno specifico problema di salute; chiarisce i potenziali meccanismi per produrre il risultato desiderato di interesse e aiuta a selezionare la strategia o l'approccio di intervento che raggiungerà questi risultati (Bartholomew e Mullen, 2011).

Nel campo della prevenzione esistono teorie sull'eziologia (le cause dell'uso di sostanze), sullo sviluppo umano e sui comportamenti umani. Le teorie del comportamento umano applicate negli interventi di prevenzione includono quelle che si concentrano su come gli esseri umani apprendono e quelle che si concentrano su come gli esseri umani possono cambiare i loro comportamenti, in particolare i comportamenti che hanno esiti rischiosi per la salute e la società, come l'uso di sostanze.

La psicologia fornisce gli strumenti per leggere il comportamento di un individuo o di un gruppo, per comprendere le causalità e per agire sui fattori che possono influenzarlo e modificarlo. Questo può avvenire sia nella relazione di cura sia secondo un approccio salutogenico. Alcuni ambiti della psicologia offrono modelli particolarmente utili per aumentare la probabilità di assumere comportamenti sani. Alcuni esempi:

- La psicologia della salute,

- La psicologia di Comunità: la persona al centro del contesto, il modello ecologico di Bronfenbrenner, la ricerca-azione, l'empowerment e la partecipazione
- La teoria dell'apprendimento sociale di Bandura, il concetto di autoefficacia e l'utilizzo del modeling come strumento nel processo di apprendimento
- I modelli sociocognitivi come il modello delle credenze della salute, la teoria della motivazione a proteggersi (Rogers, 1983), la teoria del comportamento pianificato (Fishbein e Ajzen, 1975)
- Il modello transteoretico di Prochaska e Di Clemente (1982)
- Gli stili di coping
- La teoria delle rappresentazioni sociali

Nella tabella che segue sono elencate e brevemente descritte alcune delle teorie principali che sottendono l'azione preventiva:

TABLE 2
Overview of some important prevention theories

| Theory | Contents |
|--|--|
| General theories | |
| Bandura's Social Learning Theory (1977) | Humans learn behaviour by observing others and imitating and modelling these behaviours |
| Jessor and Jessor's Problem Behavior Theory (1977) | Multiple risky behaviours have the same or common root or base and these are influenced by the interaction of the individual with their environment |
| Bronfenbrenner's Ecology of Human Development (1979) | Systems or contexts outside the individual and how they influence individual behaviour |
| Ajzen's Theory of Planned Behavior (1991) | There is a link between attitudes and behaviour and three sets of perceptions/attitudes guide behaviour: <ul style="list-style-type: none"> ■ beliefs about the outcomes or consequences of the behaviour ■ beliefs about others' normative expectations (or social acceptability) of the behaviour ■ beliefs about the barriers to and enhancers of the performance of the behaviour |
| Prevention-specific theories | |
| Flay and Petraitis' Theory of Triadic Influence (2003) | Three influences contribute to risky behaviour: <ul style="list-style-type: none"> ■ cultural factors (e.g. the perceived tolerance for adolescent alcohol use) ■ social or interpersonal factors (e.g. having parents who use substances) ■ intrapersonal factors (e.g. poor impulse control) |
| Hawkins and colleagues' Risk and Protective Factors (1992) | Risks of substance use are divided into societal and cultural factors that provide the legal and normative expectations of behaviour and intra- and inter-personal factors (families, school classrooms and peers) |
| Catalano and colleagues' Positive Youth Development (1999) | It is important to enhance and reinforce positive development |
| Werner and Smith's Resilience Theory (1982) | Some individuals have special abilities to adapt to stressful situations and events |
| Biglan and Hinds' Nurturing Environments (2009) | This combines many aspects of these other theories and focuses on risk reduction and the promotion of resilience and other positive attributes |

Da questi principi derivano indicazioni metodologiche e operative per un intervento preventivo efficace che si sostanziano nell'attenzione alla struttura, ai contenuti e alla modalità di realizzazione. La struttura è la modalità in cui l'intervento è organizzato e impostato, ad esempio, quante sessioni di lavoro in classe deve prevedere un programma scolastico e quanto deve durare. Il contenuto ha a che fare con gli obiettivi che ci si pone e quali informazioni, competenze e strategie sono utili per raggiungerli, ad esempio, l'inclusione delle capacità di resistenza alla pressione dei pari accompagna

necessariamente la trasmissione di corrette informazioni in un intervento con gli adolescenti. Le modalità di realizzazione di un intervento definiscono il setting e le condizioni per raggiungere la popolazione target.

Strategie e Interventi evidence based

Le evidenze di efficacia che emergono nell'ambito della prevenzione sono classificate in vari modi (Van der stel, Voodervinwind, 2001) e possono riguardare la sostanza oggetto di attenzione, il modello di intervento, il livello delle azioni previste, il setting di intervento, ecc. In questo documento si è scelto di seguire la classificazione degli interventi di prevenzione utilizzata dagli Standard Internazionali sulla prevenzione dell'uso di droghe (UNODC, 2013), che contengono indicazioni sugli interventi di prevenzione basati sull'evidenza e sulle politiche per la prevenzione l'uso di sostanze o la riduzione dell'uso di sostanze. Gli standard sono stati sviluppati dall'UNODC e dall'OMS, in collaborazione con ricercatori, specialisti e decisori politici di tutto il mondo.

Il gruppo di revisione dell'UNODC ha sistematicamente riesaminato articoli e studi sull'uso di sostanze e ha valutato i risultati riportati classificando l'efficacia emersa come "eccellente" (cinque stelle), "molto buono" (quattro stelle), "buono" (tre stelle), "adeguato" (due stelle) o "limitato" (una stella).

Una volta completate le analisi, gli articoli e gli studi sono stati classificati utilizzando tre dimensioni:

- Fascia d'età: fase neonatale e prima infanzia, media infanzia, adolescenza e tarda adolescenza e età adulta;
- Setting dell'intervento: famiglia, scuola, posto di lavoro o Comunità;
- Popolazione target: prevenzione universale, selettiva o indicata.

Questa suddivisione è utile per la programmazione, la scelta e la realizzazione di azioni efficaci, infatti è importante riconoscere le specificità di ogni fase della vita e utilizzare strategie di intervento adatte ai destinatari. Bisogna considerare i contesti di vita delle persone per focalizzarsi sui setting per loro significativi e agire direttamente sui destinatari o su destinatari intermedi significativi in base al setting prescelto. Infine, per un intervento efficace è necessario porsi obiettivi che siano coerenti con il grado di rischio della popolazione target (universale, selettivo o indicato).

La tabella che segue riassume gli interventi e le politiche che sono risultati positivi nella prevenzione dell'abuso di sostanze per età del gruppo target e contesto, nonché per livello di rischio e indicazione di efficacia.

Table 1. Summary of interventions and policies that have been found to yield positive results in preventing substance abuse

| | Prenatal and infancy | Early childhood | Middle childhood | Early adolescence | Adolescence | Adulthood |
|------------------------------|---|--|--|--|-------------|-----------|
| Family | Selective Prenatal and infancy visitation ★★ | | | | | |
| | Selective Interventions targeting pregnant women with substance abuse disorders ★ | | | | | |
| | | | Universal and selective Parenting skills ★★★★ | | | |
| School | | Selective Early childhood education ★★★★ | | | | |
| | | | Universal Personal and social skills ★★★ | | | |
| | | | Universal Classroom management ★★★ | | | |
| | | | Selective Policies to keep children in school ★★ | | | |
| | | | | Universal and selective Prevention education based on personal and social skills and social influences ★★★ | | |
| | | | | Universal School policies and culture ★★ | | |
| | | | Indicated Addressing individual vulnerabilities ★★ | | | |
| Community | | | | Universal Alcohol and tobacco policies ★★★★★ | | |
| | Universal and selective Community-based multi-component initiatives ★★★ | | | | | |
| Community (continued) | | | | Universal and selective Media campaigns ★ | | |
| | | | | Selective Mentoring ★ | | |
| | | | | Universal Entertainment venues ★★ | | |
| Workplace | | | | Universal, selective and indicated Workplace prevention ★★★ | | |
| Health sector | | | | Indicated Brief intervention ★★★★ | | |

Notes: Strategy with an indication of (★) limited/ (★★) adequate/ (★★★) good/ (★★★★) very good/ (★★★★★) excellent efficacy. See previous page for a description of the information implied by this indication. Universal = strategy appropriate for the population at large; selective = strategy appropriate for groups that are particularly at risk; indicated = strategy appropriate for individuals that are particularly at risk.

I prossimi paragrafi illustrano le caratteristiche principali degli interventi basati sulla famiglia, sulla scuola, sui luoghi di lavoro e nella comunità. Si descrivono, inoltre, le strategie della prevenzione ambientale e della prevenzione nella comunicazione.

INTERVENTI NEL SETTING FAMILIARE

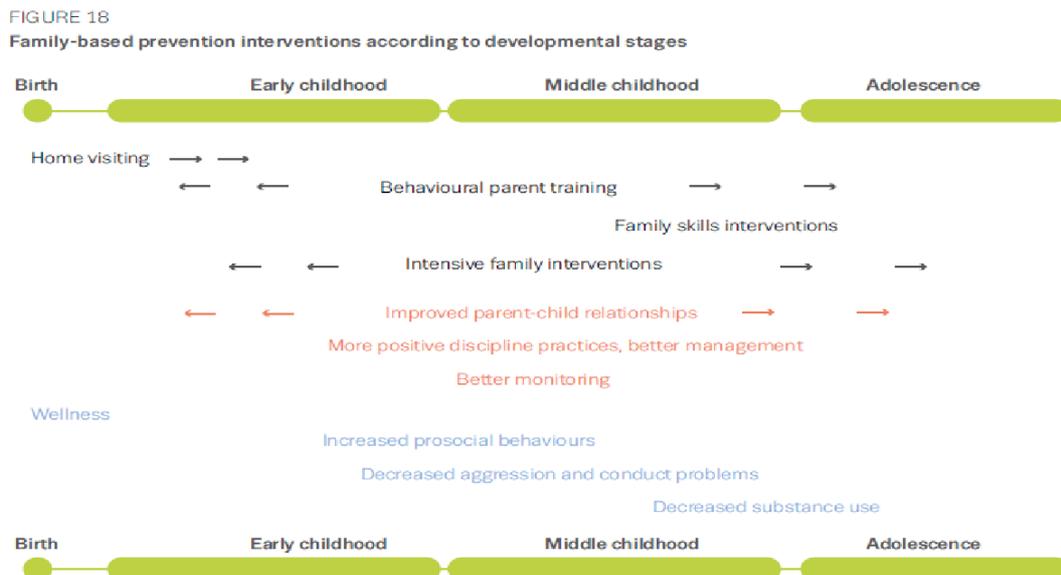
Tipologie di intervento

Gli interventi preventivi basati sulla famiglia possono essere universali, selettivi o indicati e possono interessare diversi membri della famiglia. Si possono classificare in:

- Interventi genitoriali: si focalizzano sul cambiamento delle pratiche genitoriali ad esempio in tema di disciplina e comunicazione efficace.
- Interventi sulle competenze familiari (family skills): lavorano sul rafforzamento delle capacità genitoriali e contemporaneamente sul miglioramento delle abilità personali e sociali dei figli. Il focus si estende sul funzionamento dell'intera famiglia. Spesso sono realizzati insieme ad altri interventi come parte di una strategia più ampia.
- Interventi di terapia familiare: si focalizzano su comportamenti problematici precoci per evitare il peggioramento e l'uso problematico di sostanze.

Gli interventi nel setting familiare devono tenere conto della fascia di età dei figli e della situazione che la famiglia sta vivendo per perseguire obiettivi di cambiamento utili per quella fase della vita.

La figura mostra le strategie efficaci, gli obiettivi di cambiamento e i risultati positivi per gli interventi realizzati dalla nascita all'adolescenza.



Una sfida per gli interventi nel setting familiare, in particolare quelli di prevenzione universale, è trasmettere l'importanza di un intervento precoce quando il tema non rappresenta ancora qualcosa di concreto per la famiglia. Infatti, rafforzare le abilità genitoriali nel breve termine è fondamentale per prevenire l'uso di sostanze nel lungo termine.

Le caratteristiche principali di un intervento efficace sulle capacità genitoriali sono: lavorare sulle interazioni positive tra genitori e figli, insegnare ai genitori a riconoscere e comunicare le emozioni, introdurre forme efficaci di disciplina e creare la possibilità che queste abilità vengano messe in pratica.

Esempi di interventi evidence-based

EFFEKT è un intervento di prevenzione universale per ragazzi tra i 13 e i 16 anni che ha come obiettivo la prevenzione dell'uso di alcol attraverso il cambiamento degli atteggiamenti dei genitori. L'intervento coinvolge la scuola attraverso cui i genitori ricevono informazioni e sono incentivati nel coinvolgimento dei loro figli in attività costruttive per la loro crescita.

Il programma Functional Family Therapy è un intervento di prevenzione indicata per ragazzi a rischio tra gli 11 e i 18 anni. L'intervento viene costruito sulla base dello specifico profilo di fattori di rischio e di protezione di ogni famiglia coinvolta. Il programma lavora sul rafforzamento delle capacità genitoriali e sulla promozione di abilità cognitive emotive e sociali dei giovani.

Triple P – Positive Parenting Program è una strategia di supporto alle famiglie orientata alla prevenzione di problemi comportamentali nei bambini attraverso il miglioramento delle conoscenze, delle competenze e della fiducia dei genitori.

I principi chiave del programma sono: assicurare un ambiente sicuro e coinvolgente che sia uno spazio di apprendimento positivo, usare una disciplina assertiva, avere aspettative realistiche e prendersi cura di sé stessi come genitori.

INTERVENTI NEL SETTING SCOLASTICO

La scuola è un contesto chiave per la promozione della salute e la prevenzione dei comportamenti a rischio dei bambini e degli adolescenti. Dopo la famiglia, la scuola è il contesto in cui passano la maggior parte del loro tempo e sviluppano relazioni significative con i pari e gli insegnanti.

L'importanza dell'ingaggio del contesto scolastico in programmi validati e stabili di prevenzione dell'uso e abuso di sostanze, è confermata fin dal 2005 dai Piani d'azione dell'UE, che individuano l'obiettivo di “Migliorare l'accesso ai programmi di prevenzione nelle scuole e la loro efficacia. Garantire che programmi globali di prevenzione, riguardanti sia le droghe legali sia quelle illecite nonché la poliassunzione di droghe, siano inseriti nei programmi scolastici oppure attuati nella più ampia misura possibile (Unione Europea, 2004)”.

Gli interventi di prevenzione a scuola hanno il grande vantaggio di coinvolgere l'intera popolazione scolastica, permettendo di raggiungere sia il target universale, sia chi presenta un rischio più alto o chi è già in condizioni di vulnerabilità. Tutti possono potenzialmente avere beneficio dagli interventi di prevenzione universale, anche se ogni studente ha un profilo di rischio differente, questo riduce la stigmatizzazione e l'isolamento (Poulin e Dishion 2001).

Tipologie di intervento

L'azione preventiva nel contesto scolastico si dispiega potenzialmente su più livelli.

Si può agire sul livello individuale e sul gruppo classe attraverso programmi educativi che si basano sullo sviluppo delle life skill e sull'influenza sociale. Inoltre, è possibile agire in maniera indicata agendo sulle vulnerabilità individuali degli studenti.

A livello di prevenzione ambientale è importante sviluppare delle policy specifiche che regolino i comportamenti a rischio su cui si vuole intervenire, ad es. redazione e condivisione di policy anti-fumo all'interno dell'Istituto. Questo contribuisce a costruire una cultura condivisa di attenzione al tema nella comunità scolastica.

Particolarmente indicata per l'intervento nel contesto scolastico è una strategia educativo promozionale (Leone, Celata, 2006) che intende sviluppare capacità e risorse individuali, rinforzando i fattori protettivi che permettono ai soggetti di fare scelte di salute e sviluppare maggiore resistenza all'influenza dei pari o dei modelli di ruolo riguardo anche l'uso di sostanze.

Nella strategia educativo promozionale rientrano diversi approcci, in particolare quello basato sulle life skill e sull'influenza sociale. Le life skill sono quelle abilità che permettono ad un individuo di adottare strategie efficaci per affrontare la vita quotidiana (WHO, 1993). Esse agiscono su fattori che influenzano i comportamenti che favoriscono salute e benessere. I programmi di life skill education hanno l'obiettivo di accrescere il ruolo attivo degli individui nella protezione della propria salute. Si tratta nella maggior parte dei casi di interventi strutturati che si rivolgono a gruppi, hanno una durata nel tempo e utilizzano metodologie attive di apprendimento. Questi progetti aumentano la loro efficacia in ambito scolastico se si adotta un approccio globale che prevede oltre alla formazione degli insegnanti e l'attività in classe anche cambiamenti a livello delle politiche e dell'ambiente scolastico, il coinvolgimento dei genitori e l'interazione con la comunità locale.

Indicazioni per interventi efficaci nel setting scolastico

Ad oggi, in Italia e in Europa vengono realizzati numerosi interventi che adottano una strategia educativa-promozionale e che puntano allo sviluppo di abilità di vita trasversali. Tuttavia, molte azioni mostrano carenze in termini di efficacia (Leone e Celata, 2006). Le Linee Guida Regionali sulla "Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale" (2007) e le Linee Guida del NIDA (2003) indicano l'importanza di alcune strategie metodologiche rilevanti: - utilizzare metodologie di intervento di comprovata efficacia; - "impostare strategie di intervento finalizzate a modificare il contesto culturale in cui crescono preadolescenti e adolescenti attraverso interventi di comunità"; - "coinvolgere attivamente nei programmi preventivi oltre ai destinatari diretti, anche quelli strategici (genitori, insegnanti, ecc.) che svolgono un ruolo educativo continuo nel processo di crescita di preadolescenti e adolescenti"; - "privilegiare la realizzazione di programmi preventivi di medio-lungo periodo (almeno triennale) che agiscano in modo mirato su fattori di rischio/fattori protettivi"; - applicare localmente programmi basati sulla ricerca. In linea con queste indicazioni, a livello internazionale sono stati sviluppati programmi di prevenzione delle dipendenze di comprovata efficacia. Poche esperienze sono state però in grado di diffondere ad ampio raggio e di sostenere nel tempo questi programmi.

La tabella che segue mostra in sintesi le indicazioni per interventi efficaci a partire dalla ricerca e valutazione.

| What works | What does not work |
|--|---|
| Delivery and structure | |
| Interactive methods | Didactic methods such as lecturing |
| Highly structured lessons and group work | Unstructured, spontaneous discussions |
| Follows a curriculum | Reliance on teachers' judgement and intuition |
| Delivered by a trained facilitator/teacher | Evidence for peer-led versus adult-led prevention programming is weak |
| Implemented via 10-15 weekly sessions | Any stand-alone, single event activities |
| Multi-component programmes | Evidence for the value of 'booster' sessions in successive years is weak |
| | Posters and pamphlets |
| Content | |
| Decision-making, communication and problem-solving skills | Increasing students' knowledge by providing facts concerning specific substances, which may simply make students more informed consumers |
| Peer relationships and personal and social skills | Ex-drug users providing testimonials can end up glamorising or sensationalising drug use |
| Self-efficacy and assertiveness | Focusing on building self-esteem only |
| Drug resistance skills and strengthening personal commitments against drug abuse | Random drug testing |
| Reinforcement of antidrug attitudes and norms | Scare tactics and frightening stories that exaggerate and misrepresent the dangers of substance use and often contradict students' own experiences and those of their peers |
| Support for study habits and academic achievement | |

Esempi di interventi evidence-based

LifeSkills Training rappresenta nel panorama mondiale uno dei programmi che ha dimostrato maggiori successi dal punto di vista dell'efficacia preventiva di una ampia serie di comportamenti a rischio. Agisce attraverso il rafforzamento di abilità personali, sociali e di resistenza alle pressioni sociali; utilizza metodologie di comprovata efficacia e prevede strumenti costruiti ad hoc per formatori, insegnanti e studenti.

Il programma è strutturato in sessioni di lavoro specifiche per fasce d'età differenti.

Regione Lombardia, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, ha adottato fin dal 2010 LST per la scuola secondaria di I grado quale programma preventivo regionale in campo socio-sanitario, curando e sperimentando l'adattamento al contesto italiano del programma originale di Botvin. Dal 2021 è iniziata la diffusione regionale anche del programma per la scuola primaria. Inoltre, Regione Lombardia e Rete Regionale delle Scuole che Promuovono Salute sono impegnate nel trovare le migliori convergenze tra competenze per l'apprendimento permanente e life skills nella consapevolezza che siano utili reciprocamente per migliorare la salute, il clima scolastico e le competenze degli studenti

Unplugged è un programma scolastico per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e sostanze tra gli adolescenti, basato sul modello dell'Influenza Sociale e dell'Educazione Normativa.

Mira a favorire lo sviluppo ed il consolidamento delle competenze interpersonali, sviluppare e potenziare le abilità intrapersonali, correggere le errate convinzioni dei ragazzi sulla diffusione e l'accettazione dell'uso di sostanze, nonché sugli interessi legati alla loro commercializzazione, migliorare le conoscenze sui rischi dell'uso di tabacco, alcol e sostanze e sviluppare un atteggiamento non favorevole alle sostanze.

Al fine di prevenire la sperimentazione e l'uso, e di favorire la cessazione in chi ha già iniziato. È indicato per i ragazzi del secondo e terzo anno delle scuole secondarie di primo grado e del primo anno delle scuole secondarie di secondo grado.

Good Behaviour Game è una strategia di gestione della classe destinata a migliorare il comportamento degli alunni. Ha la forma di un gioco a squadre con sfide e ricompense che stimola gli studenti a comportarsi in maniera appropriata a scuola e ridurre l'aggressività che è riconosciuta come un fattore di rischio per l'uso di sostanze in adolescenza e da adulti.

Si svolge nei primi anni di scuola elementare e i risultati più significativi sono stati evidenziati nei bambini che mostrano comportamenti a rischio.

INTERVENTI NEI LUOGHI DI LAVORO

Tradizionalmente, il luogo di lavoro è il luogo dove gran parte della popolazione adulta passa una quantità significativa del suo tempo. La qualità del tempo dedicato all'esperienza lavorativa ha dunque un forte impatto sulla salute e il benessere dei lavoratori.

Per quanto riguarda l'uso di sostanze è necessario considerare diversi fattori che rendono il luogo di lavoro favorevole o meno al consumo tra cui le norme sociali percepite e le policy formalizzate riguardo all'uso e la disponibilità percepita di alcol e sostanze.

Stanti le grandi differenze esistenti tra tipologie e luoghi di lavoro, alcuni meccanismi correlati al rischio sono trasversali: la forte pressione delle richieste, la mancanza di controlli e l'insicurezza percepita sul lavoro possono produrre situazioni di stress in cui le sostanze o altri comportamenti additivi (ad es. gioco d'azzardo) possono diventare strategie di gestione condivise e tollerate.

Tipologie di intervento

Più consolidati in letteratura, con risultati efficaci, sono gli interventi realizzati sui luoghi di lavoro per il contrasto del fumo di tabacco, ed in particolare i programmi di gruppo, il counseling individuale, le terapie farmacologiche. Per quanto riguarda la prevenzione dei rischi correlati all'uso e abuso di sostanze psicotrope, la letteratura evidenzia l'importanza dello sviluppo, di pratiche organizzative finalizzate al rafforzamento di atteggiamenti protettivi e preventivi, con particolare riferimento alla riduzione della condizione di tolleranza del comportamento a rischio da parte del contesto (SAMSHA, 2014).

L'interazione tra fattori di rischio posti su più livelli richiama la necessità di un approccio globale che si focalizzi su più target: l'ambiente di lavoro, le interazioni sociali e il supporto tra pari e l'attenzione all'uso individuale di sostanze.

Gli interventi di prevenzione universale possono essere la stesura e la diffusione di policy relative all'uso di sostanze per tutti gli impiegati, la formazione/educazione sul tema, il rafforzamento del supporto sociale. Un livello di prevenzione selettiva può concretizzarsi in programmi specifici per supportare lavoratori che presentano problemi di produttività legati a difficoltà personali o mostrano segnali di rischio rispetto all'uso di sostanze. È importante inoltre identificare e sostenere con interventi di prevenzione indicata il singolo lavoratore che mostra iniziali problemi relativi all'uso di sostanze.

La prevenzione nei luoghi di lavoro risente della riluttanza di molte organizzazioni a lavorare sul tema delle dipendenze anche quando altri temi di salute e sicurezza sono trattati attivamente. Questo è dovuto allo stigma che l'uso di sostanze porta con sé, alla connotazione moralistica che il tema assume e alle questioni legali che comporta.

Una questione rilevante è infine quella dell'equilibrio tra la salute e la sicurezza del lavoratore e le preoccupazioni legate alla privacy e alla discriminazione.

Esempi di interventi evidence-based

Il “Team Awareness Training For Workplace Substance Abuse Prevention” di Joel B. Bennett et al. (2000) affronta il tema della Prevenzione e della promozione del benessere utilizzando un modello sistemico che connette in un disegno organico le azioni mirate in diverse aree: l'ambiente, l'organizzazione, il processo produttivo, le caratteristiche e le abilità dei singoli. Nelle sue azioni privilegia un approccio collaborativo e centrato sul gruppo, come nesso tra processi individuali e organizzativi.

Il programma preventivo è stato validato nel contesto americano dando risultati di provata efficacia ed efficienza rispetto al consumo di sostanze e farmaci, alla salute mentale, al benessere generale, alla riduzione degli infortuni e alla riduzione dello stigma nella ricerca di aiuto in caso di bisogno. È stato realizzato nei contesti operai, in quelli del terzo settore, in aziende di grandi e piccole dimensioni.

INTERVENTI NELLA COMUNITÀ

L'approccio di comunità pone maggiore attenzione alle determinanti ambientali del comportamento a partire dall'ipotesi che sia possibile raggiungere obiettivi di prevenzione migliorando il contesto interpersonale e organizzativo di appartenenza di una persona.

Il consumo di sostanze si sviluppa a partire dalla complessa interazione tra fattori individuali e fattori ambientali e questo suggerisce l'importanza di superare l'approccio educativo individuale e promuovere la partecipazione di tutta la comunità per prevenire e contrastare questo problema (Olson, 2017; Orford, 2013).

Tipologie di intervento

Gli interventi che si inscrivono in questa strategia devono avere come obiettivo la prevenzione piuttosto che il trattamento, devono prestare attenzione ai sistemi piuttosto che all'individuo e usare la partecipazione come strumento di azione e cambiamento (Francescato, 1988; Rudkin, 2003).

Santinello (2022) identifica quattro fasi operative per strutturare un intervento di prevenzione che possa dirsi community based: identificare chiaramente il problema che si vuole prevenire, identificare con precisione la comunità che sarà oggetto dell'intervento preventivo, scegliere la tipologia di

prevenzione in base al target prescelto, specificare a che livello agire avendo cura di avere come bersaglio almeno uno dei livelli meso-eso-macro, cioè sulle proprietà della comunità che incidono sulla salute.

È possibile identificare un continuum che va dagli approcci community placed, in cui la comunità è il setting dell'intervento, agli approcci community driven, in cui attraverso un approccio collaborativo in cui i destinatari partecipano fin dalla definizione dei bisogni.

Di Clemente e colleghi descrivono quattro tipologie di interventi di prevenzione community driven: le coalizioni e partnership per la salute, lo sviluppo delle competenze della comunità, l'uso di natural helpers e il marketing sociale di comunità.

Esempi di interventi evidence-based

Communities That Care è un programma di intervento per la comunità basato sull'evidenza per ridurre i comportamenti problematici dei giovani, tra cui l'uso di sostanze nocive, il basso rendimento scolastico, l'abbandono scolastico, l'assunzione di rischi sessuali e la violenza.

L'approccio CTC applica le conoscenze e le ricerche più aggiornate per promuovere un comportamento sano e l'impegno sociale tra bambini e giovani.

Il processo Communities That Care utilizza un quadro di intervento precoce e prevenzione per guidare le comunità verso la comprensione delle loro esigenze locali, l'identificazione e la definizione delle priorità e l'implementazione di strategie efficaci basate su prove per soddisfare tali esigenze.

PREVENZIONE AMBIENTALE

Gli interventi di prevenzione ambientale mirano a limitare l'esposizione ad opportunità di comportamenti a rischio e a promuovere la disponibilità di opportunità più sane.

Questo obiettivo viene perseguito modificando il contesto ambientale in cui il comportamento potenzialmente dannoso come il consumo di sostanze, alcol o tabacco ha luogo.

A differenza degli approcci che mirano a sviluppare abilità in individui o gruppi, gli interventi ambientali si focalizzano sulle abitudini, con l'obiettivo di rendere la scelta sana l'opzione più semplice senza affidarsi alla scelta deliberata delle singole persone. (Curriculum europeo)

Tipologie di intervento

Gli interventi ambientali possono essere suddivisi in tre categorie principali: normativi, fisici ed economici (EMCDDA, 2018).

Gli approcci normativi riguardano le modifiche alle regole che definiscono quali comportamenti sono consentiti. Questi possono includere leggi che controllano l'accesso alle sostanze, come limiti di età, regolamenti sui farmaci e sulle sostanze illecite, azioni di contrasto alle conseguenze del consumo di sostanze, come le leggi sulla guida in stato di ebbrezza. Gli approcci normativi riguardano anche la produzione e vendita al dettaglio di prodotti potenzialmente dannosi e la regolamentazione della pubblicità di questi prodotti.

Gli approcci fisici mirano a cambiare l'ambiente in cui si fanno scelte e comportamenti. Questo può includere sia il micro-ambiente, come la progettazione di bar e discoteche, sia il macro-ambiente, come l'urbanistica (es. fornitura di trasporto gratuito notturno, rigenerazione delle aree disagate).

Gli approcci economici agiscono attraverso tasse, politiche tariffarie e incentivi per favorire scelte sane. Ad esempio si aumentano le tasse sul tabacco o sugli alcolici e si impongono prezzi più bassi per le bevande non alcoliche nei luoghi del divertimento.

Infine è fondamentale qualificare l'ambiente sociale entro cui le persone vivono perché siano rinforzate le norme sociali e gli atteggiamenti che avversano l'uso di sostanze.

La prevenzione ambientale è una strategia che può trovare applicazione in molti contesti diversi.

La creazione di policy coerenti sull'uso di tabacco, alcol e sostanze nella scuola, nei luoghi di lavoro e a livello comunitario permette di rinforzare l'efficacia di questa misura, creando norme sociali condivise a beneficio di tutta la popolazione, in particolare quella giovanile.

Un'importante ambito di applicazione di un approccio preventivo orientato all'ambiente sono i **luoghi del divertimento e della vita notturna** che possono diventare occasioni di comportamenti ad alto rischio come l'uso pericoloso di alcol e sostanze, la guida in stato di ebbrezza e comportamenti aggressivi. Per una azione locale efficace sono necessarie la conoscenza delle questioni specifiche della vita notturna del territorio e forti partnership tra tutte le agenzie territoriali. Gli interventi devono considerare molteplici componenti, ad esempio la formazione dei gestori e degli staff dei locali alla gestione di clienti intossicati e la condivisione e il rispetto di norme relative alla somministrazione di alcolici a minori o persone con comportamenti a rischio (<http://www.hntinfo.eu/>).

PREVENZIONE E COMUNICAZIONE

Le campagne mediatiche sono spesso percepite come una soluzione immediata in tema di prevenzione, richiedono tempi relativamente brevi e hanno molta visibilità sia presso i destinatari sia presso i committenti. In realtà, usare i media come mezzo per un intervento preventivo efficace richiede tempo, impegno e conoscenze specifiche.

Nonostante non siano molte le prove di efficacia raccolte dalla letteratura, gli Standard Internazionali dell'UNODC forniscono alcune indicazioni sulle caratteristiche delle campagne che hanno ottenuto risultati positivi: l'identificazione precisa del gruppo target a cui rivolgersi, la progettazione di messaggi con basi teoriche e che vengono testati prima del rilascio, il legame e la coerenza con interventi preventivi già esistenti. È importante che le campagne di comunicazione abbiano lo scopo di modificare le norme culturali relative al comportamento a rischio e suggeriscano strategie positive di resistenza alle influenze sociali. La comunicazione che si focalizza solo sulla proibizione o trasmette messaggi altamente coinvolgenti dal punto di vista emotivo, come il ricorso a immagini o messaggi che elicitano paura o disgusto, non ottiene alcun risultato in termini di cambiamento.

Oltre ad uno studio approfondito delle modalità di trasmissione dei messaggi, diviene ora fondamentale anche sviluppare capacità di decodifica critica dei meccanismi e dei messaggi che ci vengono trasmessi, data la quantità di informazioni che ciascuno acquisisce quotidianamente tramite i media. La necessità di una alfabetizzazione all'uso dei media (media literacy) è rilevante per tutte le fasce d'età e nei differenti setting. Per esempio, i giovani spesso conoscono la tecnologia e internet

meglio delle persone più adulte, ma non hanno sviluppato le competenze necessarie per navigare in modo consapevole e riconoscere le rappresentazioni delle sostanze che vengono proposte. Favorire lo scambio e la condivisione di competenze tra le generazioni può essere una strategia di reciproca media literacy.

RIDUZIONE DEL DANNO

La riduzione del danno è un insieme di politiche, programmi, servizi e azioni che mirano a ridurre il danno per gli individui, le comunità e la società, in relazione all'utilizzo di sostanze stupefacenti, incluso il rischio di infezione da HIV (WHO, 2020).

La riduzione del danno comprende interventi, programmi e politiche finalizzati a ridurre i danni alla salute e i danni sociali ed economici associati al consumo di stupefacenti che possono affliggere individui, comunità e società (Rhodes & Hedrich, 2010). Un principio chiave è lo sviluppo di risposte pragmatiche (concrete, immediate) per la riduzione dei danni correlati alla salute nell'ambito di un consumo continuativo di droga (Des Jarlais, 1995; Lenton e Single, 2004). In altre parole si potrebbe parlare di “somma delle azioni volte ad evitare/contenere/ridurre le conseguenze derivanti dal consumo [...] e il mantenimento e miglioramento del livello di inclusione sociale e di soddisfazione dei bisogni di base delle persone che consumano sostanze” (Ministero solidarietà sociale, 2008). Ridurre al minimo il rischio di danni collegati alla droga è una questione chiave della salute pubblica, sia per tutelare la salute di questa parte vulnerabile della popolazione sia nel proteggere la comunità più ampia (NHS, 2008). Sia il concetto di riduzione dei rischi sia quello di riduzione dei danni descrivono un atteggiamento pragmatico di gestione dei problemi del consumo di droghe, piuttosto che un modello teorico di riferimento (Ministero della Sanità, 2000).

L'approccio di riduzione del danno non esclude né presume un obiettivo di trattamento o di astinenza, questo significa che interventi orientati all'astinenza (e/o al trattamento) possono essere compresi all'interno della gerarchia degli obiettivi di riduzione del danno (Rhodes & Hedrich, 2010).

La riduzione del danno non deve essere considerata un tipo di servizio, o un intervento a un singolo livello, dovrebbe invece essere oggetto di un approccio di sistema complessivo, volto a ridurre o eliminare i danni (comportamenti, malattie o decessi) associati all'uso di droghe (NHS, 2008).

La riduzione del danno include una serie di interventi che si possono organizzare lungo un continuum che va dalla comunicazione con chi utilizza sostanze con i cosiddetti programmi IEC (Informazione Educazione, Comunicazione) fino alla prescrizione di trattamenti farmacologici alternativi. Un'azione chiave della riduzione dei rischi e dei danni connesso all'uso ricreazionale di sostanze è lo sviluppo di interventi in contesti aggregativi (non solo giovanili) caratterizzati per la presenza di specifici fattori di rischio in relazione all'abuso di sostanze legali e illegali (Fletcher et al. 2009). È cruciale lavorare con programmi di contatto precoce (outreach) sul territorio basato sulla conoscenza dei luoghi strategici per il consumo.

Conclusioni: il ruolo dello psicologo nei contesti preventivi

La prevenzione e la promozione della salute richiedono l'intreccio di diverse professionalità, da quelle accademiche a quelle laiche da quelle sanitarie a quelle più squisitamente psico-sociali fino ad altri stakeholder come, ad esempio, gli attori istituzionali (Bosio, Graffigna, Barello, 2021). Tutti i

professionisti coinvolti sono chiamati ad allargare il proprio quadro d'azione per aprirsi a percorsi transdisciplinari volti alla promozione del benessere del singolo e della collettività (ibidem; Capriulo, De Piccoli, Converso, 2021).

La presenza di molteplici professionisti implicati in questo ambito, sollecita la necessità di individuare quali competenze debba avere chi si occupa di prevenzione e promozione della salute. Uno degli studi più conosciuti per la determinazione di queste competenze è quello sviluppato e pubblicato dallo IUHPE⁹ secondo cui chi lavora nella promozione della salute deve conoscere:

- i concetti, i principi e i valori etici della promozione della salute
- i concetti di equità nella salute, giustizia sociale e salute come diritto umano,
- le determinanti di salute, l'impatto e le implicazioni per l'azione di promozione della salute.
- l'impatto della diversità sociale e culturale sulla salute e le diseguaglianze di salute
- i modelli e gli approcci di promozione della salute che sostengono l'empowerment, la partecipazione, il partenariato e l'equità come base per l'azione di promozione della salute.
- le attuali teorie ed evidenze di leadership, advocacy e partenariato
- i modelli e gli approcci per la gestione efficace di progetti e programmi
- l'evidenze e i metodi di ricerca
- i processi di comunicazione
- i sistemi, le politiche e la legislazione che hanno un impatto sulla salute.

In particolare, nello standard 1 "Facilitare il Cambiamento", si afferma che chi lavora in questo ambito dovrebbe essere in grado di:

- saper selezionare approcci appropriati per la gestione del cambiamento
- mostrare in che modo gli approcci utilizzati supportano l'empowerment, la partecipazione, la partnership e l'equità
- utilizzare approcci di sviluppo di comunità
- Utilizzare tecniche appropriate di modifica del comportamento per individui e gruppi, al fine di facilitare lo sviluppo di abilità personali per mantenere o migliorare la salute e sviluppare negli altri la capacità di supportare il cambiamento di comportamento.

E proprio la capacità di modificare il comportamento e di analizzare contesti complessi è stata riconosciuta come una delle competenze specifiche dello psicologo, all'interno di un recente studio (Capriulo, Converso, De Piccoli, 2021) sul ruolo dello psicologo in ambito preventivo. Lo studio è stato condotto tramite interviste ai professionisti del settore. Altre capacità individuate sono quelle di lettura, ascolto e attivazione delle risorse di individui, gruppi e contesti.

La psicologia ha infatti gli strumenti per leggere il comportamento di un individuo o di un gruppo, per capirne i meccanismi di funzionamento, per comprendere le causalità e per agire sui fattori che possono influenzarlo e modificarlo. Non a caso, gran parte delle teorie e dei modelli teorici di riferimento in ambito preventivo e di promozione della salute sono prettamente psicologici. In

⁹ [Microsoft Word - CompHP Handbooks 3in1 FINAL_ita rev contu-pocetta DEF_V3.doc \(iuhpe.org\)](#)

particolare alcune branche della psicologia offrono modelli e strumenti particolarmente utili nella prevenzione, per aumentare la probabilità di modificare il comportamento in una direzione più sana.

La psicologia di comunità, la psicologia della salute, la psicologia sociale e la psicologia positiva sono i principali ambiti a cui la prevenzione attinge. L'elemento comune è il focus sulla comprensione del comportamento, sui fattori che lo possono influenzare, al netto di eventuali forme di patologie. L'ottica è quella di ridurre i fattori di rischio e potenziare quelli protettivi che possono essere individuati a livello del singolo, del gruppo o del contesto allargato, e di farlo prima che si produca un eventuale problema. Questa chiave di lettura suggerisce, quindi, su quali dimensioni agire e come farlo.

Ad Esempio, Arcidiacono, De Piccoli, Mannarini e Marta (2021) hanno proposto un elenco di competenze specifiche dello psicologo di comunità, con l'esplicito intento di "definire il *Know how* professionale" al fine di migliorare la metodologia di intervento e, non di meno, di dare il giusto riconoscimento a questo approccio. Alcune di queste sono la capacità di:

- applicare prospettive ecologiche -sistemiche
- favorire lo sviluppo di empowerment collettivo
- integrare e connettere diverse culture
- analizzare gli effetti delle disuguaglianze sociali
- facilitare la crescita di un'organizzazione
- aiutare una comunità a intraprendere azioni per diventare una comunità sana.

Come nell'ambito della clinica, di fronte allo stimolo di un utente, non si improvvisa e si risponde tenendo conto delle sue caratteristiche e sulla base dei modelli teorici di riferimento che ogni terapeuta ha alle spalle, anche nella prevenzione la scelta di attivare una tipologia di intervento o un'altra è dettata dalle caratteristiche del contesto e dalla letteratura scientifica di riferimento che è in grado di spiegare su quali dimensioni agire per ottenere il risultato auspicato. È stata quindi abbandonata da tempo la fase della prevenzione basata sul solo buon senso a vantaggio di una prevenzione fondata sul modello teorico e, successivamente, sui dati in grado di provarne l'efficacia (Hansen, 1997) di cui ormai la letteratura è ricca.

Prevenzione efficace: non solo contenuto ma anche processo

Come ripetuto più volte nei primi due capitoli, sono efficaci i programmi che si basano su modelli che spiegano i cambiamenti dei comportamenti. Sappiamo anche essere poco efficaci, se non addirittura iatrogeni, i programmi basati solo sull'informazione (Werch, 2002).

Oltre ai contenuti, già ampiamente discussi, è importante anche il processo con cui sono scelti e realizzati gli interventi. In estrema sintesi, paiono ottenere risultati migliori i programmi preventivi che possiedono le seguenti caratteristiche:

- *contenuti del programma*: sono più efficaci quelli che trasmettono abilità spendibili cioè comportamentali piuttosto che interventi di natura informativa;
- *modalità di conduzione degli interventi*: i più efficaci si basano su metodologie interattive e che sviluppano relazioni positive di natura supportiva con gli adulti di riferimento o i peer-leader;
- *coerenza nell'attuazione del programma*: l'intervento deve essere coerente al modello di riferimento e all'implementazione;
- *consistenza del programma*: le attività devono svilupparsi in un arco di tempo sufficientemente lungo;

Gli ultimi due punti, per esempio, sottolineano l'importanza della coerenza tra le parti del programma. Un modello teorico efficace in letteratura ma applicato in modo scorretto, non darà i risultati auspicati. Tra la correttezza di applicazione c'è sicuramente anche la questione delle tempistiche. Cambiamenti significativi e duraturi si possono ottenere solo attraverso interventi che impiegano un arco di tempo sufficientemente lungo. Sono quindi da evitare gli interventi spot che intercettano i destinatari come una meteora e non permettono il consolidamento delle abilità o dei cambiamenti previsti. Mettendo quindi insieme l'inefficacia di interventi troppo brevi e di quelli informativi, appare chiara l'inutilità di proporre conferenze sui temi alcol e droga per prevenirne il consumo.

La questione della tempistica solleva la questione della sostenibilità. In una regione di 10.000.000 di abitanti è fondamentale trovare delle strategie che moltiplichino l'azione dei professionisti. Lavorare sulle risorse stabili di un contesto, in grado di riverberare i messaggi è una soluzione praticabile. Nella scuola, per esempio, ormai da anni è stato abbandonato l'intervento diretto in classe. Si preferisce lavorare con i docenti che hanno contatto costante con gli studenti e sono nella condizione di portare avanti l'intervento sia nel corso dell'intero ciclo scolastico sia nei successivi anni, con nuovi studenti, contribuendo non solo a potenziare le abilità del singolo ma anche a modificare l'intero contesto.

La prima decade degli anni 2000 ha visto Regione Lombardia impegnata in un lungo percorso per aumentare la qualità e l'efficacia dell'offerta preventiva nell'area delle dipendenze. Hanno collaborato a questo lavoro sia gli operatori del Servizio pubblico sia quelli del Terzo settore. Ne sono discese delle linee guida regionali¹⁰ tutt'ora valide, che riprendono i principi della letteratura internazionale e la contestualizzano a livello locale. Le 12 linee di azione principali sono:

1. Intervenire precocemente, ridurre i fattori di rischio e accrescere quelli protettivi
2. Prevenire tutte le forme di abuso
3. Calibrare gli interventi sui bisogni della comunità
4. Mirare l'intervento alle caratteristiche dei destinatari
5. Coinvolgere e sostenere le famiglie
6. Migliorare la prevenzione nei diversi ordini di scuola
7. Accompagnare i momenti di transizione
8. Potenziare la sinergia tra i progetti
9. Rendere coerenti messaggi e programmi
10. Applicare localmente programmi basati sulla ricerca
11. Favorire programmi a lungo termine e coinvolgere attivamente i destinatari
12. Valutare i programmi preventivi e i piani territoriali di intervento

Da qui ne derivano diverse indicazioni tecnico/metodologiche volte a promuovere interventi preventivi efficaci:

- Privilegiare programmi a medio-lungo termine
- Rilevare e analizzare i bisogni come funzione programmatoria
- Aggiornamento continuo sui dati in merito al fenomeno, sia regionali, sia locali
- Impostare strategie finalizzate a modificare il contesto culturale
- Coinvolgere attivamente sia i destinatari diretti (es. gli studenti di una scuola) sia quelli indiretti (es. insegnanti, genitori, allenatori, parroci)
- Favorire programmi con azioni integrate realizzate su diversi contesti
- Utilizzare strategie *evidence based*

¹⁰ [Allegato A alla DGR 6219 del 19.12.2007 - Linee Guida Regionali di Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale \(regione.lombardia.it\)](#)
[dgr-10158-2009-linee-guida-general.pdf \(regione.lombardia.it\)](#)

- Valutare l'intervento
- Favorire la circolazione delle informazioni raccolte e dei risultati ottenuti
- Favorire l'interazione tra i diversi settori di intervento (lavoro di rete)
- Favorire il riferimento a linee di indirizzo nazionali, regionali e locali (Piani di Zona)

Centrale per la prevenzione e la promozione della salute è avere una prospettiva che abbracci il contesto, dal micro al macro-livello e la partecipazione attiva dei destinatari. Avere cura del contesto, individuando difficoltà e risorse, attivando processi virtuosi in cui siano gli attori del contesto stesso a favorire il cambiamento. Questo richiede tempo e una visione ampia delle difficoltà in esso presenti. Gli interventi singoli, slegati da un lavoro sinergico più complesso, risultano meno efficaci. Lavorare in modo sinergico, anche sulle competenze individuali, diviene efficace allora se vi è alla base una visione sistemica della tematica in oggetto.

Competenze trasversali

L'operatività della pratica preventiva richiede la messa in campo di abilità specifiche del settore e di competenze trasversali della psicologia, comuni sia alla pratica clinica sia a quella preventiva. Alcuni esempi concreti possono essere utili a comprendere meglio. Per quanto la prevenzione sia prevalentemente legata ad un piano di programmazione (intervenendo prima che un problema si presenti avendo quindi il tempo di pianificare la soluzione migliore), capita la necessità di gestire richieste di intervento estemporanee, legate a situazioni di problematicità come, per esempio, la presenza di sostanze stupefacenti a scuola o di gruppi di giovani abusatori sul territorio. In questi casi, la richiesta di intervento contiene anche ipotesi operative, solitamente realizzare un intervento informativo o di sensibilizzazione (che sappiamo essere poco efficaci). È evidente, quindi, che tale domanda deve essere decodificata attraverso un processo (partecipato e condiviso con il richiedente) di analisi della domanda stessa e di lettura del contesto, sulla base dei dati esistenti, per l'individuazione di bisogni sottostanti e la messa a punto di un piano di intervento, coerente con le evidenze di efficacia e in grado di rispondere al bisogno reale. È quello che Santinello e Vieno (2013) definiscono come la capacità di un progetto di adattarsi ai bisogni del contesto e della committenza e lo richiede (e spesso lo finanzia).

Un'altra situazione tipica è la gestione e la conduzione di gruppi di lavoro, particolarmente frequenti nel processo di realizzazione di programmi preventivi che mettono insieme numerosi attori del territorio. La conoscenza delle dinamiche di gruppo e la capacità di riconoscerle e gestirle, oltre che le capacità di conduzione dei gruppi stessi, diventano degli strumenti utilissimi. Quando, come accade per i tavoli di rete, i gruppi sono costituiti da soggetti appartenenti a realtà differenti, diventa indispensabile anche la capacità di leggere, comprendere e dare spazio ai bisogni che i singoli soggetti e le singole organizzazioni di appartenenza portano al tavolo. Solo se questi bisogni riescono a trovare riconoscimento e soddisfazione (almeno parziale), il tavolo ha buone possibilità di raggiungere gli obiettivi che si prefigge.

Infine, un'esigenza spesso presente nelle equipe e fortemente sentita dagli operatori è il bisogno di accompagnamento e supporto. Questo può riguardare, solo per fare qualche esempio, chi si occupa di riduzione dei rischi nei contesti del divertimento notturno, i docenti attivi sulla *life skills education*, gli agenti sociali del sindacato o i volontari dei centri di ascolto che si trovano a intercettare situazioni di problematicità, i direttori di banca che devono gestire clienti con DGA. Questi bisogni possono trovare risposta in momenti e/o laboratori di confronto, a volte di vera e propria supervisione, sulle situazioni incontrate e sulle modalità di gestione di tali situazioni. È facile intuire come, in ognuno di questi differenti scenari, siano richieste, oltre alle competenze professionali già descritte: buone capacità relazionali e di comunicazione empatica, capacità di mediazione e di gestione dei conflitti, capacità di lettura e gestione delle dinamiche di gruppo.

Bibliografia

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Amerio, P. (2000). *Psicologia di comunità*. Bologna, Il Mulino.
- Arcidiacono, C., De Piccoli, N., Mannarini, T., Marta, E. (2021). *Psicologia di Comunità. Volume II. Metodologia, ricerca e intervento*.
- Bandura, A., 1977. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bennett, J. B., Lehman, W. E. K., & Reynolds, G. S. (2000). Team awareness for workplace substance abuse prevention: The empirical and conceptual development of a training program. *Prevention Science*, 1(3), 157-172.
- Bonino, S., Cattelino, E., 2008. *La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi sul rischio e la salute*. Erikson.
- Bosio, A. C., Barello, S., & Graffigna, G. (2021). Uno scenario transdisciplinare per la salute: nuovo paradigma per la psicologia e gli psicologi?. *Psicologia della Salute*, 2, 17-33.
- Bosio, A.C., Graffigna, G., Barello, S. (2021). *Psicologia della salute. In dialogo con gli interventi sull'articolo: “uno scenario trans disciplinare sulla salute: nuovo paradigma per la psicologia e per gli psicologi?”*, 3:52-56
- Braibanti, P. (a cura di), 2015. *Ripensare la salute. Per un riposizionamento critico della psicologia della salute*. Franco Angeli.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Trad. It. *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, 1986.
- Burkhart, G., & De Santa Apolónia, R. D. C. (2004). *Report on selective prevention in the European Union and Norway*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- Capriulo, A. P., Converso, D. De Piccoli, N., (2021). *Promozione della salute qual è (o potrebbe essere) il ruolo della Psicologia. Tesi di specializzazione. Università degli studi di Torino. Scuola di specializzazione in Psicologia della Salute. A.A. 2020/2021*
- Celata, C. et al. (a cura di), 2020. *Life Skills Training Lombardia. Manuale dell'insegnante, Scuola Secondaria Livello 1*. Traduzione e adattamento di Botvin G. J. (2019). *Life Skills Training. Promoting Health and Personal Development. Middle School Program Level 1, Teacher's Manual*. Princeton Health Press. www.lifeskillstraining.com
- Di Clemente C.C., Prochaska J.O. (1982), “Self change and therapy change of smoking behavior: a comparison of process of change in cessation and maintenance”, *Addictive Behaviours*, 7: 133-142. Di Clemente R.J., Hansen W.B., Ponton L.E. (1996), *Handbook of adolescent health risk behavior*, Plenum, New York
- Engel, G. L., 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-36.
- Engel, G. L., 1980. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137 (5), 535-44.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2011. *European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals*.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2013. *European drug prevention quality standards: a quick guide*.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2019. European Prevention Curriculum. A handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use.

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Addison-Wesley

Gelmi G., Lavatelli M., De Cosimo L., 2006. Gli approcci alla prevenzione e i riferimenti teorici, in L. Leone e C. Celata (a cura di), *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*. Il Sole 24 Ore.

[http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs \[1\].pdf](http://www.uniquebackground.com/images/forms/why_you_should_care_fs [1].pdf)

Ministero della Salute, 2020. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria.

Prilleltensky, I., Nelson, G. (2010). *Community Psychology: In Pursuit of Liberation and Well-being* (2nd edition). Palgrave MacMillan.

Samsha. (2014). factsheet - Why you should care about having a drug-free workplace, 10–11. b.

Santinello, M., Dallago, L., Vieno, A. (2009). *Fondamenti di psicologia di comunità*, Bologna, Il Mulino.

Santinello, M., Vieno, A., 2013, *Metodi di intervento in psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna

Schwartz, S. H., 1987. Toward A Universal Psychological Structure of Human Values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (3), 550-562.

Serpelloni, G. (2013). *Gambling: gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione: manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze*.

Sinziana I. Oncioiu, Gregor Burkhart, Amador Calafat, Mariangels Duch, Parvati PermanHowe, David R. Foxcroft, 2018, *TECHNICAL REPORT Environmental substance use prevention interventions in Europe*, EMCDDA, Lisbona

United Nation Office on Drug and Crime (UNODC) World Health Organization (2016). *International Standards on Drug Use Prevention*. Second updated edition.

Valentini, M., Biondi, M. (2016). L'emergere delle dipendenze comportamentali. *Riv Psichiatr*; 51(3): 85-86 Maggio-Giugno 2016, Vol. 51, N. 3

Von Bertalanffy, L., 1968. *General System Theory: Foundations, Development*. New York: George Braziller.

Werch, C. E., & Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of studies on alcohol*, 63(5), 581-590.

World Health Organization, 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*. WHO, Geneva.

Il Gruppo di Lavoro Psicologia delle Dipendenze:

Luca Biffi, Mariaelena Cornago, Giusi Gelmi, Francesca Mercuri, Cinzia Sacchelli, Pietro Cipresso, Sandra Basti, Cristina Foglio, Rita Subioli, Adele Minutillo, Alberto Ghilardi, Herald Cela, Gloria Resconi.