TABELLA GESTIONE DEL FONDO ANNI FINANZIARI 1997-1999, 2000, 2001, 2002, 2003

REGIONE SICILIA

Procedure e modalità di gestione del Fondo adottate	
Collegamento con Programmi e Piani di intervento	
Indicazione priorità progettuali	
Modalità di Programmazione territoriale degli interventi	
Conferenze socio-sanitarie territoriali	
Conferenze di zona	
Comuni	
Province	
Altro	
Ripartizione territoriale delle risorse	
Popolazione residente	
Utenza Sert	
Disponibilità ricettive strutture iscritte albo regionale E.A.	
Altro	
Cofinanziamento da parte degli enti	
Avviso presentazione progetti	
Formulari presentazione progetti	
Approvazione a livello regionale	
Approvazione a livello territoriale	
Informatizzazione dati progettuali	
Monitoraggio delle attività dei progetti	
Valutazione degli interventi	

NOTE:

Informazioni sui progetti	1997-99	2000	2001	2002	2003
N. progetti presentati	-	-	-	-	-
N. progetti approvati	-	-	-	-	-
N. progetti in corso	-	-	-	-	-
N. progetti conclusi	-	-	-	-	-
Finanzamenti concessi	-	-	-	-	-

Finanziamenti per tipologia di enti	Num. Prog.	Finanziam. complessivo	Num. Prog.	Finanziam. complessivo	Num. Prog.	Finanziam. complessivo	Num. Prog.	Finanziam. complessivo	Num. Prog.	Finanziam. complessivo
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comuni	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Province	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comunità montane	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ASL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Privato sociale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Altro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Aree di intervento dei progetti					
Prevenzione primaria					
Educazione alla salute					
Cura/riduzione del danno					
Riduzione della cronicità					
Servizi sperimentali per il trattamento					
Contrasto diffusione delle nuove droghe					
Inclusione sociale e lavorativa					
Programmi formazione e aggiornamento					
Ricerca					
Monitoraggio e valutazione					
Sistemi di rilevazione dei dati					
Altro					

Destinatari dei progetti					
Bambini/adolescenti <14					
Giovani <19					
Soggetti non consumatori di sostanze					
Soggetti che fanno uso saltuario di sostanze					
Soggetti che fanno uso regolare di sostanze					
Soggetti che hanno fatto uso di sostanze					
Famiglie e partner					
Operatori dei servizi					
Operatori della scuola					
Altri operatori del territorio					
Altro					

TABELLA GESTIONE DEL FONDO ANNI FINANZIARI 1997-1999, 2000, 2001, 2002, 2003

REGIONE SARDEGNA

Procedure e modalità di gestione del Fondo adottate	
Collegamento con Programmi e Piani di intervento	si
Indicazione priorità progettuali	si
Modalità di Programmazione territoriale degli interventi	
Conferenze socio-sanitarie territoriali	no
Conferenze di zona	no
Comuni	no
Province	no
Altro	no
Ripartizione territoriale delle risorse	
Popolazione residente	no
Utenza Sert	no
Disponibilità ricettive strutture iscritte albo regionale E.A.	si
Altro	no
Cofinanziamento da parte degli enti	si
Avviso presentazione progetti	si
Formulari presentazione progetti	si
Approvazione a livello regionale	si
Approvazione a livello territoriale	no
Informatizzazione dati progettuali	si
Monitoraggio delle attività dei progetti	no
Valutazione degli interventi	si

NOTE:

Informazioni sui progetti	1997-99	2000	2001	2002	2003
N. progetti presentati	113	0	136	0	0
N. progetti approvati	65	0	79	0	0
N. progetti in corso	65	0	79	0	0
N. progetti conclusi	0	0	0	0	0
Finanzamenti concessi	€ 8.411.189,02	€ -	€ 5.299.150,00	€ -	€ -

Finanziamenti per tipologia di enti	1997-99 Num. Prog.	1997-99 Finanziam. complessivo	2000 Num. Prog.	2000 Finanziam. complessivo	2001 Num. Prog.	2001 Finanziam. complessivo	2002 Num. Prog.	2002 Finanziam. complessivo	2003 Num. Prog.	2003 Finanziam. complessivo
Regione	1	€ 620.409,01	1	€ -	1	€ 366.719,00	0	€ -	0	€ -
Comuni	23	€ 2.914.879,01	1	€ -	42	€ 2.589.119,00	0	€ -	0	€ -
Province	1	€ 858.000,00	1	€ -	2	€ 177.921,00	0	€ -	0	€ -
Comunità montane	0	€ -	1	€ -	0	€ 1,00	0	€ -	0	€ -
ASL	15	€ 1.314.322,00	1	€ -	18	€ 1.122.076,00	0	€ -	0	€ -
Privato sociale	25	€2.703.579,00	1	€ -	16	€ 1.043.313,00	0	€ -	0	€ -
Altro	0	€ -	1	€ -	0	€ 1,00	0	€ -	0	€ -

Aree di intervento dei progetti	1997-99	2000	2001	2002	2003
Prevenzione primaria	si		si		
Educazione alla salute	si		si		
Cura/riduzione del danno	si		si		
Riduzione della cronicità	no		no		
Servizi sperimentali per il trattamento	si		no		
Contrasto diffusione delle nuove droghe	si		si		
Inclusione sociale e lavorativa	si		si		
Programmi formazione e aggiornamento	si		no		
Ricerca	no		no		
Monitoraggio e valutazione	si		si		
Sistemi di rilevazione dei dati	si		no		
Altro	si		si		

Destinatari dei progetti	1997-99	2000	2001	2002	2003
Bambini/adolescenti <14	no		no		
Giovani <19	si				
Soggetti non consumatori di sostanze	si				
Soggetti che fanno uso saltuario di sostanze	si				
Soggetti che fanno uso regolare di sostanze	si				
Soggetti che hanno fatto uso di sostanze	si				
Famiglie e partner	si				
Operatori dei servizi	si				
Operatori della scuola	si				
Altri operatori del territorio	si		no		
Altro	no				

PARTE 4

Approfondimenti

Consumi e abitudini assuntive: focus sulle sostanze cosiddette "ricreazionali"

La peer education: una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000

Il fenomeno delle sostanze stupefacenti tra i giovani

Indicatori della domanda di trattamento: i trattamenti nei servizi territoriali per le tossicodipendenze

Approfondimenti

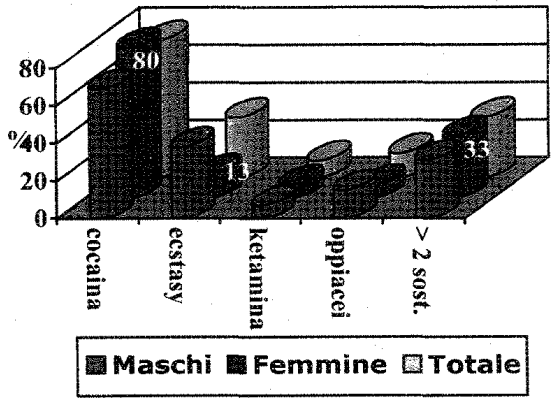
Consumi e abitudini assuntive: focus sulle sostanze cosiddette "ricreazionali"

Ad eccezione di Svezia e Finlandia, nell'Unione europea il consumo problematico di stupefacenti è per la gran parte ancora caratterizzato dall'eroina, spesso associata ad altri stupefacenti.
Secondo la Relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (O.E.D.T.), pubblicata nel 2003, le stime effettuate nei diversi Paesi oscillano tra lo 0.2% e l'1%, per un totale stimato di 1-1,5 milioni di consumatori problematici di stupefacenti.
L'eroina è la sostanza primaria che caratterizza la maggior parte delle domande di trattamento in Europa. In molti Paesi però, subito dopo gli oppiacei, cominciano ad emergere altre sostanze. La cannabis è quella citata con maggiore frequenza tra le domande di trattamento terapeutico. Questo quadro, cui contribuiscono diversi fattori, desta preoccupazione e richiede un approfondimento attualmente all'esame di un apposito gruppo tecnico presso l'O.E.D.T. L'Europa rappresenta il principale mercato mondiale per la cannabis: i 3/4 dei sequestri mondiali si registrano nell'U.E. Dagli indicatori disponibili risulta che il consumo di cannabis in molti Paesi europei è in aumento nella popolazione generale, soprattutto giovanile, e tra i giovani, soprattutto nelle zone urbane, diversi elementi suggeriscono che l'ecstasy abbia continuato a diffondersi. Dai dati prodotti a livello europeo, infine, emerge un aumentato consumo di cocaina e i principali indicatori (domanda di trattamento, decessi, sequestri) sembrano giustificare le preoccupazioni circa la sua diffusione nel consumo ed i problemi connessi. L'Europa è anche un'area rilevante di produzione e consumo di amfetamine ed ecstasy. Infine nuove sostanze sintetiche, caratterizzate da una prevalente componente allucinogena, si apprestano ad incrementare la già consistente offerta di sostanze psicotrope nel mercato illecito.
In questo panorama, come emerge da una valutazione della Commissione europea del novembre 2002, puntare alla riduzione della domanda di stupefacenti è un obiettivo prioritario. In tale direzione occorre rivestire la prevenzione di caratteri innovativi, soprattutto in considerazione dei modelli complessi di consumo di sostanze psicoattive e di dipendenza che scaturiscono dalla poliassunzione di droghe ed alcol, e delle pesanti conseguenze sulla salute e sui comportamenti.
Obiettivo dell'U.E. è una riduzione significativa della prevalenza d'uso di sostanze stupefacenti in particolare tra gli adolescenti (sotto i 18 anni). Tale obiettivo è da raggiungere in 5 anni anche attraverso interventi di prevenzione innovativi. Una particolare attenzione viene posta sull'uso di sostanze a fini ricreativi, poiché l'immagine negativa degli eroinomani, la ampia disponibilità/accessibilità ad altre sostanze, hanno influenzato radicalmente la scelta dei più giovani in materia di droghe. La scarsa riprovazione sociale e la mancata percezione dei rischi nei confronti di sostanze usate in ambito ricreativo, l'assenza di ogni informazione sul fattore "vulnerabilità" e "variabilità individuale" ne favoriscono la diffusione nel consumo, l'arruolamento facile di nuovi giovani assuntori, una quota di abuso superiore, abitudini assuntive più complesse ad una più elevata probabilità di andare incontro a dipendenze multiple. Questi elementi giustificano la preoccupazione sul consumo di sostanze psicotrope a fini ricreativi.

Il cambiamento di abitudini comporta difficoltà nella lettura del fenomeno, nella scelta delle strategie di intervento, perché non disponiamo di un sufficiente bagaglio di conoscenze sulla sua dimensione e di strumenti per affrontarne i risvolti sulla salute e sulla sicurezza.
I dati ufficiali al riguardo risultano fortemente sottostimati in quanto si riferiscono ai soli soggetti conosciuti dalle istituzioni, ma gli assuntori di sostanze di tipo ricreazionale sono più numerosi, come ricerche sul campo lasciano intravedere. Vecchie e nuove sostanze sono consumate insieme ed in combinazione tra loro originando problemi che iniziano solo ora ad approdare visibilmente ai servizi territoriali. Si avverte la necessità, soprattutto a fini di prevenzione, di trovare strategie più idonee basate su conoscenze raggiungibili attraverso un approccio scientifico, una necessaria sinergia tra ricerca ed operatività sul territorio.
Questa impostazione ha caratterizzato la prima rilevazione nazionale specifica effettuata da una vasta rete di servizi operanti nel campo delle dipendenze rappresentativi della maggior parte delle Regioni in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità (I.S.S.).
La ricerca è stata condotta nei servizi territoriali pubblici e del privato sociale. I servizi non rappresentano il luogo privilegiato per osservare il fenomeno delle droghe sintetiche ricreazionali, ma restano l'unico ambito in cui poter rilevare con qualche sistematicità la dimensione della parte emergente del fenomeno, gli effetti psicofisici e le ripercussioni a breve/lungo termine del consumo di droghe cosiddette ricreazionali (soprattutto in termini di uso problematico), per identificare luoghi e modalità di consumo, al fine di approntare interventi "sensati" di informazione e prevenzione mirata.
L'uso problematico di ricreazionali comincia ad essere visibile anche in queste strutture mettendo gli operatori di fronte alla necessità di differenziare ulteriormente le offerte e gli interventi. Lo studio mirava ad individuare la tipologia dei soggetti che si rivolgono ai servizi per consumo di sostanze ricreazionali, sostanze diverse da eroina, alcol e cannabis. Mirava a valutare il progressivo modificarsi del riferimento ai servizi da parte degli assuntori di sostanze ricreazionali per identificare i percorsi di arrivo, identificare modalità, strumenti e sistemi di intervento utilizzati nella pratica clinica corrente per queste sostanze ancora marginale nell'attività dei servizi.
Dai flussi informativi nazionali emergono dati circa la tendenza nel tempo alla diminuzione della proporzione dei problemi da eroina ed un crescente problema legato all'uso di ricreazionali. Questo trend risulta oggi ancora più evidente per la cocaina. Tra il 1999 ed il 2002, infatti, tra i soggetti in trattamento presso i servizi territoriali, la cocaina ha registrato un incremento del +80% come sostanza primaria, anche in termini di sostanza secondaria passava dal 21% al 27%. Problemi crescenti legati al consumo di cocaina sono rilevati anche al di fuori dei Sevizi sul territorio ed in ambiti di aggregazione giovanile.
Il Ministero dell'interno, sulla base dell'art. 75 del D.P.R. n. 309/90, considerando la sostanza d'abuso primaria, tra il 2000 ed il 2002, rileva a livello nazionale una riduzione del numero dei nuovi soggetti segnalati per eroina (da 1.093 a 556), ma un chiaro incremento di nuovi segnalati per sostanze ricreazionali, in primis cocaina, passando da 398 a 886 segnalazioni nel triennio considerato e da 68 a 131 per l'ecstasy. La preferenza accordata alla cocaina tra i giovani consumatori si percepisce anche negli ambiti di aggregazione e ricreativi.
Uno studio condotto dall'I.S.S. in collaborazione con le associazioni del privato sociale Parsec, il Cammino e la Tenda - nell'area romana -, attraverso analisi del capello effettuate in spazio di testa-microestrazione in fase solida (HS-SPME) e gas cromatografia-spettrometria di massa

(GC/MS), ha rilevato che oltre l'80% delle positività riscontrate riguardavano la cocaina (figura 1).

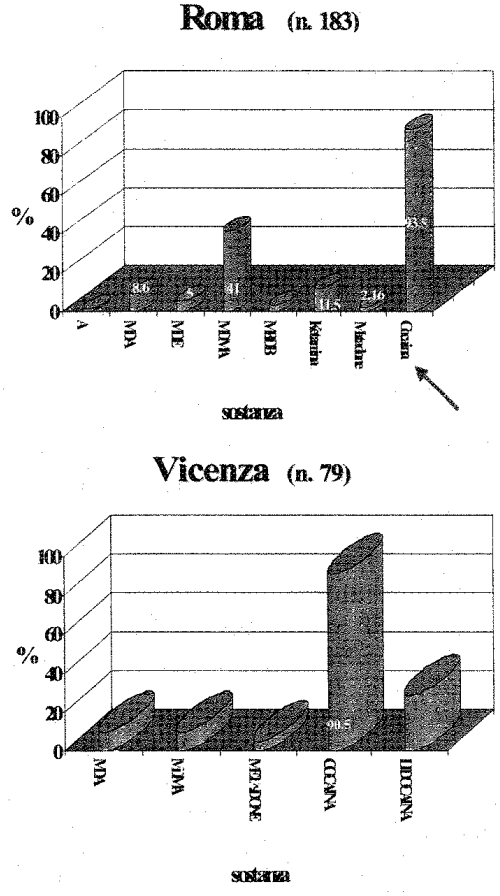
Figura 1. Ambiti ricreativi. Roma 2002 - Positività rilevate in HS-SPME GC/MS su capelli (n. 60)



E' da osservare la significativa presenza del genere femminile tra i positivi alla cocaina ed a più di due sostanze con un rapporto sostanzialmente, quanto insolitamente, paritetico tra i due generi.

Tenendo in debito conto la variabilità territoriale, con la stessa metodologia analitico-tossicologica di indagine, nel corso del 2003 sono stati messi a confronto due territori diversi tra loro per quanto riguarda buona parte degli indicatori disponibili. In collaborazione con l'associazione Parsec per l'area romana e con gli operatori del progetto "Blu Runner" della Regione Veneto per l'area vicentina, sono stati analizzati campioni di capelli di oltre 260 giovani soggetti contattati in ambiti aggregativi ricreazionali. Come mostrato dalla figura 2, i due territori mostrano una sostanziale sovrapponibilità in termini percentuali per la cocaina presente in oltre il 90% dei campioni positivi ad una o più sostanze e non di rado ad elevate concentrazioni.

Figura 2. Ambiti ricreazionali. HS-SPME GC/MS su campioni di capelli nell'area di Roma e di Vicenza - 2003



La crescente diffusione nel consumo si accompagna ad una regressione dell'età mediana di primo uso. In meno di cinque decadi, infatti, nel nostro Paese si è passati dai 30 ai 17 anni, con punte che toccano i 12-13 anni di età. L'uso di questa, come di altre sostanze, sembra quindi sempre più interessare le fasce adolescenziali della popolazione, soggetti cioè nei quali lo sviluppo neuro-endocrino e psicologico non è ancora compiuto e che quindi presentano una maggiore vulnerabilità ai danni da droghe ed alcol - a breve e a lungo termine -, danni sia sanitari che comportamentali. Già alla fine degli anni '80 emergevano evidenze ad indicare che l'uso di sostanze da parte di un soggetto, durante l'adolescenza, era correlato a pensieri psicotici nel giovane adulto e che il consumo pesante era associato ad un incremento di ideazioni suicide nel giovane adulto. Sulla base della letteratura corrente, è opinione diffusa che il consumo di droghe ed alcol tra gli adolescenti possa far prevedere una crescita di problemi derivanti da ansia, depressione, disordini di personalità, disturbi del comportamento. Si potrebbe, di conseguenza, ipotizzare la necessità di un maggior supporto da parte di Servizi di salute mentale. Diversi studi nella letteratura internazionale concordano nel prevedere una quota crescente di dipendenze crociate e di comorbidità (combinazione di uso/abuso precoce di sostanze e psicopatologie), in particolar modo nel genere femminile. Questa previsione sollecita un'attenta riflessione dal momento

che coinvolge la donna, non solo come individuo, ma anche come soggetto che culturalmente e socialmente è destinato a prendersi cura della prole e della famiglia oltre che, naturalmente, di se stessa.
L'aumentato consumo di cocaina si riflette anche in altri indicatori di interesse sanitario.
Si rileva, infatti, un incremento significativo delle morti direttamente causate dalla cocaina. I dati forniti dal Gruppo tossicologi forensi (G.T.F.), sulla base di riscontri analitici ed autoptici, sottolineano come la cocaina sia stata rilevata causa del decesso nel 2.8% dei casi sino al 1996, nel 7.9% dei casi tre anni più tardi e nel 13.8% dei decessi nel 2002 registrando un incremento di 11 punti percentuali. E' necessario sottolineare che le morti da cocaina sono certamente sottostimate in base alle seguenti considerazioni:

- le "morti da droga" riportate dal G.T.F. sono quelle nelle quali l'assunzione dello stupefacente ha un ruolo causale nel determinismo del decesso;
- i dati del G.T.F. sono esclusivamente quelli acquisiti direttamente dai componenti del G.T.F. e, pertanto, non possono comprendere la totalità della casistica dal momento che il territorio nazionale non è totalmente "coperto" da sedi universitarie con una sezione di Tossicologia forense e dal momento che la richiesta di accertamenti autoptici con consulenza tossicologica da parte dell'autorità giudiziaria non è capillare;
- la cocaina, determinando patologie cardiovascolari, può contribuire alla morte ed i decessi possono così non essere adeguatamente rilevati.

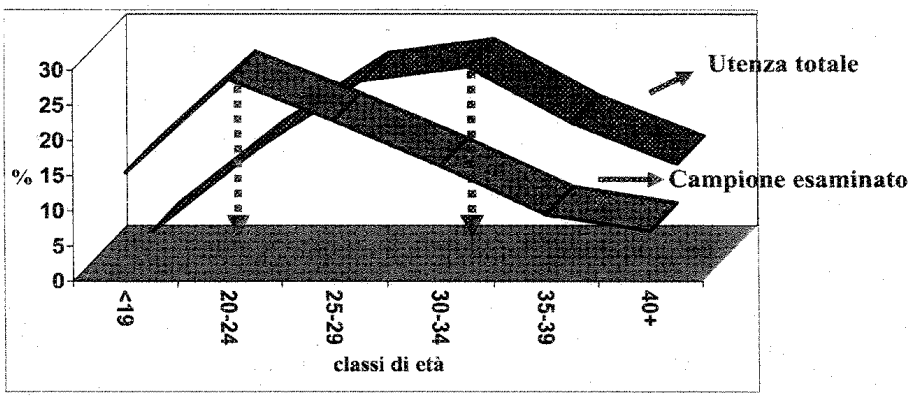
Il numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti, specialmente se associato ad altri fattori, è considerato un indicatore utile dell'andamento delle forme più gravi di uso di stupefacenti; pertanto, alla luce della diffusione del consumo, alla luce delle abitudini assuntive e nella consapevolezza del coinvolgimento di individui anche molto giovani, l'incremento dei decessi da cocaina è un ulteriore segnale che richiede adeguata attenzione da parte delle istituzioni.
Alla luce dei dati esaminati possiamo ragionevolmente concludere che il consumo di sostanze ricreazionali, ed in particolare della cocaina, rappresenti un problema da affrontare sotto il profilo della informazione, della prevenzione e della clinica. E' indispensabile una sinergia più stretta tra le istituzioni e competenze diverse, tra ricerca, monitoraggio e informazione.

Proprio questa logica ha guidato la *Ricerca sui Servizi e le sostanze "ricreazionali": una rilevazione clinica in Italia.* Si tratta della prima rilevazione specifica a copertura nazionale effettuata da 16 Regioni, le Province Autonome e due rappresentative associazioni del privato sociale operanti nel campo delle dipendenze in collaborazione con l'I.S.S.

La ricerca, la prima in Italia per copertura territoriale ed ampiezza del campione, ha riguardato l'85% del territorio nazionale, il 37% dei servizi territoriali ed il 42 % della numerosità del campione di interesse riportata dal Ministero della salute per l'anno di rilevazione. Nel campione esaminato (n. 1.911) di soggetti che afferivano ai servizi territoriali per problemi legati a sostanze ricreazionali (non eroina, alcol e cannabis) è stato rilevato un 73% di nuovi utenti, di persone cioè che per la prima volta si sono rivolte ad un servizio chiedendo una prestazione specialistica per problemi connessi al consumo di queste sostanze. Il dato potrebbe supporre l'inizio di un'onda lunga, una situazione cioè in cui è ragionevole aspettarsi l'arrivo alle strutture di cura di un numero crescente di persone, anche molto giovani, con problemi connessi a sostanze da tanti erroneamente percepite come prive di rischio. Nel campione, 4 soggetti su

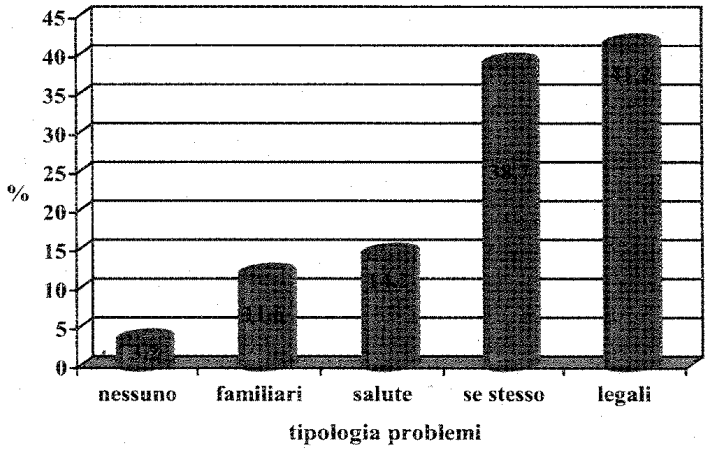
10, è stata effettuata una diagnosi di dipendenza ed un uso problematico veniva rilevato in 1 soggetto su 3, senza significativa distinzione di genere. Altra caratteristica del campione era l'età: questi soggetti erano significativamente più giovani rispetto al resto dell'utenza (figura 3).

Figura 3. Età al momento del contatto nel campione oggetto dello studio nell'utenza totale nazionale relativa all'anno 2000



Oltre il 44% dei soggetti con problemi da sostanze ricreazionali aveva un'età inferiore ai 24 anni contro il 17% dell'utenza totale dei servizi. Si trattava pertanto di persone più giovani. Significativa la quota del genere femminile che sotto i 24 anni supera quella maschile contrariamente a quanto avviene nel resto dell'utenza. Inoltre, è interessante notare che il 18% delle persone che richiedono un intervento specialistico per problemi connessi al consumo di ricreazionali non ha ancora compiuto i 20 anni di età. Questo dato è particolarmente interessante perché fornisce indicazioni utili in termini di intervento e di strategie preventive. Altrettanto utili a questo fine sono le indicazioni che emergono dall'analisi delle ragioni che hanno portato questi assuntori ai servizi (figura 4).

Figura 4. Motivazioni del soggetto al momento dell'ingresso nel servizio



Contrariamente al credere comune che limitava al campo legale i problemi connessi al consumo di sostanze ricreazionali, quasi il 39% dei soggetti chiedeva, di propria iniziativa, un intervento per smettere di usarle. Il 14% del campione presentava problemi di salute conclamati, in parte anche per problemi gravi di ansia; l'ansia è un problema che incide profondamente sulla qualità della vita, non solo dal punto di vista della salute, ma anche

da un punto di vista relazionale e può facilmente scadere in veri e propri problemi psichiatrici.
Eventi psichiatrici legati all'assunzione di queste sostanze già caratterizzano il 16% del campione contro il 10% stimato nella popolazione generale. Essi sono significativamente più presenti nel genere femminile e tra i nuovi utenti. La tendenza all'incremento rilevato nel nostro campione sembra sostenuta dalla constatazione negli ultimi anni di un incremento della comorbidità psichiatrica anche nell'utenza globale dei servizi. Ciò sembrerebbe cronologicamente anche coincidere con l'uso progressivamente in crescita delle sostanze oggetto della ricerca e con un comportamento assuntivo impostato sul policonsumo. In parallelo si osserva un accentuarsi dei disturbi del comportamento, più marcate forme di ansia e di aggressività in individui giovani. La ricerca ha inoltre rilevato una stretta connessione tra eventi psichiatrici ed esperienze traumatiche di vario genere.
In sintesi, quindi, gli utenti per sostanze ricreazionali sono persone giovani che non si sono mai rivolte in precedenza ad alcun servizio, che hanno già sviluppato problemi di salute, sociali e relazionali per i quali hanno bisogno di un intervento specialistico.
Una considerazione specifica merita l'analisi del luogo preferito di consumo. Contrariamente ad ogni aspettativa, nel 40% dei casi si preferisce consumare queste sostanze in casa, seguono i locali pubblici, i giardini e la strada. All'ultimo posto lo stadio. E' opportuno sottolineare che 1 soggetto su 3 utilizza sostanze considerate socializzanti e ricreazionali in solitudine o con il partner nell'ambito delle mura domestiche. Alcune ipotesi sostengono che il consumo di queste sostanze ha assunto tanto il connotato di normalità da prescindere dal contesto specifico di consumo; altre ipotesi puntano ad un uso di tipo "automedicazionale". Questa tendenza era già stata rilevata in uno studio multicentrico europeo (Snow-ball Study) condotto, per l'Italia, nell'area romana in un campione di cocainomani. Si era rilevato che soprattutto le donne usavano cocaina con questa finalità, per sedare l'ansia, diminuire la depressione, ridurre la noia. Ma più consumavano cocaina e più cadevano nella depressione, nell'ansia e nella noia il che portava a consumare sempre più cocaina. Si instaurava un circolo vizioso che portava a problemi con una velocità esponenziale.
Alla luce delle indicazioni forti emerse dalla ricerca sugli assuntori di sostanze ricreazionali presso i servizi territoriali italiani e delle considerazioni sin qui riportate, è sensato chiedersi verso quale prevenzione pensiamo di andare.
La strategia politica del Governo nel settore della prevenzione terrà conto anche delle indicazioni emerse da questa ricerca.

La "peer education": una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000

L'Unione europea e l'Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.) hanno indicato l'educazione "life skills" come uno degli obiettivi prioritari dell'educazione delle nuove generazioni: da anni promuovono programmi life skills e progetti di "peer education" come percorsi educativi efficaci per i giovani, in quanto permettono di elaborare strategie di intervento per prevenire il disagio all'interno e all'esterno dell'ambiente scolastico.
A livello internazionale, il termine life skills viene utilizzato per indicare le competenze psicosociali e le capacità che mettono in grado gli individui di affrontare efficacemente le esigenze e i cambiamenti della vita quotidiana.
Le life skills fondamentali, trasversali a tutte le altre, identificate dall'O.M.S. (1992) sono:

1. "problem solving": affrontare e risolvere in modo costruttivo i problemi quotidiani;
2. pensiero critico e pensiero creativo: analizzare la situazione in modo analitico, esplorando le possibili alternative e trovando soluzioni originali;
3. comunicazione efficace: esprimersi in modo appropriato alla situazione e all'interlocutore, sia a livello verbale sia a livello non verbale;
4. empatia: riconoscere, discriminare e condividere le emozioni degli altri;
5. gestione delle emozioni e gestione dello stress: riconoscere e regolare le proprie emozioni e gli stati di tensione;
6. efficacia personale: convinzione di poter organizzare efficacemente una serie di azioni necessarie a fronteggiare nuove situazioni, prove e sfide;
7. efficacia collettiva: sistema di credenze, condivise da un gruppo, circa la capacità di realizzare obiettivi comuni.

La crescente diffusione dei progetti life skills riflette la tendenza, che si sta diffondendo sempre più, ad un approccio olistico all'educazione preventiva, come reazione all'evidente fallimento delle strategie di "shock" e alle campagne incentrate sul "just say no" (rifiuto). L'educazione alle life skills è molto più di una strategia di prevenzione: rappresenta il riconoscimento del diritto-dovere dei giovani ad assumere la responsabilità della propria salute e del proprio percorso formativo e del diritto-dovere d'intraprendere azioni positive per sé promuovendo relazioni sociali costruttive ed efficaci (O.M.S. 1997). Per facilitare l'apprendimento delle life skills sono utilizzate diverse metodologie: peer education, azioni di skills, discussioni e lavoro di gruppo, sottogruppo e di intergruppo, dibattiti, brainstorming, role-playing. Questi metodi costituiscono ciò che più chiaramente distingue i programmi di life skills dalle iniziative di divulgazione informativa largamente diffusi, anche all'interno delle scuole.
Nel 1997 l'Unione europea promosse la realizzazione di progetti di prevenzione alla salute che utilizzassero la peer education come metodologia privilegiata per i giovani dai 13 ai 25 anni. Attraverso una serie di incontri internazionali, a cui hanno partecipato delegati delle diverse Nazioni, si è arrivati all'elaborazione delle guidelines europee che necessitano di essere calate nella realtà locale e di essere concretizzate in azioni educative contestualizzate (1999, Europeer Conference, Malmo).

La peer education è definita come un metodo educativo in base al quale alcuni membri di un gruppo vengono responsabilizzati, formati e reinseriti nel proprio gruppo di appartenenza per realizzare precise attività con i propri coetanei. Si tratta di un approccio complesso che richiede un'efficace strategia di progetto, un'accurata formazione ed un costante monitoraggio dei processi attivati.
Dall'inizio degli anni novanta, la peer education si è diffusa in tutta Europa ed essa è attualmente considerata una delle metodologie più efficaci che suscita entusiasmo nei giovani e negli educatori come un approccio nuovo (per i giovani dai 13 ai 25 anni) che mette in discussione il ruolo dell'"esperto" tradizionale (Svenson,1999). La scuola è uno dei contesti educativi privilegiati in cui promuovere programmi di peer education, in quanto può favorire l'assunzione di un ruolo responsabile ed attivo da parte degli studenti, dei docenti e dei genitori all'interno dell'istituzione.
Nel 1998 quindici stati membri della Comunità europea, la Repubblica Ceca, l'Unicef, l'WHO Europe e l'UNAIDS hanno costituito un network con l'intento di riunire - in un'ampia e variegata coalizione di progetto - esperti, giovani, ricercatori, associazioni e Ministeri dell'educazione e della sanità per sviluppare nuove linee guida per un intervento di formazione sistematico e significativo nell'ambito dell'educazione alla salute e della prevenzione del disagio giovanile. A tal fine, è stato elaborato il progetto Europeer, denominato "Piano di azione congiunta europea sulla peer education tra i giovani all'interno e all'esterno del contesto scolastico" la cui realizzazione è entrata attualmente nella sua terza fase. Nella prima fase sono state delineate le linee guida internazionali su cui modellare i percorsi formativi realizzati dai singoli partners in diversi contesti educativi. Nella seconda fase, che si è conclusa nel mese di marzo 2002, ogni Paese dell'Unione europea ha condotto su scala nazionale un'analisi dei bisogni tra i giovani e attualmente si sta elaborando una mappatura dei progetti e della letteratura di ricerca. Nel corso dell'anno, gli stati membri si sono preparati ad istituire appositi Centri nazionali.
La mission educativa condivisa dal network dei Paesi membri è la seguente: "La mission del Network Europeer è di sostenere, promuovere e sviluppare in Europa le iniziative di peer education tra i giovani focalizzate sull'educazione alla salute e sulla promozione e raggiungimento delle life skills affrontandone le relative problematiche" (Malmo, 2000).
Il network sostiene e promuove, in accordo con quanto previsto dalla Convenzione O.N.U. (1989) sui diritti dei minori, il principio che riconosce nei giovani il fondamento sul quale fondare lo sviluppo delle politiche riguardanti la salute e i progetti nazionali per la lotta al disagio scolastico e sociale. Nei Paesi dell'Europa dell'Est, dove spesso la situazione dei giovani è scioccante in relazione ai temi dei diritti e della salute, la rete Europeer è al momento impegnata nella valutazione e nello sviluppo della peer education e dell'educazione alle life skills per conto di cinque agenzie della Organizzazione delle Nazioni Unite. All'interno del programma Europeer è estremamente difficile e complesso confrontare tra loro i vari progetti realizzati e valutarne i risultati, poiché esistono notevoli differenze determinate dalle caratteristiche demografiche e dalla cultura dei gruppi target, quali il contesto e l'ambiente socio-economico, la formazione e la motivazione ad agire dei vari peer educator, il contenuto e la fasi dei programmi di attuazione, gli scopi e gli obiettivi dei progetti, i relativi percorsi di formazione e le diverse metodologie di valutazione impiegate. Tuttavia, basandosi sulle guidelines, sulla letteratura di ricerca e sui vari monitoraggi internazionali (Svenson-Tripp, 2001) effettuati, si è riusciti ad individuare alcuni modelli teorici e metodi di valutazione a cui fa riferimento la maggior parte dei Paesi europei per realizzare i progetti di peer education in ambito di prevenzione della salute.

La scala della partecipazione di Hart (1992): un modello per tutti i Paesi europei

La scala di Hart analizza, in ordine crescente, le varie modalità di partecipazione che gli studenti possono mettere in atto a scuola, sottolineando le responsabilità dei docenti nel promuovere o meno le condizioni per una loro partecipazione reale ed efficace ai progetti di prevenzione che li riguardano.
Manipolazione. Se nei giovani non viene promosso lo sviluppo di un buon livello di efficacia personale e collettiva, essi tendono più facilmente al conformismo per vincere l'ansia; se non conoscono o non comprendono le problematiche dell'ambiente in cui sono inseriti, perché non sono stati adeguatamente informati, non possono partecipare in modo consapevole alla realtà che li circonda facendosi condizionare e manipolare da parte degli adulti e del gruppo.
Marginalità. Si tratta del gradino direttamente superiore alla manipolazione: gli adulti sostengono una causa fingendo che sia stata direttamente indicata dagli studenti. In questo caso, i giovani sono strumentalizzati dagli adulti che mirano a sostenere la propria causa in maniera indiretta.
Rinforzo. Ai giovani viene data la possibilità di esprimere le proprie opinioni, ma nella pratica le possibilità di scelta sull'argomento trattato ed il relativo stile comunicativo sono molto limitate e gli studenti hanno ben poche o addirittura nessuna possibilità di formulare proprie opinioni. In questo modo, viene comunque rinforzato indirettamente il ruolo decisionale degli adulti
Subordinati, ma ben informati. A questo livello si può parlare di partecipazione consapevole: i giovani comprendono gli scopi del progetto; sanno chi ha deciso di coinvolgerli e ne conoscono i motivi; svolgono un ruolo significativo; hanno accettato di partecipare al progetto dopo che ne sono stati spiegati i contenuti, gli obiettivi e i percorsi.
Consultati e informati. Il progetto è definito e gestito dagli adulti, ma gli studenti ne comprendono i processi e le loro opinioni sono prese in seria considerazione per apportare modifiche ai programmi in atto. I progetti vengono avviati dagli adulti, ma i giovani sono coinvolti nel processo decisionale.
Iniziativa e gestione da parte di studenti. Il processo decisionale avviene condividendo le proprie opinioni con gli adulti. Progetti di questo tipo sono rari e non certo perché gli adolescenti non desiderino rendersi protagonisti, ma principalmente perché sono poco consultati durante la fase di elaborazione dei programmi che li riguardano o perché non possiedono sufficienti strumenti ed occasioni di partecipazione attiva e consapevole ai vari momenti della vita scolastica.

Il programma di sperimentazione italiano

Finalità ed obiettivi
A livello internazionale i programmi di educazione alla salute superano oramai il concetto riduttivo di "malattia" o del "disturbo patologico" e definiscono "la salute" come benessere psico-fisico e valorizzazione delle potenzialità di ogni individuo (O.M.S. 1990). In questa prospettiva la scuola riconosce la promozione della salute come finalità sottesa a tutto il curricolo formativo. In quest'ottica, è stato realizzato il programma triennale di sperimentazione (2000 -2003) del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca: "La peer education: una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000" con tre finalità principali:

- seguire le indicazioni della Comunità europea (peer education for health – guidelines 1998) e dell'O.M.S. (life skills program, 1997) in ambito di prevenzione delle tossicodipendenze fra i giovani per avviare una sperimentazione nazionale con criteri di valutazione definiti e standard di qualità certi;
- offrire alle Province coinvolte, attraverso un'attiva collaborazione con l'Università, percorsi innovativi per prevenire e combattere le dipendenze e la dispersione scolastica fra le nuove generazioni;
- promuovere la nascita di un sistema di servizi integrato sul territorio che veda la scuola come catalizzatore delle esperienze messe in atto.

Il programma ha avuto come obiettivo fondamentale quello di attivare progetti di educazione alle life skills (le competenze psicosociali) utilizzando la metodologia della peer education (educazione fra pari), affinché ogni studente fosse messo in grado di inserirsi attivamente nella propria comunità scolastica: attraverso l'esercizio della cittadinanza studentesca l'alunno può implementare quelle skills necessarie ad una piena integrazione sociale. La partecipazione studentesca diventa uno strumento per prevenire e combattere il disagio giovanile, per sostituire all'estraneità il senso di appartenenza, per evitare la frustrazione e l'auto-emarginazione.
Il programma ha riconosciuto nella scuola il suo centro catalizzatore e nel raccordo con la ricerca universitaria il suo fondamento scientifico.

Soggetti coinvolti

Il progetto coinvolge 20 Province, 120 scuole superiori, 480 classi di II o III anno, studenti, docenti, genitori, dirigenti scolastici, università, IRRE, Enti locali che hanno costituito una coalizione di progetto a livello provinciale e di singolo istituto scolastico e si articola in una molteplicità di progetti formulati dalle singole classi su aree di miglioramento legate alla prevenzione delle dipendenze.

Schema delle modalità di lavoro adottate

Il comitato tecnico – scientifico costituito a livello nazionale ha provveduto ad elaborare i percorsi di formazione e di valutazione sugli aspetti progettuali comuni a tutte le Province coinvolte.
In ogni scuola sono stati individuati e formati i docenti – tutor - che hanno definito il gruppo target fra gli studenti; ogni classe, opportunamente guidata, ha individuato l'area di miglioramento e i peer educator – studenti - che sono stati scelti e formati con criteri modulati secondo i diversi progetti da realizzare in ogni contesto territoriale. Il docente referente per l'educazione alla salute, presente in ogni Provincia, ha svolto un ruolo di monitoraggio e di consulenza durante ciascuna fase del progetto definendo gli incontri con l'Università per garantire i percorsi di implementazione e di valutazione.

Scelte operative e di pianificazione / i docenti tutor

Alla luce di quanto esposto, la peer education costituisce una strategia particolarmente efficace per l'educazione alle life skills in ambiente scolastico, poiché è uno strumento pedagogico innovativo ed alternativo che può migliorare il rapporto tradizionale insegnante/allievo, "trasformando"gli studenti in agenti di cambiamento. "Ciò comporta per gli insegnanti il dovere di accompagnamento dei giovani, non solo nel mondo della cultura ma nella vita della scuola e della società organizzata per facilitare i percorsi, evitare gli insuccessi, rafforzare le motivazioni alla crescita" (Carta europea di Roma, 1994). I docenti, per sfruttare al meglio le opportunità offerte dalla peer education devono "ripartire" da ciò che i propri studenti pensano sulle tematiche da affrontare anche se i loro pareri possono sembrare superficiali o non convenzionali; è fondamentale che gli

studenti percepiscano che la collaborazione con il proprio docente è improntata ad atteggiamenti di apertura, di rispetto e di fiducia reciproci.
Nella peer education gli studenti, assumendo varie iniziative appositamente predisposte per coinvolgere i coetanei, diventano veri e propri agenti di cambiamento delle conoscenze, degli atteggiamenti, delle credenze e dei comportamenti all'interno di un determinato gruppo target.
Prima di scegliere i futuri peer educator, bisogna considerare gli obiettivi che il singolo progetto si prefigge; le esperienze finora realizzate si sono proposte per lo più la diminuzione dell'uso di sostanze tossiche o della microcriminalità o la prevenzione dei comportamenti dannosi alla salute. Il ruolo dell'adulto è importante e delicato: egli deve evitare il pericolo dell'insorgere di disagio nei peer educator a causa dell'insufficiente elaborazione delle informazioni e dell'ansia provocata dalla responsabilità assunta nei confronti del gruppo.
Formulare e definire un progetto di peer education comporta difficoltà particolari legate soprattutto alla compresenza in tutte le fasi (monitoraggio dei bisogni, individuazione degli obiettivi, definizione del percorso, attuazione e valutazione) di docenti e studenti: nell'attuazione di un corretto programma di peer education non si assiste mai ad una confusione di ruoli o di competenze. Preparare bene i peer educator significa fornire informazioni chiare circa l'obiettivo e l'argomento da affrontare, renderli consapevoli del loro ruolo, raccomandare riservatezza e coerenza di comportamento. Sostenere validamente i peer educator, significa rispettare correttamente il ruolo che è stato loro assegnato e contemporaneamente essere disponibili alle richieste di chiarimento o di aiuto, costituire un punto di riferimento per tutta la durata del progetto con una continua attività di monitoraggio e revisione tanto costante quanto discreta.
Da tutto ciò si evince l'estrema delicatezza della posizione del docente tutor che deve essere opportunamente formato nella convinzione che gli studenti e la classe siano una risorsa imprescindibile del percorso educativo. L'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra i peer educator e il docente tutor è, di per sé, un risultato positivo in quanto esperienza di comunicazione efficace e di cooperazione costruttiva tra giovani ed adulti e costituisce un elemento indispensabile per il successo del progetto.
Naturalmente ogni progetto di peer education è originale ed ha percorsi di sviluppo propri; in tutti però il gruppo target, i peer educator e i docenti tutor sono il perno intorno al quale ruota l'azione educativa. La presenza e il continuo monitoraggio da parte della coalizione di progetto permetterà di integrare i percorsi individuati nel Piano dell'offerta formativa (P.O.F.) di ogni scuola. E', inoltre, indispensabile la collaborazione attiva di un "supervisore" che coordini le varie fasi e le persone coinvolte, formatori, educatori, valutatori.
La pianificazione prevede le seguenti operazioni:

- analisi dei bisogni ed individuazione degli obiettivi prioritari;
- creazione della coalizione di progetto idonea;
- analisi della tipologia del gruppo classe;
- individuazione dei criteri per scegliere i peer educator;
- individuazione dei docenti tutor;
- sviluppo di un modello di progetto;
- nomina di un coordinatore di progetto;
- definizione delle metodologie e dei tempi di valutazione;
- sviluppo di un piano d'azione;
- predisposizione delle attività di formazione dei peer educator;
- predisposizione delle attività di sostegno;
- predisposizione della formazione dei docenti;
- realizzazione delle attività in classe.

E' importante definire obiettivi precisi e circostanziati che permettano di condurre un'azione ben definita e di enucleare indicatori e criteri di valutazione precisi che permettano di misurare l'efficacia dei processi. Qualunque sia l'obiettivo prescelto, è indispensabile che sia condiviso dalla classe e considerato efficace per il raggiungimento del benessere individuale e collettivo. Durante lo svolgimento del progetto i peer educator avranno modo di migliorare le proprie competenze psicosociali e grazie alla loro azione sarà possibile per gli adulti entrare in relazione più profonda con gli studenti non essendo percepiti come "invasori" del loro mondo per imporre i propri valori, ma come facilitatori di apprendimento e presenze competenti a cui rivolgersi con fiducia perché capaci di ascolto senza pregiudizi. Se il piano d'azione deve essere puntuale, il modello di progetto va concepito come un insieme di azioni dinamico e flessibile in grado di adattarsi e modificarsi in rapporto all'evoluzione delle dinamiche relazionali, agli esiti della valutazione in itinere e secondo i suggerimenti dei peer educator. Nelle prime fasi del progetto potrebbe essere necessario un maggiore controllo da parte dei docenti tutor che progressivamente dovrebbe attenuarsi fino alla completa autonomia dei peer educator nell'ambito del percorso e delle attività concordate insieme.

Formazione

La formazione è stata affidata all'Associazione Crescere Onlus che ha elaborato, in collaborazione con il comitato tecnico – scientifico nazionale, specifici moduli su life skills e peer education indirizzati a docenti, studenti e genitori, garantendo momenti formativi di carattere nazionale e provinciale.

In generale, il contenuto dei programmi di formazione dei peer educator può essere diviso in quattro sezioni:

1. miglioramento, sviluppo di conoscenze legate all'area di miglioramento scelta;
2. acquisizione di strategie per lavorare in gruppo;
3. acquisizione e sviluppo di skills di comunicazione efficace;
4. supervisione e sostegno.

La prima e l'ultima sezione sono strettamente legate ad ogni singolo progetto e alle dinamiche relazionali che si genereranno all'interno di ogni gruppo; la seconda e la terza presentano contenuti e modalità più generici. La prima sezione risponde alla necessità di fornire conoscenze chiare e corrette circa l'obiettivo e il contenuto del progetto per mettere in grado i futuri peer educator di rispondere alle domande dei coetanei o di intervenire nella vita del gruppo per correggere credenze, visioni distorte e per decodificare messaggi più o meno espliciti. Devono, quindi, comprendere pienamente l'argomento trattato, essere regolarmente aggiornati ed avere la possibilità di consultare facilmente i docenti tutor e gli esperti in caso di necessità.

La seconda sezione formativa affronta le problematiche relative alle differenze interpersonali, alla comprensione e al rispetto dell'altro, esaminando anche le dinamiche che portano al pregiudizio ed alla discriminazione. Proprio accettando il confronto e mettendosi in discussione, analizzando le proprie credenze, i pregiudizi e le debolezze, gli studenti potranno acquisire metodi e strategie efficaci per lavorare in gruppo con i propri compagni.Nella terza sezione i giovani affronteranno la formazione volta all'acquisizione delle life skills indispensabili per l'esercizio del loro ruolo. Inoltre, dovranno acquisire tecniche per comunicare in modo semplice ed immediato, per condurre efficacemente le attività di gruppo, sapendo moderare eventuali dibattiti, per gestire le proprie emozioni, per riportare la discussione nei confini del problema in esame e nei termini di un confronto costruttivo. La quarta sezione prevede che anche il monitoraggio e la revisione delle azioni realizzate siano un