

Health education and innovative teaching strategies

La ricerca sul campo mostra che ci sono due fasi per quanto riguarda il tema della educazione alla salute connessi alla droga e all'abuso di sostanze: la prima fase è legata alla disillusione dopo la caduta del mito della ribellione giovanile, la frammentazione dei ruoli della scuola e la famiglia e la nascita di varie organizzazioni criminali; il secondo è collegato alla crescita in tutte le classi sociali dell'uso e consumo di droghe pesanti. Oggi la situazione è molto diversa dal passato, grazie alle normative che regolano la prevenzione, cura e riabilitazione in casi di tossicodipendenza. Secondo queste leggi, le funzioni di benessere sociale sono attribuite alle autorità locali e ai comuni, che possono anche essere assistiti nei loro obiettivi grazie alla collaborazione con gli operatori del settore, gruppi di volontariato e numerosi professionisti di assistenza sociale. Il Ministero della Pubblica Istruzione promuove e coordina le attività curriculari ed extra-curriculari nelle scuole per gli studenti di tutti i gradi connessi alla formazione e l'informazione sanitaria sui danni causati da alcolismo, il fumo e l'uso di droghe nelle scuole. Il Ministero della Pubblica Istruzione organizza anche programmi di aggiornamento degli insegnanti sulla stessa questione. Gli studenti potranno partecipare a tutte le iniziative extra-curriculari promossi da loro scuola, su base volontaria.

Parole chiave: Educazione, Salute, Prevenzione, Tossicodipendenza, Educatore, Consapevolezza del problema

Research in the field shows that there are two phases as regards the issue of health education connected to drug and substance abuse: the first phase is linked to the disillusionment following the fall of the myth of juvenile rebellion, the fragmentation of the roles of school and family and the birth of various criminal organizations; the second is connected to the growth in all social classes of the use and consumption of hard drugs.

Today the situation is quite different from the past, thanks to a body of laws regulating the prevention, cure and rehabilitation in cases of drug addiction. According to this body of laws, the functions of social welfare are attributed to local authorities and municipalities, that can also be assisted in their aims by collaborating with operators in the field, voluntary groups and numerous social assistance professionals.

The Ministry of Education promotes and coordinates curricular and extra-curricular activities in schools for students of all grades connected to health education and information on the damage caused by alcoholism, smoking and the use of drugs in schools. The Ministry of Education also organizes teacher updating programs on the same issue. The students themselves can participate in all the extra-curricular initiatives promoted by their school, on a voluntary basis.

Keywords: Education, Health, Prevention, Drug addiction, Educator, Problem awareness



studi

I problemi della dipendenza sono talmente composti da rendere necessario un approfondimento di alcune questioni specifiche essenziali per ogni educatore, per un accostamento ad un'idea più attuale della sua professione e più chiara della dimensione della prevenzione.

1. Aspetti normativi



I problemi della dipendenza sono talmente composti da rendere necessario un approfondimento di alcune questioni specifiche essenziali per ogni educatore, per un accostamento ad un'idea più attuale della sua professione e più chiara della dimensione della prevenzione.

Diversi studi sostengono che è necessario individuare per lo meno due fasi diverse nell'evoluzione del problema che qui ci interessa; la prima è legata ai fattori della disillusione successiva alla caduta dei miti della contestazione giovanile; della frantumazione del significato e del ruolo delle agenzie educative, prime fra tutte la scuola e la famiglia; dell'impoverimento del tessuto sociale in seguito alle trasformazioni socio-economiche e alla urbanizzazione; della nascita di organizzazioni malavitose che hanno finito per coinvolgere direttamente i tossicodipendenti nello spaccio dei vari tipi di droga. In sostanza, questa prima fase viene schematicamente collegata ad un rifiuto della società degli adulti, segnale di un disagio personale, individuale e sociale.

La seconda fase appare invece interessata da aspetti forse anche più drammatici: la accresciuta diffusione, a tutti gli strati sociali e a tutte le età, del consumo delle droghe pesanti.

Aggiungerei che siamo all'inizio di una terza fase, in cui sembra, alla luce delle ultime indagini sociologiche, più plausibile proporre, per un desiderio presente anche fra gli stessi tossicodipendenti, il recupero di un più diffuso rapporto interpersonale fino a poco tempo fa interrotto; esso sarà tanto più possibile quanto più riusciremo ad evitare il moralismo, l'approssimazione e la criminalizzazione generalizzata.

Nessuno ha naturalmente soluzioni rapide ed efficaci, ma oggi la situazione è diversa: abbiamo nuove normative, un maggior numero di istituzioni pubbliche e private di assistenza, una maggiore disponibilità alla discussione e al dibattito. Vorrei in particolare riflettere sui contenuti di una disposizione legislativa che ha avuto, a mio avviso, un peso decisivo per tutta la discussione successiva, e cioè la legge 162 del 26 giugno 1990, «Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685 recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura, riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza», integrata dal T.U. approvato con D.P.R. n. 309 del 9 ottobre 1990.

Sembra innanzitutto importantissimo rilevare che, mentre nel testo della legge precedentemente in vigore si faceva riferimento ai Centri Medici e di Assistenza Sociale, ora, al Titolo X, vengono specificate le Attribuzioni Regionali, Provinciali

e Locali, nonché i Servizi per le Tossicodipendenze: si tratta di una correzione estremamente importante, soprattutto se poi valutiamo con attenzione quanto l'art. 114 dello stesso Titolo X indica come Compiti di Assistenza degli Enti Locali:

- «1. Nell'ambito delle funzioni socio-assistenziali di propria competenza i comuni, avvalendosi ove possibile delle associazioni, perseguono mediante loro consorzi, ovvero attraverso appositi centri gestiti in economia o a mezzo di loro associazioni, senza fini di lucro, riconosciute o riconoscibili, i seguenti obiettivi in tema di prevenzione e recupero dei tossicodipendenti:
- a) prevenzione della emarginazione e del disadattamento sociale mediante la progettazione e realizzazione, in forma diretta o indiretta, di interventi programmati;
 - b) rilevazione ed analisi, anche in collaborazione con le autorità scolastiche, delle cause locali di disagio familiare e sociale che favoriscono il disadattamento dei giovani e la dispersione scolastica;
 - c) reinserimento scolastico, lavorativo e sociale del tossicodipendente.

2. Il perseguimento degli obiettivi previsti dal comma 1 può essere affidato dai comuni o dalle loro associazioni alle competenti unità sanitarie locali».

Gli enti ausiliari a cui si fa riferimento in questo articolo sono quelli che (art. 115) «svolgono senza fini di lucro la loro attività con finalità di prevenzione del disagio psico-sociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti ovvero associazioni con finalità di educazione dei giovani, di sviluppo socio-culturale della personalità, di formazione professionale e di orientamento al lavoro».

I responsabili degli enti hanno la facoltà di autorizzare gli altri, nel rispetto di una determinata regolamentazione, alla partecipazione dell'opera di prevenzione, recupero e reinserimento sociale sempre all'interno dei servizi e dei centri citati. Il salto qualitativo è notevole rispetto al passato: da una parte si insiste su una apertura alla collaborazione fra un maggior numero di agenzie formative e di operatori, dall'altra se ne richiede, come vedremo fra poco, una professionalità specifica.

In sostanza, si dice che le Regioni e le Province autonome istituiscono, presso le USL singole o associate, dei servizi pubblici per l'assistenza sociosanitaria ai tossicodipendenti, con funzioni e incarichi di (art. 113):

- «a) analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia;
- b) controlli clinici e di laboratorio necessari per accertare lo stato di tossicodipendenza;
 - c) individuazione del programma farmacologico o delle terapie di disintossicazione e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo alla individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza;
 - d) elaborazione, attuazione e verifica di un programma terapeutico socio-riabilitativo, da svolgersi anche a mezzo di altre strutture individuate dalla Regione;
 - e) progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione;
 - f) predisposizione di elenchi delle strutture pubbliche o private che operano nel settore delle tossicodipendenze e raccordo tra queste, i servizi e, ove costituiti, i consorzi, i centri e le associazioni...;
 - g) rilevazione dei dati statistici relativi a interventi dei servizi».



Viene quindi specificato, all'interno dello stesso art.113, che tutte queste attività devono essere svolte attraverso la più ampia cooperazione: «Detti servizi rivestono carattere interdisciplinare e si avvalgono di personale qualificato per la diagnosi, la cura e la riabilitazione dei tossicodipendenti»: si vogliono indicare dunque medici, psicologi, assistenti sociali e educatori con competenze specifiche.

Ciò significa di conseguenza che spetta al neocostituito Servizio Pubblico Tossicodipendenze, come organismo sovrintendente istituito dalle USL, coordinare e assumere adempimenti anche più specifici e mirati di prevenzione informazione, cura e riabilitazione, per riassumere e per integrare relativamente a quanto ci riguarda (oltre ad effettuare accertamenti diagnostici, come dicevamo):

- a) avviare il programma terapeutico e socio-riabilitativo presso strutture pubbliche o convenzionate o presso il medico di fiducia; formulare tale programma entro il termine di dieci giorni a partire dalla data decisa dal prefetto competente, e realizzato nel rispetto della dignità della persona, delle sue esigenze lavorative, familiari e sociali;
- b) eseguire accertamenti relativi all'andamento del programma e ai risultati conseguiti durante e al termine di esso;
- c) collaborare agli interventi formativi, educativi e di informazione e consulenza nelle scuole.

Certo, va detto, non tutte le USL, ancora oggi, hanno provveduto alla installazione di questi presidi.

A questo punto, una volta considerate le competenze specifiche di Province e Comuni, poi delle USL, degli enti ausiliari, quindi del Servizio Pubblico Tossicodipendenze, possiamo passare alle Disposizioni relative al settore scolastico; all'art. 104 del Titolo IX (Interventi informativi ed educativi), esse prevedono:

- «1. Il Ministero della Pubblica Istruzione promuove e coordina le attività di educazione alla salute e di informazione sui danni derivanti dall'alcolismo, dal tabagismo, dall'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope, non ch  dalle patologie correlate.
2. Le attività di cui al comma 1 si inquadrano nello svolgimento ordinario dell'attività educativa e didattica, attraverso l'approfondimento di specifiche tematiche nell'ambito delle discipline curriculari.
3. Il Ministro della Pubblica Istruzione approva programmi annuali differenziati per tipologie di iniziative e relative metodologie di applicazione, per la promozione di attività da realizzarsi nelle scuole, sulla base delle proposte formulate da un apposito comitato tecnico-scientifico da lui costituito con decreto, composto da venticinque membri, di cui diciotto esperti nel campo della prevenzione, compreso almeno un esperto di mezzi di comunicazione sociale, e rappresentanti delle amministrazioni statali che si occupano di prevenzione, repressione e recupero nelle materie di cui al comma 1 e sette esponenti di associazioni giovanili e dei genitori.
4. Il comitato, che funziona sia unitariamente che attraverso gruppi di lavoro individuati nel decreto istitutivo, deve approfondire, nella formulazione dei programmi, le tematiche:
 - a) della pedagogia preventiva;
 - b) dell'impiego degli strumenti didattici, con particolare riferimento ai libri di testo, ai sussidi audiovisivi, ai mezzi di comunicazione di massa;
 - c) dell'incentivazione di attività culturali, ricreative e sportive, da svolgersi eventualmente anche all'esterno della scuola;



- d) del coordinamento con le iniziative promosse o attuate da altre amministrazioni pubbliche con particolare riguardo alla prevenzione primaria.
5. Alle riunioni del comitato, quando vengono trattati argomenti di loro interesse, possono essere invitati rappresentanti delle Regioni, delle Province autonome e dei Comuni.
 6. In sede di formazione di piani di aggiornamento e di formazione del personale della scuola sarà data priorità alle iniziative in materia di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze».

Come si vede, quanto viene indicato da questo articolo si inserisce perfettamente nell'itinerario percorso in questa stessa analisi; la drammaticità del problema della tossicodipendenza e della diffusione delle sostanze stupefacenti fra i giovani e gli studenti non deve far dimenticare il fatto che abbiamo la necessità di proporre un intervento formativo ed educativo all'insegna di un rinnovamento culturale più complessivo: all'educazione alla salute, come specificato dall'ultimo comma, va data priorità, ma non al di fuori della dignità culturale ed etica della programmazione didattica interdisciplinare. E poi definitivamente affermata anche a livello istituzionale la consapevolezza di un rapporto indispensabile fra scuola, famiglia e società, in quanto espressioni di realtà significative solo se interrelate.

Bisogna avere il coraggio di ammettere che, qualunque sia il nostro ruolo, scolastico, familiare o sociale, sono proprio le situazioni di devianza e di disadattamento o di disagio anche lieve che indicano i nostri errori, le nostre carenze; probabilmente potranno bastare pochi dati per comprendere che non è credibile ipotizzare moralisticamente o rigidamente una ormai diffusa debolezza o una autonoma crisi di identità giovanile. Sappiamo, ad esempio, fin troppo bene che i nostri edifici scolastici avrebbero bisogno di attrezzature, riparazioni, ecc.; i ragazzi stessi si accorgono che col passare del tempo non sempre la burocrazia o l'iniziativa in genere consentono il rispetto di una promessa fatta dalle istituzioni; è difficile non comprendere quindi la loro sfiducia. Facciamo un altro esempio, forse meno banale e legato al tema da noi affrontato: per quanto riguarda le nostre strutture sanitarie pubbliche, nel 1985 esistevano 395 presidi per un numero complessivo di circa 23.000 utenti in trattamento; a tutto il 1988, pur con un incremento degli utenti fino a circa 43.000, solo altri 80 presidi sono stati resi operativi. È certamente preoccupante sapere che, già alla metà del 1989, erano presenti nelle nostre carceri circa 2.200 tossicodipendenti; ma il dato si fa drammatico se, confrontandolo con quello dell'intera popolazione carceraria, ne valutiamo una percentuale per difetto del 25%.

Un altro elemento da considerare nell' art.113, è quello di un riferimento anche ai problemi dell'alcoolismo e del tabagismo, a conferma di quanto è stato detto in precedenza: il rinnovamento di cui abbiamo bisogno deve concepire la formazione di una dignità personale non disponibile ad alcun tipo di dipendenza.

Per ritornare alla legge 162, l'articolo successivo, il 105, «Promozione e coordinamento, a livello provinciale delle iniziative di educazione e di prevenzione. Corsi di studio per insegnanti e corsi sperimentali di scuola media», prevede:

- «1. Il Provveditore agli Studi promuove e coordina nell'ambito provinciale la realizzazione delle iniziative previste nei programmi annuali di quelle che possono essere deliberate dalle istituzioni scolastiche, nell'esercizio della loro autonomia.
2. Nell'esercizio di tali compiti il Provveditore si avvale di un comitato tecnico provinciale o, in relazione alle esigenze emergenti nell'ambito distrettuale o interdistrettuale, di comitati distrettuali o interdistrettuali, costituiti con un



suo decreto, in cui i membri sono scelti tra esperti nei campi dell'educazione alla salute e della prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze nonché tra rappresentanti di associazioni familiari. Detti comitati sono composti da sette membri.

3. Alle riunioni dei comitati possono essere invitati a partecipare rappresentanti delle autorità di pubblica sicurezza, degli enti locali territoriali e delle unità sanitarie locali, nonché esponenti di associazioni giovanili.
4. All'attuazione delle iniziative concorrono gli organi collegiali della scuola nel rispetto dell'autonomia ad essi riconosciuta dalle disposizioni in vigore. Le istituzioni scolastiche interessate possono avvalersi anche dell'assistenza del servizio ispettivo tecnico.
5. Il Provveditore agli Studi, d'intesa con il Consiglio provinciale scolastico e sentito il Comitato tecnico provinciale, organizza corsi di studio per insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado sulla educazione sanitaria e sui danni derivanti ai giovani dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope nonché sul fenomeno criminoso nel suo insieme, con il supporto di mezzi audiovisivi ed opuscoli. A tal fine può stipulare, con i fondi a sua disposizione apposite convenzioni con enti locali, università, istituti di ricerca ed enti, cooperative di solidarietà sociale e associazioni iscritti all' albo regionale o provinciale.
6. I corsi statali sperimentali di scuola media per lavoratori possono essere istituiti anche presso gli enti, le cooperative di solidarietà sociale e le associazioni ... entro i limiti numerici e con le modalità di svolgimento di cui alle vigenti disposizioni. I corsi saranno finalizzati anche all'inserimento o al reinserimento nell'attività lavorativa.
7. Le utilizzazioni del personale docente di ruolo nelle istituzioni scolastiche, possono essere disposte nel limite massimo di cento unità, ai fini del recupero e dell'acquisizione di esperienze educative, anche presso gli enti e le associazioni, a condizione che tale personale abbia documentatamente frequentato i corsi di cui al comma 5.
8. Il Ministro della Pubblica Istruzione assegna annualmente ai provveditorati agli studi, in proporzione alla popolazione scolastica di ciascuno, fondi per le attività di educazione alla salute e di prevenzione delle tossicodipendenze da ripartire tra le singole scuole sulla base dei criteri elaborati dai comitati provinciali, ...
9. L'onere derivante dal funzionamento del comitato tecnico-scientifico di cui all'art. 104 e dei comitati di cui al presente articolo è valutato in complessive lire 4 miliardi in ragione d'anno a decorrere dall'anno 1990. Il Ministro della Pubblica Istruzione con proprio decreto disciplina l'istituzione e il funzionamento del comitato tecnico scientifico e dei comitati provinciali, distrettuali e interdistrettuali e l'attribuzione dei compensi ai componenti dei comitati stessi».

Mentre al comma 3 dell'art. 104 esiste una puntualizzazione rispetto al comitato tecnico-scientifico costituito dal Ministro della Pubblica Istruzione, del comitato tecnico provinciale (art. 105, comma 2) si specifica che i membri sono sette e devono essere scelti fra esperti in educazione alla salute, prevenzione e recupero delle tossicodipendenze e genitori; alla sua riunione possono essere invitati (comma 3) altri esperti ed autorità.

Ciò che appare continuamente in contrasto con la realtà, per quanto riguarda alcuni commi di questi due articoli, è il fatto che riscontriamo un maggior incremento nel tempo delle comunità o delle istituzioni terapeutiche, di volontariato



sociale, convenzionate con il servizio pubblico; strutture pubbliche e private, poi, offrono servizi nettamente differenti ed hanno una maggiore concentrazione nelle regioni settentrionali. Una ricerca recentissima condotta dal Labos ha confermato una notevole insoddisfazione, da parte degli operatori privati e degli stessi docenti responsabili. Soprattutto per la mancanza di interlocutori istituzionali (medici, psicologici, educatori qualificati, amministratori, ecc.) e di risorse. Vengono però anche sottolineati, malgrado un giudizio largamente positivo, rispetto al rapporto con gli utenti, i problemi legati alla non adeguata qualificazione dei professionisti (il 39% e il 41% degli operatori, rispettivamente per servizi pubblici e privati, non ha avuto alcuna opportunità di seguire un corso di formazione), al fenomeno del *burn-out* (l'abbandono, di conseguenza, del ruolo e del servizio da parte di chi trova una diversa collocazione), alle motivazioni personali degli operatori, i quali hanno risposto, solo nel 27% dei casi, di aver svolto e di svolgere ancora la propria attività sulla spinta della scelta individuale e professionale.

Esiste però a mio avviso un rischio notevole alla luce di queste ultime considerazioni: lasciar notare sistematicamente la mancanza di interlocutori istituzionali significa rendersi responsabili di un pessimo avvio a quella maggior disponibilità degli utenti a cui abbiamo accennato. Per esempio, ai prefetti vengono assegnati nuovi compiti: comminare sanzioni amministrative a chi viene trovato in possesso di una quantità di sostanze stupefacenti superiore rispetto alle necessità quotidiane, un costante scambio di informazioni con gli organismi socio-sanitari, un controllo di tutte le fasi esecutive del programma di riabilitazione da realizzarsi attraverso la valutazione del comportamento dell'utente, un colloquio con lo stesso tossicodipendente e i familiari (se il ragazzo è minorenne). Il progetto dunque sembra estremamente funzionale perché prevede anche il coordinamento territoriale fra le diverse prefetture; in particolare appare opportuno il compito di costituire dei «nuclei operativi» (T.U., art. 75, comma 15), anche se non ben definiti nei dettagli, in virtù del quale comunque il prefetto stesso è autorizzato a bandire concorsi pubblici e a procedere alle relative assunzioni (per lo meno, la legge prevede, di circa duecento assistenti sociali) e avvalersi delle prestazioni di personale volontario una volta verificatene le specifiche competenze.

A nostro avviso, le perplessità dal punto di vista operativo potrebbero essere superate con la realizzazione di uno stretto rapporto con dipartimenti universitari e istituti di medicina legale, quanto meno per l'aspetto della sicurezza clinica e giuridica.

In questo quadro complessivo, l'inserimento del lavoro formativo promosso e coordinato dall'Ufficio Scolastico Regionale diventa delicato: da lui dipendono la scelta dei membri, come abbiamo visto, di comitati interdistrettuali o distrettuali, la valutazione tempestiva delle esigenze emergenti, la promozione e l'attuazione delle iniziative prese anche autonomamente dagli organi collegiali della scuola, l'organizzazione di corsi di studio o di aggiornamento per docenti di scuola di ogni ordine e grado in materia di educazione alla salute (con le possibilità di «avvalersi anche dell'assistenza del servizio ispettivo tecnico»), la promozione di un'informazione non settoriale ma allargata anche allo studio del «fenomeno criminoso nel suo insieme, con il supporto di mezzi audiovisivi e opuscoli», l'accordo con enti locali, università, istituti di ricerca, enti, cooperative, associazioni iscritti all'albo regionale o provinciale», utilizzando fondi a sua disposizione.

Un terzo articolo ci sembra utile riportare qui integralmente, ovvero l'art 106, «Centri di formazione e consulenza nelle scuole. Iniziative di studenti animatori»,



non solo per il suo significato specifico in ambito di educazione alla salute, ma anche perché realmente in linea con gli aspetti educativo-formativi a cui ci siamo riferiti:

- «1. I Provveditori agli Studi, di intesa con i Consigli di istituto e con i servizi pubblici per l'assistenza sociosanitaria ai tossicodipendenti, istituiscono centri di informazione e consulenza rivolti agli studenti all'interno delle scuole secondarie superiori.
2. I centri possono realizzare progetti di attività informativa e di consulenza concordati dagli organi collegiali della scuola con i servizi pubblici e con gli enti ausiliari presenti sul territorio. Le informazioni e le consulenze sono erogate nell'assoluto rispetto dell'anonimato di chi si rivolge al servizio.
3. Gruppi di almeno venti studenti anche di classi e di corsi diversi, allo scopo di far fronte alle esigenze di formazione, approfondimento ed orientamento sulle tematiche relative all'educazione alla salute e alla prevenzione delle tossicodipendenze, possono proporre iniziative da realizzare nell'ambito dell'istituto con la collaborazione del personale docente, che abbia dichiarato la propria disponibilità. Nel formulare le proposte i gruppi possono esprimere loro preferenze in ordine ai docenti chiamati a collaborare alle iniziative.
4. Le iniziative rientrano fra quelle previste ... e sono deliberate dal Consiglio di istituto, sentito per gli aspetti didattici il Collegio dei docenti.
5. La partecipazione degli studenti alle iniziative, che si svolgono in orario aggiuntivo a quello delle materie curricolari, è volontario».

L'analisi del testo di questo articolo ci permette di considerare di estremo interesse che:

- a) punto di riferimento essenziale per l'istituzione scolastica è il Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze, che deve fornire informazioni su aspetti giuridici e sanitari a chiunque si rivolga ad esso rispettandone l'anonimato.
- b) L'istituzione scolastica (dal Dirigente Scolastico, ai docenti, agli studenti) può autonomamente o in collaborazione con gli organismi territoriali avviare iniziative di informazione e formazione: non solo però essa deve basarsi sulla disponibilità di docenti e studenti, su attività da tenersi, praticamente, nel pomeriggio, ma anche sul consenso e l'apprezzamento degli studenti nei confronti dei docenti collaboratori: ciò può apparire dirimpante, in quanto presuppone notevole autonomia e serietà di giudizio che non tutti riconoscono oggi ai ragazzi.
- c) Tutto ciò appare essenziale in funzione del coinvolgimento giovanile nell'analisi del significato della dipendenza; è l'unico modo che abbiamo, mi sembra, per restituire un senso reale al principio della legge (per il quale, al comma 1 dell'art. 72 del T.U. si dice che: « fare uso di droga è illecito ... chi vi ricorre deve essere punito », e agli art. 75 e 76 per i quali chi viola questa norma è soggetto a sanzioni amministrative e penali), cioè per considerarlo non il punto di partenza per una attività di repressione, ma come punto di arrivo e scopo dell'educazione alla salute. Ai ragazzi di età di leva sarà senz'altro indispensabile sapere che questa nuova e più intelligente apertura al problema è condivisa anche dalle autorità militari disponibili alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione negli stessi termini fin qui rilevati.

L'atteggiamento della legge è stato confermato da ognuno dei decreti presidenziali successivi alla data del 26 giugno 1990, ovvero il 309 del 9 ottobre 1990 rela-



tivo al T.U., il 186 del 12 luglio 1990 (Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico legali per accertare l'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, dalle metodiche per quantificare l'assunzione abituale nelle 24 ore e dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere), il 444 del 30 novembre 1990 (Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali), il 445 del 19 dicembre 1990 (Regolamento concernente la determinazione dei limiti e delle modalità di impiego dei farmaci sostitutivi nei programmi di trattamento negli stati di tossicodipendenza).

A noi sembrano particolarmente interessanti le precisazioni contenute nel decreto n. 444:

- a) il Servizio Pubblico per la Tossicodipendenza istituito dalle USL lavora in coordinamento stabile con i « consultori familiari, le strutture per l'AIDS, per le patologie infettive, con i servizi medico-legali, con i laboratori di analisi di riferimento, anche convenzionati, con i servizi di igiene mentale, con altri Servizi Pubblici per la Tossicodipendenza, con i Provveditorati agli Studi, con le autorità militari, con il servizio sanitario penitenziario, con i medici di fiducia delle persone assistite».
- b) Il Servizio Pubblico per la Tossicodipendenza assicura «l'apertura continuativa per 24 ore nei giorni feriali e festivi nelle aree di maggior rilevanza numerica dei tossicodipendenti, nelle altre zone con minore presenza, non meno di 12 ore nei giorni feriali e di 6 ore nei giorni festivi e nelle residue ore con utilizzo di altre strutture della USL, nonché l'uso di unità mobili, la reperibilità degli operatori o altre idonee forme di assistenza a seconda delle esigenze del bacino di utenza».
- c) Quanto alla pianta organica, passibile di periodici aggiornamenti, vengono indicati: i profili professionali del medico, dello psicologo, di infermieri o assistenti sanitari visitatori, di assistenti sociali, di educatori professionali e di comunità, nonché le figure di dirigenti di posizione funzionale apicale, di coadiutori di posizione funzionale intermedia, in totale da un minimo di undici ad un massimo di 21 operatori.



2. La prevenzione e l'educazione alla salute

Abbiamo assistito più volte, in questi ultimi tempi, al riaccendersi del dibattito relativo alle disposizioni normative previste per il problema della tossicodipendenza. È senz'altro vero che il nostro atteggiamento di educatori non può ignorare tali regolamentazioni, ma è mio desiderio sottolineare che esistono almeno tre motivi per i quali la mia perplessità è fortemente sollecitata dall'attuale riflessione (senza naturalmente voler riferirmi alla priorità della prevenzione che appare considerazione praticamente scontata), e vorrei parlarne prima di passare alla discussione successiva.

Innanzitutto, corriamo ancora una volta il rischio di isolare degli ambiti e di dimenticare che il problema della dipendenza da sostanze psicotrope non può, dal punto di vista della persona e della sua integrità intellettuale e fisica, e come d'altra parte ribadiscono tutti i provvedimenti legislativi. La gravità delle conseguenze non è di pari portata e certo, sotto gli effetti del tabagismo, è impensabile che ven-

gano commessi dei reati, ma la questione complessiva non viene minimamente spostata: prevenzione e incidenza, costi umani e educazione alla indipendenza sono globalmente le dimensioni che ci interessano. “Essendo l’abitudine al fumo più frequentemente associata ad altri comportamenti (quali fumo di marijuana, consumo di alcool) che costituiscono un rischio per la salute della persona, la promozione di interventi preventivi per il tabagismo potrebbe avere un impatto trasversale positivo nel contenimento di altri fattori, che pure hanno elevata prevalenza ed incidenza in età adolescenziale” (Marzorati, 2001, p. 167). Risulta pertanto necessario programmare interventi scolastici preventivi in fase pre-adolescenziale prima cioè che si inizi a fare uso di tabacco o che si abbandoni la scuola, poiché come le ricerche epidemiologiche hanno dimostrato che: “il comportamento del fumo è più frequentemente rilevabile nei *drop-out* rispetto a chi invece riesce a terminare il ciclo di studi superiori” (Marzorati, 2001, p. 167). Allo stesso modo l’alcool viene indicato tra le sostanze psicotrope più diffuse nel periodo adolescenziale-giovanile, il cui abuso è divenuto uno dei principali problemi di salute pubblica (Adamo, Morrone & Valerio, 2001). L’attività di prevenzione non può risolversi in interventi di natura cognitiva, che mirino cioè all’apprendimento di conoscenze e informazioni, piuttosto deve consistere in un approccio più sistemico, complesso e globale, che tenga conto di quanto i fattori cognitivi siano mediati da variabili personali. Secondo quest’ottica, l’educazione alla salute è un processo complesso “che deve produrre modifiche graduali di comportamenti, consapevoli atteggiamenti educativi, nonché coscienza critica” (Adamo, Morrone & Valerio, 2001). Le strategie preventive, frutto di tale approccio sistemico, vedono coinvolte tutte le agenzie sociali, in grado di agire sui comportamenti dei giovani, sulle loro motivazioni e sulle loro scelte. Nel caso delle risposte agli interrogativi adolescenziali, è bene sottolineare quanto esse non competano ad un’unica istituzione, ma richiedano un’azione intersettoriale tra le diverse agenzie che rispondono alla pluralità di bisogni tipici di tale fascia d’età (Adamo, Morrone & Valerio, 2001). A questo proposito, uno studio condotto su un campione di adolescenti residenti nella provincia di Milano (Cortese & Ronco, 1997), ha evidenziato un forte bisogno di chiarire le informazioni apprese attraverso i media relativamente alla trasmissione, al contagio e alla prevenzione dell’Aids. Pertanto, anche i media, ritenuti la principale fonte di informazioni relative ai temi di salute, innescano un meccanismo di informazione che necessita di essere sostenuto e completato da altre agenzie educative (Bertazzoni & De Angeli, 2004).

In secondo luogo, va detto che l’esperienza degli ultimi anni ha ribadito che le patologie in oggetto sono sempre caratterizzate da dimensioni complesse (ed è per questo che le terapie si presentano sempre di difficile attuazione), costituite da elementi individuali di tipo fisico, psichico e sociale che interagiscono continuamente e proprio per tale ragione mutano in modo altrettanto costante il loro quadro di riferimento.

Infine, a me sembra assolutamente controproducente non adottare, in ogni momento della prevenzione e della lotta sistematica alla assunzione e alla diffusione delle sostanze psicotrope, un atteggiamento motivato e razionale, partecipe e chiaro, invece di lasciarsi indurre a scelte precipitose da una situazione drammatica: tale situazione infatti necessita di una preparazione ed una programmazione appropriate e che affrontino i problemi anche e soprattutto alla loro radice.

Sono convinto del fatto che non esistano schemi terapeutici validi in ogni situazione tossicomane, ma che sia possibile pensare ad una prevenzione non illusoria e non marcata dall’enfasi che spesso caratterizza una o l’altra strategia, una

o l'altra metodologia. La prevenzione non può essere subordinata a modelli burocratici e a regolamenti rigidi, né al prevedere una poco realistica trasformazione a breve termine e per di più positiva delle condizioni sociali attuali.

Se da un lato, allora, per quanto è stato fin qui detto, ritengo che una dipendenza debba essere affrontata prima di tutto in termini programmatico-educativi e terapeutici attraverso una personalizzazione degli interventi, dall'altra è mio parere che un intervento preventivo debba contemplare due momenti, uno costituito da altrettanto importanti modulazioni e caratteristiche di elasticità, con percorsi formativi della persona nel senso più ampio dell'educazione generalizzata al rispetto della propria e altrui salute mentale e fisica; l'altro dovrebbe prevedere contestualmente un progetto formativo scolastico ed extrascolastico che, anche sulla base delle proposte recenti della ricerca pedagogica, miri a realizzare percorsi assolutamente personalizzati. Non posso quindi condividere il fatto che l'analisi dei problemi in questione sia attenta a chi ha bisogno solo di una «prestazione» di tipo medico o di interlocutori dai buoni sentimenti, e cioè che si sottolinei l'importanza di «riconoscere nell'individuo cui la prestazione è destinata una "persona" che abbisogna non solo di medicazione ma anche e soprattutto di conforto rassereneante e di solidale sostegno» (Dassori, 1988, p.12).

Di conseguenza, allora, nemmeno i due problemi della prevenzione e della terapia possono essere slegati l'uno dall'altro, ma è certo vero il fatto che esistono ambiti di intervento diversi, ed è solo con la collaborazione ed il continuo trasmettersi di dati e valutazioni che il problema nel suo complesso potrà essere affrontato, dalle conseguenze sociali ed economiche del traffico delle sostanze stupefacenti alle quotidiane attività di prevenzione.

Appare chiaro che esiste un parametro fondamentale, ovvero l'elemento motivazionale, che accomuna le due esperienze; ovviamente noi siamo più interessati a rilevare quella preventiva, cioè la possibilità di sollecitare la regolazione interna, profonda, responsabile del comportamento, dell'insieme dei desideri, delle intenzioni, dei proponimenti della persona, della collocazione sociale ed ambientale.

È per tutto questo che abbiamo parlato di programmi flessibili e variabili, di diagnosi funzionale, di acquisizione di capacità e di abilità. E per ottenere tali scopi credo che uno degli elementi più importanti da sottolineare sia il fatto che non potremo di nuovo commettere l'errore di nascondere o di limitare determinate conoscenze per il timore che i nostri ragazzi si lascino coinvolgere: mi sembra infatti chiaro che solo se essi conosceranno rischi e condizionamenti, il loro peso e il loro significato, potranno anche sapere perché e come evitare il coinvolgimento¹.

Parlare di prevenzione alle dipendenze significa allora parlare di prevenzione del disagio, dell'insicurezza, della mancanza di motivazioni e di consapevolezza, della incapacità alla socializzazione e alla discussione dei problemi e delle dimensioni complessive personali, familiari e ambientali: «gli esperti nell'ambito della salute evidenziano l'urgente necessità di inserire e di sviluppare la componente

1 Non avrebbe senso sapere che esistono per un tossicodipendente stadi successivi che noi definiamo di sperimentazione, di assuefazione, di necessità, di ambivalenza, di cure, di emancipazione, e poi non conoscere le conseguenze per il funzionamento del corpo e della mente e i pesanti condizionamenti che ne derivano. Deve essere chiaro a tutti che esiste oggi in Italia una popolazione tossicomana non solo ingente, ma che sono stati finora ottenuti obiettivi terapeutici decisamente e relativamente assai scarsi, che solo un graduale consolidamento di un atteggiamento aperto e ben motivato può agevolare qualsiasi strategia preventiva.



educazione alla salute nei programmi per la formazione iniziale e per l'aggiornamento in servizio tanto degli insegnanti quanto degli operatori sanitari paramedici. Invitano innanzitutto ad una integrazione in tal senso dei programmi per la formazione degli insegnanti perché l'apporto educativo che essi realizzano su tutti i soggetti nelle età della scuola dell'obbligo diventa indispensabile» (Dassori, 1988, p. 13). Ciò che abbiamo in mente è in sostanza l'idea di un giovane come essere sociale competente. In tutti i paesi, industrializzati o in via di sviluppo, esiste ormai chiara la consapevolezza del valore della dignità e della libertà della persona: ma si tratta di un principio che spinge a formulare strategie ed obiettivi che negli uni e negli altri devono essere resi contestuali a situazioni che in ambito europeo in questo momento sono troppo diverse².

Tanto per fare un esempio preliminare, è evidente che la prevenzione della tossicodipendenza in Italia e nell'Europa occidentale avrebbe ambiti di intervento del tutto diversi dalla Polonia, a proposito della quale si sostiene che i tossicodipendenti riescono ancora a procurarsi le sostanze stupefacenti in modo del tutto autonomo, lavorando direttamente il *frutto* del papavero.

Ciò significa che in un contesto sociale già fortemente preoccupato da una lunga crisi economica, è presente il rischio di una spaventosa diffusione dell'AIDS, poiché una limitata coscienza del pericolo, la stessa che necessita di procurarsi sostanze psicotrope a basso costo porta ad un comportamento e ad un atteggiamento alquanto irresponsabile. Certo anche qui si è compresa l'importanza di campagne informative nelle scuole e presso gli stessi tossicodipendenti: ma molte delle strategie pensate per una lotta più capillare non hanno potuto nemmeno essere avviate per la mancanza di sostegni economici adeguati.

Quest'ultimo elemento è senza dubbio comune a molti paesi, ma ciò che viene sottolineato in modo particolare dagli operatori polacchi è il fatto che il loro Paese ha bisogno di pensare dapprima ad un'educazione delle mentalità che per gran parte in Europa è già stata praticamente avviata.

Già questa prima annotazione rende urgente, però, una brevissima considerazione; poiché in genere, presso gli istituti nei quali il problema dell'accoglienza del giovane tossicodipendente viene affrontato, si deve alle iniziative personali degli operatori, ad esempio, la distribuzione di siringhe sterilizzate, tale impegno appare senza dubbio importante e da apprezzare, ma si tratta esclusivamente, a mio avviso, solo di una strategia di precauzione e non di prevenzione³.

Non intendo certo attribuire al contesto occidentale la capacità della prevenzione e a quello orientale la capacità di una serie di raccomandazioni all'uso di determinate precauzioni, ma i Paesi orientali hanno tuttora innumerevoli problemi con le strutture sanitarie di immediato soccorso che una strategia organica ed articolata, per ciò che concerne la prevenzione delle tossicodipendenze, appare pressoché inesistente.

2 L'idea di un'Europa occidentale e di un'Europa dell'Est non può essere infatti evitata poiché i problemi sociali dei due contesti appaiono anche in questa discussione evidentemente lontanissimi.

3 La differenza tra i due termini è chiaramente sostanziale: noi non possiamo permetterci di mirare solo all'impiego di strumenti siffatti; allo stesso modo, premunirsi, adottare precauzioni che limitino la diffusione delle tossicodipendenze può anche significare prendere delle misure restrittive da far gestire alle forze dell'ordine, ma questo evidentemente non corrisponderebbe a quell'azione più capillare di intervento che piuttosto interessa la figura dell'educatore.

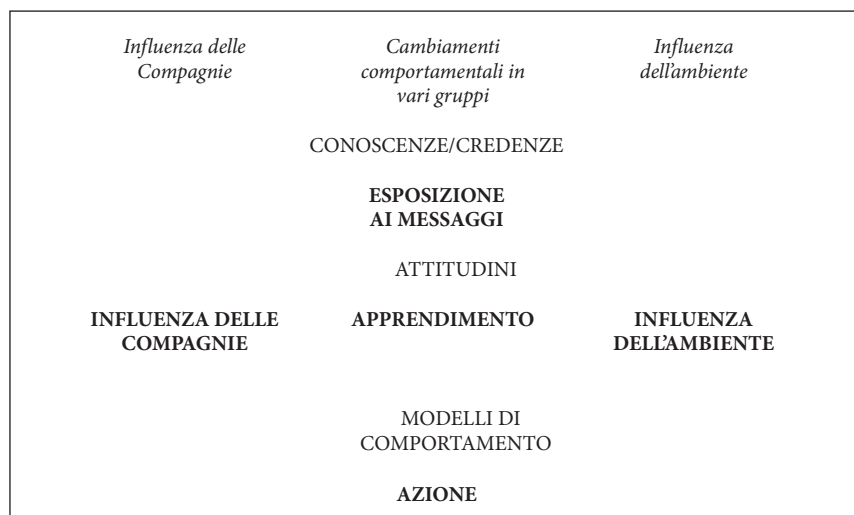


Una condizione particolare rispetto alle strategie di prevenzione è vissuta da un Paese a noi confinante come la Svizzera; un modello di intervento alquanto «morbido», ovvero di non eccessiva repressione è stato ed è ancora lo strumento preferibilmente adottato, malgrado i recenti fatti di cronaca.

La peculiarità del contesto elvetico sta nel fatto che la Svizzera è il principale luogo europeo deputato al riciclaggio del denaro proveniente dal traffico delle sostanze stupefacenti; non si creda che questo elemento sia ininfluyente in una strategia complessiva tesa alla prevenzione: anche il portare a conoscenza il significato e il pericolo di un potere economico legato ad azioni malavitose fa parte di un'azione utile a suggerire nuovi atteggiamenti e comportamenti. È anche in questo senso, infatti, che nuovi orientamenti fatti propri dalle organizzazioni sociali sollecitano fortemente.

Bisogna dire a questo punto che le strategie proposte in tutta Europa, fatta eccezione per l'aspetto appena citato e maggiormente studiato in Svizzera, non differiscono per strumenti e metodi di intervento: si parla ovunque di alternative fra repressione e distribuzione (più o meno legalizzata), di interventi per incidere sulle condizioni di vita dei giovani e di aiuto per i soggetti a rischio, di campagne pubblicitarie da realizzare attraverso i mass media. Parzialmente diversi possono essere semmai i singoli modelli di intervento, ovvero le ipotesi che vengono assunte come reali e sulla base delle quali vengono poi progettate le differenti strategie⁴.

A tal proposito è essenziale dire che, comunque, i programmi di intervento hanno un punto in comune, poiché sono concordi, giustamente, nel considerare primaria una ridefinizione degli atteggiamenti personali e dei comportamenti. Possiamo allora sintetizzare in uno schema, che combina elementi di teoria della comunicazione e dell'apprendimento sociale, quanto è utile per proporre la sostanza di quei modelli di cambiamento comportamentale:



4 È chiaro che ogni paese utilizza insomma strategie istituzionali che sono ormai comuni; i singoli interventi, però, sono condizionati e dipendenti dal contesto storico, sociale, tradizionale di ogni sistema organizzativo: in poche parole, è la stessa cultura sociale che determina le piccole e a volte sostanziali differenze nei trattamenti specifici e nella prevenzione, ma modelli adottati e programmi complessivi sono in questo momento coincidenti. È preferibile per questo evidenziare i contenuti di quei modelli invece che procedere ad una forse noiosa elencazione dei vari interventi che alla fine risulterebbe essere una raccolta di elementi identici seppure divisi per paesi.

I rilievi che possono essere fatti a proposito di uno schema (Picciolini, Scricciolo & Cippitelli, 1991) come questo sono:

- l'intero contesto degli ambienti sociale, del gruppo, familiare giocano un ruolo essenziale;
- la sicurezza affettiva, intellettuale, progettuale della persona è un elemento imprescindibile per una collocazione di sé determinata, positiva e propositiva;
- la centralità della persona è punto fondamentale di un qualsiasi approccio preventivo;
- la massima attenzione deve essere data ai punti di partenza delle campagne informative, in quanto essi sono evidentemente connessi con i punti di vista di chi li prepara e li progetta;
- il gruppo e il senso di appartenenza ad uno di essi può determinare in gran parte conoscenze, atteggiamenti, comportamenti.

Veniamo ora ai modelli specifici di riferimento e di intervento europeo, ai quali abbiamo accennato in precedenza: alcuni possono essere visti come più teorici e descrittivi, altri considerati più legati ad un uso di tecniche specifiche e ben codificate. Fra loro, possono esistere paradigmi comuni ma sono sostanzialmente diversi per alcune sfumature di impostazione e di esplicazione. Essi, come abbiamo detto, sono costituiti da orientamenti presenti in tutte le realtà sociali del continente, per cui non esiste una differenziazione reale fra i diversi Paesi: una cosa, infatti, è la strategia dei vari governi che, lo abbiamo rilevato, puntano in pratica ad una sensibilizzazione attraverso campagne degli organi di informazione e intervengono nell'opera di repressione dello spaccio in modo da evitare anche il diffondersi e l'ampliamento del coinvolgimento, altro è il dibattito internazionale e il riferimento a modelli condivisi dagli operatori del settore nei vari Stati.

Esaminiamo dapprima quello definito delle *informazioni* e delle *conoscenze*; in base ad esso, si ritiene che la tossicodipendenza sia provocata dalle scarse conoscenze dei rischi dovuti all'uso e all'abuso di sostanze psicotrope, per cui sarebbe sufficiente una serie di campagne informative⁵ per prevenire quanto meno l'abuso delle droghe. I destinatari di tali campagne sono genitori, insegnanti, adulti in contatto con i giovani e ovviamente gli stessi giovani, in particolare coloro che assumono la funzione ed il ruolo di leader all'interno dei gruppi.

Tale modello si propone di non enfatizzare i rischi connessi all'uso delle droghe, di incoraggiare le alternative e i vantaggi di uno stile di vita libero dalle sostanze stupefacenti, di limitare una sorta di alone di fascino che caratterizzerebbe la tossicodipendenza.

Due elementi mi sembrano improbabili per ciò che concerne questo modello: da una parte il problema della effettiva possibilità di raggiungere direttamente i giovani tossicodipendenti o a rischio, l'assenza di un rapporto di scambio e di dialogo, dall'altra l'idea di una dipendenza o di una tossicodipendenza come dimensioni solo affascinanti.

Un secondo modello attivato è quello della *drugeducation*: sulla sua base si ri-

5 In questo senso sembra importante l'esperienza della Gran Bretagna: sono stati preparati anche opuscoli informativi che fossero in grado di soddisfare specificamente le richieste dei genitori. Sono stati poi prodotti pacchetti video diversificati, in quanto si propongono di raggiungere destinatari diversi (ragazzi, operatori, ecc.).

tiene che i problemi sociali siano provocati da comportamenti dettati da una cattiva capacità di adattamento che possono però essere modificati attraverso un serio impegno educativo.

Anche in questo caso, naturalmente, i destinatari dei programmi sono genitori, docenti e giovani che, con il sostegno di testi, lezioni, audiovisivi, dibattiti, cercano di approfondire, ad esempio, i modelli di motivazione umana, i progetti individuali basati su obiettivi personali, l'influenza dei mass media e dei coetanei. Si tratta di una strategia che è stata adottata soprattutto nel passato e in particolare nei Paesi del centro Europa.

Esso ha lo scopo di sollecitare la comprensione di sé, la capacità di resistere alle pressioni e di prendere delle decisioni in modo autonomo, nonché quello di informare a fondo sul fenomeno. Il rischio che potremmo correre con un tale modello è quello di attribuire un'eccessiva importanza alla formazione di un'abitudine all'uso regolare delle droghe, in quanto non vengono prese in considerazione le variabili personali e situazionali, nonché la conoscenza degli effetti dei vari dosaggi e delle miscele fra più sostanze; pericoloso poi potrebbe essere anche, come è accaduto nel passato, presentare effetti e conseguenze dell'assunzione di droghe in modo quasi terroristico.

In questa direzione si è orientata in questi anni l'esperienza tedesca, e foltissime sono state le controversie fra terapeuti e autorità. È probabile che ciò abbia condizionato le scelte operative in base alle quali vengono preferite tuttora strutture di accoglienza a lungo termine e scarse opportunità ambulatoriali, il che, per ciò che ci riguarda, significa anche una limitata presenza di referenti professionali impegnati nella prevenzione locale.

Tale modello prevede, in una sua veste più recente, due tecniche di intervento: una per gli studenti, che vengono coinvolti dal loro insegnante in un'attività didattica di role-play senza che il docente esprima delle opinioni attraverso una condanna aperta e ad un rifiuto totale. L'altra è indirizzata ai genitori che vengono informati sulle sostanze ed apprendono anche delle tecniche per migliorare la comunicazione e le relazioni familiari. Vengono in questo senso incoraggiate attività ed incontri familiari, la partecipazione dei genitori agli interessi dei figli, un miglioramento delle capacità di ascolto e di dibattito aperto⁶.

Per ciò che concerne il modello definito delle *competenze e capacità sociali*, esso si basa sulla convinzione per la quale le capacità sociali sono una sequenza dinamica di cognizioni e di comportamenti che si determinano reciprocamente nel tempo e condizionano l'instaurarsi di efficaci relazioni interpersonali.

A questo proposito, nelle nostre precedenti riflessioni, ci siamo debitamente soffermati, poiché abbiamo anche noi rilevato che tali capacità si formano gradualmente con la maturazione di abilità nel comunicare con efficacia e puntualità, nel dialogare in modo appropriato, nel guardare e nell'esprimere sentimenti, valutazioni, rifiuti ragionevoli e adeguati. Una mancanza in tal senso, fa supporre negatività nei rapporti interpersonali, nelle attività quotidiane di lavoro, studio e ricreative, nonché la formazione di atteggiamenti eccessivamente aggressivi ed insuccessi personali e sociali.

Di conseguenza, le tecniche adottate mirano a sollecitare sentimenti di sicurezza, autostima, capacità di resistere ai messaggi persuasivi, abilità cognitivo-

6 In questa nuova veste tale strategia è stata adottata anche negli altri Paesi europei, in alcuni dei quali, come l'Italia o la Spagna, solo in forme più o meno sperimentali.

comportamentali che consentano di attenuare il disagio dell'ansia e della comunicazione verbale e non verbale.

Tale modello è il più diffuso nel contesto europeo occidentale; esso è stato adottato dapprima nei Paesi scandinavi⁷ e poi in modo graduale dagli altri.

Il modello delle *alternative sociali* mira a rafforzare gli interessi che possono costituire degli iniziali diversivi al bisogno di droghe e poi una graduale sostituzione ad esso.

Per questo, le tecniche cercano di coinvolgere i giovani in attività che riescano a soddisfare le esigenze personali dai punti di vista fisico, sensoriale, emotivo ed interpersonale, in modo da sollecitare la partecipazione, la sensazione di sentirsi impegnati in qualcosa che costituisce la vita reale, oppure l'iniziativa di avviare attività personalmente scelte e dalle quali un giovane ritiene di poter trarre delle soddisfazioni.

Le attese di questo tipo di modello sono legate alla convinzione per la quale qualsiasi comportamento modificato positivamente vada di pari passo con una riduzione della accettazione o della assunzione di sostanze psicotrope.

Va detto che tale soluzione appare, almeno ad un primo esame, eccessivamente dogmatica e riduttiva dal punto di vista delle conseguenze delle attività di partecipazione e di coinvolgimento: mancano le dimensioni più strettamente personali della effettiva preparazione a quelle stesse attività, dell'inserimento nei gruppi, senza le quali appare alquanto improbabile una effettiva gratificazione. Esiste poi il modello della *promozione della salute*, che mira ad affrontare il problema da un punto di vista più complessivo ed è strettamente legato agli orientamenti attuali dell'OMS, poiché viene assunto un concetto fondamentale per il quale il benessere fisico, mentale e sociale non dipendono esclusivamente dalla mancanza di disagi o di infermità. Vengono per questo individuate almeno quattro dimensioni che sono in stretto e continuo rapporto reciproco, ovvero la salute fisica; la salute psicologica (che consiste nella sensazione oggettiva del proprio benessere e nella capacità di autovalutazione); la salute sociale (ovvero la capacità di assolvere ai propri compiti con determinazione e sicurezza, nonché quella di adattarsi in maniera positiva e propositiva all'ambiente sociale); la salute personale (cioè, tutte quelle capacità e quelle abilità che possono non essere evidenti nella vita quotidiana, ma che determinano lo stato di sicurezza affettiva, personale, nel lavoro e nelle altre attività, il senso di responsabilità e la progettazione di sé)⁸.

Due delle tecniche utilizzate per questo modello mirano al coinvolgimento di un individuo in una comunità o di un leader, ma quella che a noi in questo mo-



7 In Svezia, ad esempio, esistono numerose cattedre universitarie che hanno lo scopo di compiere ricerche tanto nel campo medico e biologico quanto in quello psicologico. In Danimarca, invece, tale ricerca è inserita nell'ambito della Amministrazione statale (la maggior parte dei progetti però verte sui problemi derivanti dall'abuso di alcool); alcuni di essi si propongono poi di valutare e prevenire anche l'uso di medicine che inducono dipendenza.

La ricerca sociologica sembra alquanto trascurata in Francia, dove si preferisce infatti quella clinica ed epidemiologica.

8 Questo modello appare vicino alle strategie più diffuse nei Paesi Bassi, dove viene praticata a fondo anche la ricerca sul trattamento, sui sistemi specifici ed alternativi di assistenza e prevenzione (come gli autobus itineranti, ad esempio, che vengono utilizzati ad Amsterdam). Sempre nei Paesi Bassi viene spesso utilizzata una strategia legata al modello del peer-counseling.

mento può sembrare più interessante riguarda il progetto di una promozione della salute che significhi promozione dell'autostima, della consapevolezza, della conoscenza, della motivazione, della dimensione valoriale.

Esiste poi il modello di un *effective classroom management*, diretto sostanzialmente agli insegnanti con l'intento di sollecitare un miglioramento delle loro stesse capacità interpersonali ed una particolare sensibilità nel comprendere e nell'intuire i bisogni cognitivi ed affettivi degli studenti, nonché una più profonda conoscenza delle tecniche della comunicazione e del problem solving

Tale modello si basa anche su risultati concreti e dati provenienti da alcune ricerche e studi: in sostanza, essi evidenziano il fatto che un miglior clima, un aperto e positivo atteggiamento nei confronti dei coetanei e della scuola stessa, un maggior senso di responsabilità porti come conseguenza una fortissima diminuzione dei problemi di disciplina, una maggiore consapevolezza e decisione nell'opporci alle pressioni del conformismo del gruppo e, di conseguenza, anche ad una minore incidenza dell'uso di sostanze stupefacenti.

Un ultimo interessante modello può essere costituito da quello del *peercounseling*, che si basa sull'assunto per il quale i giovani possiedono le capacità potenziali per cercare e continuare a risolvere i loro problemi con efficacia: di conseguenza, se essi saranno stati abituati a farlo gradualmente e per difficoltà graduali saranno anche capaci di farlo per il resto della loro vita. Come si vede, si tratta di un progetto che si fonda essenzialmente sulla tecnica del problem solving.

Il giovane, naturalmente, considerando la alternativa della tossicodipendenza assolutamente insufficiente a soddisfare la necessità di risoluzione di un problema, cercherebbe alternative diverse e più salutari.

Come si vede, alcuni dei modelli propongono delle soluzioni a volte eccessivamente meccaniche e non tengono nella dovuta considerazione quanto abbiamo rilevato inizialmente a proposito della personalizzazione dei problemi e della individualità delle scelte e delle opzioni. Ne esistono in verità anche degli altri, come quelli della *mobilizzazione dei genitori*, della *mobilizzazione della comunità*, dell'*assertion training*, ma essi, finendo per isolare le tecniche ad ambiti particolari, appaiono piuttosto evitare il problema e limitare degli interventi alle figure parentali o sociali o all'individuo che afferma la propria identità all'interno del gruppo.

A noi sembra che i modelli citati vadano incontro alle strategie più adeguate per fronteggiare il problema della prevenzione della tossicodipendenza o, lo sottolineiamo ancora, della dipendenza da altre sostanze; direi, però, che tutti essi presentano delle dimensioni interessanti e non si comprende perché non dovremmo mostrarci disponibili ad adottare tecniche suggerite da questo o quello e mirare ad un programma di intervento che mostri tutta la sua elasticità e tutta la propensione a considerare le individualità e la persona.

Non dobbiamo dimenticare che tutti questi progetti di intervento adottati dagli istituti e dagli operatori del settore in tutta Europa sottolineano la necessità di pensare alla centralità della persona, da intendersi sia come lo studente o il giovane che come l'operatore: entrambi hanno la loro formazione e la loro complessità ed entrambi avranno degli scopi e riterranno opportune delle scelte rafforzate e condizionate dalla loro propria cultura sociale.

Cosa significa tutto questo, però, a livello operativo? Innanzitutto che una prevenzione alla tossicodipendenza è un progetto a lunga realizzazione che ha bisogno di seguire le strade dell'educazione, dei cambiamenti culturali, delle risposte alle attese e alle speranze delle generazioni e alla loro idea della qualità della vita.


Allora, ciò significa promuovere attività didattiche che consentano di uscire



dalle aule, di indagare sul territorio e sulla sua realtà contestuale, di scoprire i legami affettivi, personali, globali con il presente ed il passato, di sollecitare una proposta valoriale adeguata ai nostri tempi.

E, ancora più in particolare, vista l'esigenza di pensare a strategie attuali e moderne, ciò significa promuovere un itinerario educativo-didattico con il quale, partendo dalla collaborazione e dalla necessaria continuità metodologica fra i diversi livelli e cicli formativi, si propongano conoscenze disciplinari rese efficaci perché interrelate, verificate nella realtà, corrispondenti ad una visione complessiva, diversificata del mondo delle emozioni e delle esperienze personali e del mondo nel quale convivono altri coetanei ed altre persone con emozioni ed esperienze simili o completamente diverse.

Riferimenti bibliografici

- 
- Adamo, S., Morrone, F., Valerio, P. (2001). *Linee Guida per l'Educazione alla salute nella scuola media superiore*, in A. Pellai e P. Marzorati (a cura di), *Educazione alla salute. Standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*, Milano: FrancoAngeli.
- Bertazzoni, A. M., De Angeli, A., a cura di (2004). *Etica, comunicazione e salute. Tutela della persona e principio di autonomia in sanità: percorsi sperimentali di educazione alla salute*. Milano: FrancoAngeli.
- Cortese C.G., Ronco, P. (1997). *Impegnare per prevenire: una ricerca tra adolescenti sulla prevenzione dell'Aids*”, in B. Zani, M. L. Pombeni (a cura di), *L'adolescenza: bisogni soggettivi e risorse sociali*. Cesena: Il Ponte Vecchio.
- Dassori, I. (1988). *I responsabili dell'educazione alla salute*. Milano: Vita e pensiero.
- Marzorati, P. (2001). *Linee guida per la promozione di una vita senza fumo di tabacco: dalle scelte comportamentali alle strategie*”, in A. Pellai (a cura di), *Educazione alla salute. Standard e linee guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*, Milano: FrancoAngeli.
- Picciolini, A., Scricciolo L., Cipitelli, C. (1991). *Atti dell'incontro internazionale su: AIDS e tossicodipendenze: attività di prevenzione*, 24 febbraio 1990, Roma: L.I.L.A.