

La prevenzione delle dipendenze: una nave in balia dei venti? Le politiche di prevenzione delle dipendenze dagli anni '70 ad oggi, in Italia e in Umbria

Addiction prevention: a ship at the mercy of the winds? Prevention policies on addictions from the 1970s to today, in Italy and Umbria

Angela Bravi

Direzione regionale Salute e Welfare, Sezione Salute mentale e dipendenze - Regione Umbria

Parole chiave: promozione della salute, fondo nazionale lotta alla droga, integrazione sociosanitaria, droghe

RIASSUNTO

Le politiche di prevenzione delle dipendenze dagli anni '70 del secolo scorso, ovvero gli anni di esordio dei fenomeni connessi alla diffusione di droghe, fino ad oggi, sono state condizionate non solo dallo sviluppo delle conoscenze e delle esperienze, ma dalla spinta di fattori culturali, sociali ed economici. Nei diversi periodi, le normative adottate in Italia hanno dato impulso prevalentemente all'uno o all'altro versante di azione, e la regia è transitata tra istituzioni diverse. Ne è scaturito, nel corso degli anni, lo sviluppo di un insieme sempre più articolato di interventi, sostenuti da evidenze di efficacia, tuttavia permangono a tutt'oggi anche forti elementi di criticità. Le tappe principali di questo percorso storico sono individuate nella legge 685 del 1975, che per la prima volta affronta il problema droga in maniera organica integrando la prevenzione accanto alla cura e riabilitazione, la legge 162 del 1990, che consolida il sistema di intervento ed istituisce il Fondo nazionale per la lotta alla droga, la legge 328 del 2000, che attribuisce un ruolo rilevante ai Comuni nell'azione preventiva a valenza sociale ed educativa, la legge 49 del 2006, che vira verso un'impostazione fortemente repressiva, il Programma Guadagnare salute e il Piano nazionale di prevenzione 2014-18, di iniziativa del Ministero della Salute. Per migliorare il coordinamento degli interventi, si propone la definizione di un Piano di azione nazionale per le dipendenze, inclusa l'area della prevenzione, coerente con le indicazioni della Strategia e del Piano adottati dall'UE.

Autore per corrispondenza: abravi@regione.umbria.it

Key words: health promotion, National Fight Against Drugs Fund, social-health integration, drugs

SUMMARY

The last century's prevention policies on addictions, from the 1970s, the years of onset of the phenomena linked to the spread of drugs, have been constrained, until now, not only by the development of knowledge and experience, but by the push of cultural, social and economic factors. Over the years, the regulations adopted in Italy have given impulse to one or the other side of the actions put into place, and direction has transited across several institutions. Over the years this has led to the development of a set of ever more articulated interventions, supported by the evidence of effectiveness, although strong critical elements remain. The main phases of this historic course are identified in: Act n. 685, 1975, which for the first time addresses the drug problem, organically integrating prevention alongside care and rehabilitation. Law n. 162, 1990, which consolidates the intervention system and establishes the national Fund for the fight against drugs. Law n. 328, 2000, which gives a prominent role to the municipalities in their preventive actions of social and educational value. Law n. 49, 2006, which veers towards a highly repressive organization, the Earn Health Programme and the 2014-18 National Prevention Plan, initiatives of the Ministry of Health. To improve coordination of interventions, the definition of a National Action Plan for addictions has been proposed, including the area of prevention, in line with the directives of the Strategy and Plan adopted by the EU.

Premessa

Il 5 dicembre 1970 si svolge a Terni l' *"Incontro-dibattito tra educatori sui problemi della droga tra i giovani"*, promosso dall'ufficio provinciale dell'Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali (AAI) del Ministero dell'Interno, nell'ambito di un programma di educazione sanitaria che l'ente svolge da anni.

Dall'intervento di apertura: *"Il problema della droga è ... forse ancora più grave se lo interpretiamo come il sintomo del disagio, del disorientamento, della protesta giovanile; sotto questo profilo non è un problema che attenga una singola disciplina. Le cause di questo disagio sono diffuse nella società, nella sua organizzazione, nel suo modo di funzionare. Qualcosa evidentemente non va nel rapporto del giovane con la famiglia, con la scuola, con la società. Rimuovere queste cause è dovere ed impegno della società stessa, di ciascuno di noi come membro di questa società."*

Fra frasi che ad una prima lettura possono apparire scontate. Ma non per quel periodo storico.

Fino a pochi anni prima l'uso di droghe era un fenomeno di nicchia, associato nell'immaginario collettivo ad ambienti elitari o trasgressivi, e nel corso del '900 era stato affrontato con un approccio legislativo centrato, seppure con orientamenti divergenti tra le leggi che si erano succedute, esclusivamente sull'individuo; solo ora, registrati i primi segnali di espansione nelle grandi città, con episodi eclatanti riportati ampiamente dai media, si comincia ad indagare la sua valenza come fenomeno sociale, e si avverte l'esigenza di un intervento capace di contrastarne la diffusione non solo sul piano securitario ma a livello sociale e culturale.

Il convegno affronta il tema pur in assenza di manifestazioni significative nel territorio, in una interpretazione dell'educazione sanitaria come pratica capace di cogliere con anticipo i proble-

mi, in antitesi rispetto a quella rincorsa dietro alle emergenze che si instaurerà di lì a poco, man mano che si diffonderanno nuove forme di consumo di sostanze e nuovi problemi.

La lettura di alcuni interventi ci riporta al clima e alle visioni prevalenti nel periodo, si parla di 'droga' in senso onnicomprensivo, senza distinguere *'le'* droghe, si associa l'uso di droga ad altri comportamenti devianti e in specie 'la triade con sesso e violenza', si identifica quella dei giovani come una *'subcultura'* estraniata dalla società adulta. Ma in altri interventi si accennano prospettive di analisi e prime ipotesi di intervento che si dispiegheranno concretamente in anni successivi; si abbozza un'analisi multidisciplinare che riconnette il tema alla profonda crisi sociale e culturale allora in atto; si chiede più ricerca, specie in campo sociologico; si cerca soprattutto di *comprendere*, allargando il campo di osservazione e rifiutando troppo facili esemplificazioni: *"L'uso della droga è per molti giovani pur sempre un'azione che, anche se assai male espressa e incoordinata, è un segno della propria presenza"*. *"Piuttosto che parlare di disadattato noi dobbiamo parlare di società disadattante. Si tratta di un problema educativo, politico, sociale; ... non si tratta tanto di reprimere, quanto piuttosto di prevenire modificando una società disadattante"*. Si fa largo, evidentemente, il concetto di 'prevenzione', non ricondotta alla sola dimensione dell'individuo ma concepita come un'azione complessa protesa verso le radici del problema: la vulnerabilità dell'individuo, la sua rete di relazioni, le più vaste dinamiche sociali e politiche.

Nel dibattito vengono coinvolti insegnanti, genitori, sanitari, giornalisti, funzionari, politici locali, qualificati tutti come 'educatori', poiché *"non è sufficiente denunciare la gravità del fenomeno ma è ormai tempo di porre in atto, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, interventi operativi concordati e coordinati. Il problema della droga investe ... direttamente la responsabilità degli educatori a tutti i livelli"*.

L'incontro testimonia un fermento generale che si va sviluppando in quel periodo intorno al tema e che si traduce nella ricerca di chiavi di lettura composite, che aiutino a riattivare un contatto con quella realtà giovanile che sembra sfuggire di mano, di risposte adeguate alle dimensioni che il fenomeno va assumendo in alcune metropoli. In realtà sono stati avvertiti appena i prodromi di fenomeni che si svilupperanno a valanga di lì a breve e che, associati ad un complesso di trasformazioni dei valori e dei costumi, investiranno le società occidentali come uno tsunami portando a cambiamenti radicali del sentire e del vivere comuni.

Si avvierà in quegli anni in Italia, sotto la spinta di potenti istanze di cambiamento, la stagione delle grandi riforme; anche il ragionamento pubblico sulle droghe si inserisce in questo percorso e approderà all'emanazione della legge 685 del 1975, che per la prima volta affronterà il problema 'droga' in maniera organica (1).

Partendo da queste prime indicazioni si aprirà un lungo percorso che porterà, nei decenni successivi, allo sviluppo di un ampio ventaglio di interventi sostenuti dall'avanzare della ricerca, tuttavia nel campo della prevenzione l'obiettivo sostanziale delineato già nel convegno di Terni, di attivare un insieme di *"interventi operativi concordati e coordinati"*, non sarà (ad oggi) mai completamente raggiunto. I Ministeri della Salute, dell'Istruzione, delle Politiche sociali e

giovanili, molte Regioni ed Enti locali, attiveranno programmi di prevenzione anche di qualità, tuttavia la regia rimarrà sostanzialmente separata e non si giungerà a convogliare le diverse strategie entro un piano unitario, completo, diffuso in tutto il territorio nazionale.

La legge 685 del 1975: la centralità della scuola

La legge 685, *"Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi casi di tossicomania"*, opera un'inversione completa rispetto alla precedente normativa, ovvero la legge n. 1041 del 22 ottobre 1954 (2), di impostazione nettamente repressiva e priva di distinzioni tra spaccio e consumo. Per la prima volta vi trovano spazio, sulla base di una lettura del fenomeno come problema di natura sociale e in un quadro normativo che affronta in maniera complessiva tutti gli aspetti, il diritto alla cura e riabilitazione della persona dipendente e la tutela della collettività in termini di prevenzione e di intervento generale.

Il ruolo di indirizzo e coordinamento delle politiche in materia di prevenzione, cura e riabilitazione viene affidato al Ministero della Sanità. Alle Regioni sono affidate le funzioni di prevenzione ed intervento in applicazione degli indirizzi statali, con la costituzione dei Comitati regionali per la prevenzione delle tossicodipendenze e l'attivazione di servizi sanitari specifici per il trattamento e la riabilitazione dei tossicodipendenti, i Centri medici e di assistenza sociale (CMAS), che saranno gestiti inizialmente dai Comuni e successivamente alla riforma sanitaria dalle Unità sanitarie locali. La legge, inoltre, valorizza ed istituzionalizza il ruolo degli enti ausiliari, prevedendo un rapporto anche economico, tramite convenzione, con gli enti pubblici; in questo opera un riconoscimento delle tante realtà di volontariato che in quegli anni, sostenute da motivazioni di tipo religioso o di impegno civile, avevano percorso e stimolato l'intervento pubblico.

La prevenzione è inclusa come componente necessaria e complementare dell'intervento, accanto alla cura e al supporto sociale delle persone tossicodipendenti. Sostanzialmente, è affidata al sistema dell'istruzione e si traduce nella realizzazione di interventi informativi ed educativi.

Il Provveditore agli studi deve istituire un comitato di studio, programmazione e ricerca per il coordinamento e supporto delle attività da svolgere nelle scuole; si prevedono quindi *"corsi sull'educazione sanitaria e sui danni derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope"* per gli insegnanti, lezioni e conferenze per i genitori, lezioni, colloqui e studi per gli studenti.

Un ulteriore contesto di intervento è individuato nel servizio militare, con lezioni nelle accademie militari, nelle scuole per gli allievi ufficiali e ai giovani militari in servizio di leva.

La prevenzione essenzialmente come informazione, quindi. Nella convinzione che i comportamenti potenzialmente dannosi siano assunti per un deficit informativo, per cui le persone non conoscono o sottovalutano i rischi e le conseguenze negative per la salute; di qui la scelta di intervenire in quei contesti in cui è possibile raggiungere il maggior numero di giovani. Solo più tardi si comprenderanno i limiti dell'approccio centrato esclusivamente sull'informazione, in quanto non in grado di agire sulle motivazioni più profonde, sull'immaginario che sostiene

i consumi, sui molteplici fattori sociali, culturali ed anche economici che li condizionano. E allo stesso modo sarà dimostrata l'inutilità delle cosiddette *"attività di propaganda"* richiamate dalla legge, che in seguito saranno ridefinite come "campagne di informazione", peraltro senza riuscire ad interromperne l'attuazione e il relativo investimento di risorse pubbliche.

I nuovi CMAS, deputati essenzialmente a compiti di cura e "recupero sociale", nelle previsioni della legge non contribuiscono alle attività di prevenzione e da più parti si chiederà l'inclusione di questa attività tra le loro funzioni. Sono invece molto attivi gli enti del privato sociale, che intervengono spesso in maniera autonoma nelle scuole, portando l'esperienza delle comunità terapeutiche e in molti casi la testimonianza diretta delle persone che hanno vissuto l'esperienza tossicomana: un approccio che sarà messo in discussione dal mondo scientifico, in quanto suscettibile di rinforzare un'immagine mitizzata, se pur connotata in negativo, delle droghe e dei loro utilizzatori.

In Umbria il recepimento della legge 685 passa per una serie di provvedimenti. Inizialmente la legge regionale 17 giugno 1977, n. 29 (3), affida ai Comuni le funzioni di prevenzione ed intervento; successivamente viene deliberato un piano di intervento, comprensivo della realizzazione dei Centri medici e di assistenza sociale (CMAS), in seguito Servizi di Assistenza per le Tossicodipendenze (SAT); viene istituito il Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze, presieduto dal Presidente della Giunta regionale.

Il primo Piano sociosanitario regionale, riferito al triennio 1985-1987, pone le fondamenta di un intervento regionale sostenuto da un sistema embrionale di servizi specifici.

Con il secondo Piano sociosanitario regionale, 1989-1991, vengono stabilite linee di intervento più articolate, attraverso progetti-obiettivo di settore tra cui quello per *"La prevenzione degli stati di tossicodipendenza, assistenza e reinserimento dei tossicodipendenti"*.

Per l'area della prevenzione, si prevede lo *"svolgimento di interventi nella comunità in collaborazione con le istituzioni scolastiche, le strutture partecipative territoriali e le istituzioni varie, nei quali insieme a temi propri dell'educazione sanitaria si affrontino quelli più specifici delle problematiche esistenziali giovanili"*.

In Umbria si dà corpo a una visione più completa ed articolata della prevenzione, intesa nell'ambito dell'educazione sanitaria; si ritiene che non debba essere appannaggio specifico dei servizi deputati al trattamento delle dipendenze ma richieda collaborazione attiva da parte delle forze sociali e politiche ed interventi non centrati esclusivamente sul tema ma di largo respiro, strutturati, calati in maniera specifica nella realtà locale; si attivano gruppi di lavoro composti da operatori sociosanitari ed insegnanti presso il Provveditorato agli studi e programmi sperimentali centrati sul miglioramento della comunicazione tra studenti/insegnanti e tra operatori/insegnanti.

In questi anni, in Italia e in Umbria, in risposta al problema "droga" si mobilita un'intensa par-

tecipazione; si respira un clima propositivo, c'è molta attenzione, a tutti i livelli, insieme ad una certa ingenua fiducia di poterlo risolvere, individuata la chiave giusta, in maniera decisiva. E molta fiducia è riposta nella prevenzione: l'attenzione alle dinamiche sociali, il valore attribuito alla dimensione collettiva e ai processi di cambiamento culturale, che caratterizzano questa fase storica, si traducono anche in un forte impulso alle attività di educazione alla salute.

Tuttavia, mentre la psichiatria realizza una rivoluzione copernicana, non solo giungendo alla chiusura dei manicomi, ma con una contestuale 'apertura' verso il territorio che introduce, sulla base di un consenso diffuso tra i cittadini, un nuovo concetto di "psichiatria di comunità", nel dibattito sulle dipendenze si verifica una maggiore difficoltà ad integrare in una visione coerente ed inclusiva diritti e doveri del singolo e della collettività, e questa difficoltà si riverbera anche nel campo della prevenzione.

Gli anni novanta, tra penalizzazione del consumo di droghe e riduzione del danno. Il consolidamento del sistema di intervento

A seguito di un ampio dibattito pubblico, che evidenzia ed approfondisce la polarizzazione delle posizioni pro o contro la punibilità del consumo personale di sostanze, viene approvata la legge 162, che entra in vigore l'8 luglio del 1990 (4). Segue, a distanza di pochi mesi, la ricomposizione delle normative sulle droghe in un atto unitario, il *Testo unico delle leggi in materia di tossicodipendenza* emanato con DPR n. 309 del 9 ottobre 1990 (5).

È questo il momento storico in cui le diverse visioni iniziano a strutturarsi in una netta contrapposizione ideologica che, partendo dai politici e dagli addetti ai lavori, si allarga a tutta l'opinione pubblica e si protrarrà negli anni fino ad oggi, condizionando pesantemente l'evoluzione delle politiche rivolte alle tossicodipendenze.

La nuova legge sul piano penale introduce modifiche sostanziali, stabilendo l'illiceità della detenzione a qualsiasi titolo di sostanze stupefacenti, punita con sanzioni penali. In risposta all'evoluzione repressiva della normativa, un vasto schieramento di forze politiche e di movimenti promuove un referendum popolare, che si tiene ad aprile 1993 e sancisce l'abrogazione del concetto di dose media giornaliera e delle sanzioni penali per gli utilizzatori di droghe, nei riguardi dei quali permangono soltanto sanzioni amministrative.

A livello generale, la legge istituisce il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri; stabilisce l'obbligo di presentare una Relazione annuale al Parlamento e prevede una Conferenza nazionale a cadenza triennale.

Sul versante sociosanitario, potenzia gli interventi di prevenzione e trattamento, che sono posti sotto la direzione delle Regioni e degli Enti locali, conferma e sviluppa il ruolo degli Enti ausiliari, prevedendo anche finanziamenti e concessione di immobili per le comunità terapeutiche, istituisce il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, per il finanziamento di attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

L'area della prevenzione è oggetto di un capitolo specifico, che prevede innanzitutto il consolida-

mento degli interventi nelle scuole, presso le quali vengono istituiti i Centri di Informazione e Consulenza (CIC) ai quali partecipano anche i servizi sanitari pubblici e gli enti del privato sociale. La Relazione annuale presentata dalla Ministra agli Affari Sociali Fernanda Contri nel 1994, riporterà il dato di 16.738 docenti formati nell'anno scolastico precedente per svolgere il ruolo di referenti per l'educazione alla salute a supporto dei CIC, che saranno istituiti in tutte le scuole. Questi, configurati sostanzialmente come sportelli di ascolto, avranno un destino non univoco: in alcuni casi evolveranno modulando le metodologie ed i linguaggi e manterranno la capacità di intercettare i bisogni di studenti ed insegnanti, più frequentemente esauriranno con il tempo le loro potenzialità. Il docente referente per l'educazione sanitaria, invece, rimarrà una figura centrale nell'organizzazione delle attività di prevenzione fino ad oggi.

La Relazione del 1994 documenta inoltre alcuni programmi pluriennali che il Ministero ha realizzato in quegli anni nelle scuole di tutto il territorio nazionale, in particolare il Programma Ragazzi 2000, rivolto alle scuole dell'obbligo, e il Programma Giovani, rivolto alle scuole secondarie superiori. Quest'ultimo progetto ha coinvolto nell'anno scolastico precedente più di 1.000.000 di studenti; si è incentrato su due temi, *“la salute e lo sviluppo, o in altri termini, l'identità personale e la solidarietà mondiale”*, ed i ragazzi, all'interno di questi argomenti così generali, hanno scelto di approfondire temi specifici inerenti le tossicodipendenze, le relazioni interpersonali, l'educazione sessuale e la prevenzione dell'AIDS.

Le attività nelle scuole, quindi, vengono implementate in misura significativa, dalla vecchia medicina scolastica si è passati alle attività di educazione alla salute, con programmi per le scuole di ogni ordine e grado, differenziati secondo le età degli studenti. Tuttavia nel concreto emergono molte criticità, gli interventi sono diffusi non uniformemente e mancano di continuità, gli approcci utilizzati sono molto differenziati e spesso soffrono di una certa improvvisazione.

Il rapporto tra la scuola e gli operatori sanitari non è sempre lineare: si registra da parte della scuola una certa tendenza alla delega agli “esperti”, la funzione educativa a volte viene messa in secondo piano rispetto ai compiti connessi all'istruzione; gli operatori a loro volta colludono vestendo i panni dei ‘conferenzieri’, con una presenza occasionale legata a singoli eventi.

D'altro canto in questa fase, nonostante le tante difficoltà, oltre ai consueti programmi di informazione si avvia la sperimentazione di approcci metodologici diversi, sulla base delle esperienze maturate in ambito internazionale, e questo consentirà di approntare una gamma di opzioni di intervento verificate e consolidate sul campo. Si svilupperanno in particolare metodologie educative mirate a promuovere le competenze personali e sociali (life skills), il senso critico, le capacità riflessive, la resistenza alle pressioni sociali. Viene inoltre promosso un rapporto costruttivo con i coetanei, valorizzando le relazioni tra pari come veicolo di apprendimento interattivo (peer education).

Nel mese di giugno del 1993 si svolge a Palermo la prima Conferenza nazionale sulle droghe, grande opportunità per gli operatori di riconoscersi, confrontarsi, elaborare valutazioni e proposte, alla quale seguiranno periodicamente appuntamenti simili. Nella Conferenza nazio-

nale di Napoli del 1997 si affaccia sulla scena un approccio ancora poco praticato in Italia ma ampiamente diffuso in altri Paesi, la strategia della riduzione del danno, che comprende una serie di interventi rivolti alle persone che non intendono sospendere l'uso di droga, finalizzati a ridurre le conseguenze negative sulla salute individuale e collettiva, e sarà oggetto di Linee guida nazionali.

In origine è molto lontana dall'ambito della "prevenzione primaria", ma con l'avvento delle cosiddette "droghe sintetiche", il cui consumo si associa alla frequentazione delle discoteche e del mondo del divertimento notturno, gli interventi attuati direttamente nei contesti del consumo di sostanze e rivolti alla prevenzione dei rischi connessi, diventano uno strumento insostituibile per l'approccio selettivo ai giovani consumatori, basato sulla creazione di occasioni di contatto e di relazione non formale.

Queste pratiche, la cui efficacia è ampiamente riconosciuta a livello internazionale, subiranno in Italia pesanti attacchi di tipo ideologico, che contribuiranno ad ostacolarne la diffusione. Ad oggi le prestazioni di riduzione del danno e dei rischi non sono ancora incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza, tuttavia sono disponibili in molte regioni; la Relazione al Parlamento 2015 riporta i risultati di una indagine condotta dal CNCA¹ in collaborazione con altre realtà del privato sociale: in Italia al 1 dicembre 2014 erano attive 69 unità mobili per i giovani nei contesti del loisir, corrispondenti al 37,3% dei servizi di riduzione del danno e dei rischi censiti (4 Regioni non hanno fornito dati), con una distribuzione marcatamente disomogenea nel territorio nazionale.

Dietro alle prime morti per AIDS, si sviluppa un'azione su più livelli mirata a contenere l'infezione, con campagne di comunicazione articolate per gruppi target diversi, interventi specifici di sensibilizzazione e di prevenzione, attività delle unità di strada e *drop in*, con l'obiettivo di modificare quei comportamenti legati al consumo di droghe ad elevato rischio di trasmissione del virus. Nell'arco di qualche anno si registreranno, in effetti, i risultati positivi di tanto impegno: le sierconversioni tra gli utilizzatori di droghe diminuiranno nettamente.

In Umbria, con il Piano sanitario regionale 1999-2001 si dà nuovo impulso al settore, dopo alcuni anni limitati al consolidamento dell'esistente; la programmazione viene definita all'insegna delle politiche di riduzione del danno, richiamate fin nel titolo dell'atto di indirizzo, "*Riduzione del danno da dipendenze*". In questa fase in Umbria, come in altre regioni, vengono attivate diverse unità di strada con finalità di riduzione dei danni e dei rischi associati al consumo e, seppure tra molteplici difficoltà e tagli progressivi dei finanziamenti, in alcuni territori troveranno una certa stabilità andando a costituire un elemento ancora oggi basilare all'interno del sistema regionale di intervento.

A cavallo del 2000 viene introdotto un nuovo modello organizzativo dei servizi, con la costitu-

1. Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza, una delle principali reti del privato sociale.

zione nelle ASL dei dipartimenti per le dipendenze, intesi come organismi di coordinamento del sistema di intervento sia per il governo clinico del settore in ambito ASL, sia per la regia delle molteplici collaborazioni necessarie per affrontare a tutto campo, secondo una logica intersettoriale ed interistituzionale, i problemi connessi alle dipendenze. Nel modello umbro, un forte accento viene attribuito all'integrazione dei servizi ASL con i servizi del privato sociale (comunità terapeutiche, unità di strada, cooperative sociali, ...) non solo ai fini della costruzione di un ventaglio di opportunità terapeutiche, ma sul piano dell'analisi dei fenomeni e della crescita culturale. I risultati concreti di questa evoluzione organizzativa saranno disomogenei nel territorio regionale, e non privi di aspetti critici accanto ad esperienze di indubbia validità, anche nel campo della prevenzione.

Questa, tuttavia, in un circuito di servizi che possiede una forte caratterizzazione sanitaria e nasce con obiettivi essenzialmente di cura, risulterà in genere marginalizzata rispetto alle altre funzioni.

Il Fondo nazionale per la lotta alla droga, gestito attraverso le Regioni

La legge 162 del 1990 istituisce il Fondo nazionale per la lotta alla droga (FNLD), con l'obiettivo di potenziare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione; le modalità di utilizzazione vengono precisate con la legge 45 del 1999, che stabilisce la suddivisione del finanziamento in due quote, l'una, del 25%, riservata alle Amministrazioni centrali per progetti di livello nazionale, e l'altra, del 75%, da ripartire tra le Regioni, che a loro volta stabiliscono i criteri di selezione e le modalità di assegnazione dei finanziamenti a progetti presentati da enti pubblici e/o privati nel campo dell'educazione sanitaria, prevenzione, cura, inserimento sociale e lavorativo, riduzione del danno.

Le Regioni erogano i finanziamenti negli anni successivi, con tempi, modalità e processi di selezione differenziati tra loro. Ne scaturiscono attività progettuali, servizi e strutture di vario tipo, disseminati in tutto il territorio nazionale; in molti casi, seppure questa non sia una costante, al termine del progetto le istituzioni locali si assumeranno l'onere finanziario della prosecuzione delle attività.

Nell'ambito della prevenzione, il Fondo consente un notevole ampliamento delle esperienze ed in particolare lo sviluppo, accanto alle ormai classiche attività nelle scuole, di interventi proiettati sul versante sociale ed educativo, che vedono un ampio coinvolgimento delle reti locali e delle diverse forme di cittadinanza attiva, con la finalità di mobilitare la collettività piuttosto che focalizzare l'attenzione esclusivamente sull'individuo.

Nel 2005, la Regione Umbria ha realizzato, nell'ambito di un progetto finanziato proprio con il Fondo nazionale per la lotta alla droga, una ricognizione dei progetti di prevenzione realizzati con il Fondo negli anni fino al 2003 nelle regioni Umbria, Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna, dalla quale si possono ricavare alcuni elementi conoscitivi che, seppure non generalizzabili, sono tuttavia utili a dare un'idea delle realizzazioni operate con questa fonte

di finanziamento. Nelle cinque regioni sono stati rilevati complessivamente 167 progetti sviluppati nell'area della prevenzione, che hanno ricevuto complessivamente il 20-25% del fondo. I progetti sono attuati nella maggior parte dei casi, intorno al 75%, nell'ambito del territorio comunale; il Comune costituisce in più della metà dei progetti l'ente responsabile, all'interno di reti di collaborazione che coinvolgono i servizi sanitari, le scuole, cooperative sociali ed associazioni, ed in diversi casi contribuisce al finanziamento.

Si evidenzia pertanto un primo elemento critico nel gran numero di progetti, conseguente ad una bassa selettività dei criteri adottati, con il rischio di una dispersione e frammentazione eccessiva delle attività; rischio che risulta potenziato dalla localizzazione prevalente entro i confini del territorio comunale, qualora sia assente una cornice programmatica unitaria.

Concretamente, gli interventi comprendono, oltre ad attività nelle scuole, che prevedono il coinvolgimento degli insegnanti e dei genitori anche con percorsi formativi ad hoc, l'attivazione di centri giovani, l'apertura di sportelli e centri di ascolto, l'attivazione di unità di strada, la realizzazione di attività espressive/creative soprattutto in contesti di aggregazione informali; in alcuni casi, progetti di comunità con interventi su più livelli, in particolare riguardo ai problemi alcolcorrelati.

Emergono limiti nell'impostazione delle progettazioni: manca spesso un'analisi preliminare puntuale sostenuta da dati epidemiologici ed informazioni specifiche, gli obiettivi non sono realistici, non sempre sono esplicitati i riferimenti teorici a fondamento della metodologia prescelta. L'elemento maggiormente carente è quello della valutazione, definita nella maggior parte dei casi in maniera generica. È molto ampio, quindi, il margine di miglioramento dei progetti, che soffrono in generale di una certa approssimazione.

Tuttavia è importante sottolineare che, seppure generati entro uno sfondo piuttosto caotico, molti servizi ed interventi tuttora attivi hanno avuto origine proprio da quella fase storica e da quella fonte di finanziamento, dimostrando quindi sul lungo periodo la validità delle progettazioni. Un beneficio collaterale è inoltre scaturito dalle tante collaborazioni attivate, che hanno costituito un valido strumento per la costruzione ed il consolidamento delle reti locali di intervento.

In Umbria attraverso la ricerca sopra citata si rilevano 35 progetti di prevenzione, di cui 15 consistono nella realizzazione o nel potenziamento di Centri giovani, 12 in attività nelle scuole, 2 nell'attivazione di unità di strada, i restanti 5 sono progetti di comunità o interventi nei contesti dell'aggregazione giovanile informale.

Successivamente alla conclusione dei progetti, le unità di strada e molti Centri giovani hanno proseguito la loro attività con finanziamenti dei Comuni. I Centri giovani hanno modificato nel tempo le metodologie, virando per lo più verso una maggiore valorizzazione del protagonismo giovanile e forme di autogestione, con un tutoraggio leggero da parte degli educatori. Negli anni, tuttavia, con il diminuire del fondo sociale destinato ai Comuni, il loro numero

si è progressivamente ridotto, ed oggi sono presenti solo nei centri maggiori, dove comunque mantengono una funzione di aggregazione molto positiva, anche in relazione ai nuovi bisogni di integrazione connessi all'immigrazione. La permanenza di questi servizi, caratterizzati da strutture organizzative leggere e flessibili, mantiene vive intorno ai gruppi giovanili coinvolti reti di relazione che favoriscono dinamiche di socializzazione e valorizzano le loro competenze e potenzialità creative, un valido antidoto, dunque, all'individualismo imperante, alla solitudine e alle spinte all'esclusione, e strumento, potente quanto discreto, di cambiamento culturale.

La legge 328 del 2000: il ruolo dei Comuni e l'integrazione sociosanitaria

Come abbiamo visto nella ricognizione delle modalità di utilizzazione del Fondo per la lotta alla droga, in questo periodo i Comuni acquistano un ruolo preponderante nelle attività di prevenzione a sfondo sociale ed educativo, nelle quali riversano anche quote del fondo sociale. Con la legge quadro 328 del 13 novembre 2000(6), che definisce il sistema integrato dei servizi sociali, questo ruolo viene sancito formalmente; tra gli interventi di livello essenziale delle prestazioni sociali, sono comprese le *“prestazioni integrate di tipo socio educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale”*, *“ferme restando le competenze del servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione”*.

Lo strumento per la programmazione sociale di livello locale è il Piano di zona, che definisce gli obiettivi strategici, le priorità di intervento e gli strumenti e i mezzi per la loro realizzazione, compresa l'individuazione delle modalità di concertazione con l'azienda sanitaria locale; il Piano di zona è volto a *“favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto aiuto”*. L'esperienza dei Piani di zona coinvolge le istituzioni locali nella costruzione di una programmazione unitaria di territorio con risultati generalmente positivi; fornisce una valida spinta all'implementazione di forme concrete di integrazione socio-sanitaria e tra il livello istituzionale e quello associativo, mobilitando e portando su un piano di concretezza il dialogo tra le istituzioni locali e la cittadinanza attiva.

Trovano impulso in questa fase le iniziative, incluse nell'ambito delle Politiche giovanili, che sviluppano finalità educative e partecipative, promuovendo nei giovani lo sviluppo delle potenzialità individuali, percorsi di crescita, assunzione di responsabilità nella gestione del territorio. Le molteplici attività inquadrabili in questa definizione riguardano sia servizi e centri specifici, sia attività di confronto, creative, espressive, sportive, ecc., basate sulla valorizzazione del protagonismo dei giovani e sulla messa in campo delle loro competenze, che possiedono un'indubbia valenza preventiva rispetto ad una serie di forme di disagio compreso il consumo di sostanze.

Negli anni successivi, tuttavia, si avvierà un percorso regressivo e nella maggior parte dei territori queste modalità di co-programmazione non saranno mantenute; con il drastico ridursi delle risorse economiche destinate al welfare, saranno stabilite inoltre priorità di intervento sempre

più restrittive.

Qualche anno dopo, il Fondo per la lotta alla droga sarà associato al fondo sociale e quindi erogato direttamente ai Comuni; pur se sarà mantenuta a livello formale la sua finalizzazione, tuttavia nel tempo si perderà completamente la sua specificità. Il fondo sociale in toto vedrà un drastico decremento, tanto che i Comuni faranno fatica anche ad assicurare gli interventi di base.

In questa fase molti servizi vengono chiusi o fortemente ridotti, compresi quelli rivolti ai giovani (informagiovani, servizi giovani, unità di strada...); i sopravvissuti, inoltre, manterranno una sostanziale precarietà, la loro permanenza sarà condizionata al rinnovo delle convenzioni, ai bandi, a progetti temporanei sostenuti da finanziamenti diversi e rivolti ad obiettivi specifici di breve periodo.

L'arretramento dei Comuni riguardo alle attività di prevenzione corrisponde ad uno sviluppo dei fenomeni che richiederebbe al contrario maggiori iniziative sul piano sociale e culturale. Il consumo di sostanze, nella sua più recente evoluzione, sul piano delle motivazioni si lega sempre più frequentemente alla nuda ricerca di un consumo acritico dei beni offerti dal mercato, qualunque essi siano, senza consapevolezza riguardo ai rischi e senza valutazioni di natura normativa o valoriale: consumare per consumare, quindi, magari semplicemente nella errata convinzione che "tutti lo fanno", consumare come fattore connotante della propria identità, o come mera ricerca di un piacere momentaneo. Un cambiamento culturale, dunque, che investe i giovani come gli adulti e che può essere affrontato solo agendo sul piano culturale, attraverso azioni capaci di mobilitare creatività, relazioni, scambio e di valorizzare, in risposta alle tendenze all'omologazione e all'individualismo, la dimensione della collettività come intreccio di differenze.

La legge 49 del 2006 ed il ruolo del Dipartimento Politiche Antidroga: la prevenzione come controllo

Verso la fine degli anni '90 il confronto tra le opposte posizioni in materia di droghe diviene sempre più aspro, fino alla totale inconciliabilità, con la conseguenza di ostacolare di fatto lo sviluppo del sistema di intervento e mettere in secondo piano due elementi essenziali: le evidenze maturate in ambito scientifico, come fondamento di un approccio pragmatico ai problemi droga-correlati, e il livello di esigibilità dei diritti di salute e tutela sociale, resi sempre più incerti dall'assottigliarsi delle risorse economiche dedicate e dal mancato consolidamento del sistema dei servizi.

Con la legge 49 del 2006, cosiddetta 'Fini – Giovanardi' (7), si ha una nuova evoluzione della normativa sulle droghe, in senso nettamente repressivo. A questo cambiamento delle politiche si associa una nuova impostazione, 'monolitica' e fortemente accentratrice, del Dipartimento Politiche Antidroga, organismo di carattere tecnico istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri per affiancare il livello politico nella gestione e valutazione delle strategie di con-

trasto alle dipendenze, affidato dal 2008 al 2014 alla direzione del dott. Giovanni Serpelloni. In questa fase il Dipartimento adotta alcune iniziative anche nel campo della prevenzione, privilegiando un approccio che mira ad individuare precocemente, attraverso test tossicologici somministrati con l'autorizzazione dei genitori, i giovani che fanno uso di sostanze e ad avviarli a percorsi di trattamento terapeutico (early detection, o individuazione precoce).

Prevenzione come controllo, quindi, in coerenza con i nuovi orientamenti legislativi.

Questa pratica, che dal mondo scientifico riceve giudizi contrastanti, viene tradotta in un progetto che coinvolge diverse scuole e servizi sanitari, senza il supporto di valutazioni di efficacia. Nel 2014 la Corte costituzionale dichiara l'illegittimità, per vizio procedurale, delle norme che riguardano le tossicodipendenze e si torna pertanto alle disposizioni della legge precedente, mentre alcuni provvedimenti presi con urgenza sanano gli aspetti di primaria necessità, come le tabelle delle sostanze stupefacenti. Il DPA, che nel corso dello stesso anno vede il ricambio delle figure direttive, cesserà di esercitare un ruolo di rilevanza nelle scelte strategiche in materia di prevenzione.

Superati, seppure gradualmente, gli effetti diretti della normativa repressiva e degli indirizzi del dipartimento, nel periodo successivo gli strascichi di questa fase politica perdurano sul piano culturale; tra gli operatori e gli addetti ai lavori, come pure nell'opinione pubblica, è subentrata stanchezza e disorientamento, dopo tante opposte prese di posizione, conflitti composti di attacchi ideologici e resistenza, il tema appare sfibrato, troppo controverso perché la politica se ne faccia carico con decisione, e non suscita più la mobilitazione di energie.

La regia del Ministero della Salute, dal programma Guadagnare salute al Piano nazionale di prevenzione 2014-2018

Nell'ultimo decennio il ministero della Salute ha attivato un vasto programma di promozione della salute. Inizialmente è stato adottato, con il DPCM 4 maggio 2007 (8), il programma "Guadagnare salute", derivato dalla strategia europea per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche promossa dall'OMS, con l'obiettivo di promuovere stili di vita sani agendo sui principali fattori di rischio modificabili delle malattie cronic-degenerative di maggiore rilevanza epidemiologica: scorretta alimentazione, tabagismo, consumi rischiosi di alcol, inattività fisica; due obiettivi specifici sono evidentemente in comune con l'area degli interventi preventivi rivolti alle dipendenze. I comportamenti a rischio non sono letti sotto un profilo esclusivamente sanitario ma come problemi sociali, che necessitano di un approccio intersettoriale basato sul coinvolgimento di istituzioni e soggetti informali.

Le prime aperture attuate con il Programma Guadagnare Salute verso un approccio intersettoriale della prevenzione, vengono riprese ed ampliate con il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-2018. Il Piano si concentra su alcuni macro obiettivi individuati come strategici e definisce in maniera puntuale i risultati attesi; tra le priorità, viene indicata quella di *"Investire sul benessere dei giovani"* integrando la promozione di stili di vita sani ed il rifiuto nei confronti di

qualunque forma di dipendenza, attraverso interventi che promuovano *“la responsabilizzazione e la consapevolezza, nella direzione della ricerca del benessere psicofisico e affettivo”*. Tra i macro obiettivi da perseguire su tutto il territorio nazionale è incluso *“Prevenire le dipendenze da sostanze”*, che, nel testo del capitolo, include tutte le forme di dipendenza, anche comportamentali. Il Piano nazionale viene poi tradotto da ciascuna Regione in un Piano esecutivo regionale, dettagliato, sottoposto al vaglio del Ministero.

Per l'area specifica delle dipendenze questo programma, implementato dal livello nazionale a quello regionale e locale, costituisce senz'altro un'opportunità, laddove i servizi specifici e le realtà associative attive storicamente nel campo vengano coinvolti attivamente nella sua applicazione; può rappresentare un volano importante per la diffusione di interventi di comunità e contribuire inoltre a consolidare le attività di valutazione degli interventi e la verifica della loro fondatezza scientifica (*Evidence Based Prevention*).

Al contrario, può costituire l'ennesima pagina deludente qualora la “filiera” dell'intervento segua canali distinti e separati, afferenti ai soli dipartimenti di prevenzione delle ASL, o se venga adottato nel concreto un approccio sostanzialmente ancorato al solo profilo sanitario.

Occorrerà infine prevedere strumenti utili a superare un limite intrinseco al Piano, ovvero il suo riferirsi esclusivamente alla prevenzione universale applicata al contesto scolastico escludendo le altre tipologie di attività di prevenzione delle dipendenze, che quindi permangono di appannaggio di altre aree di programmazione, con il rischio di nuove controproducenti frammentazioni.

In Umbria il Piano regionale di prevenzione 2014-2018 include diversi progetti volti a prevenire comportamenti rischiosi compreso il consumo di sostanze psicoattive e le dipendenze; il programma fondamentale si sviluppa lungo il continuum del percorso scolastico, dalle scuole dell'infanzia fino alle secondarie di secondo grado, con l'obiettivo generale di sostenere il processo di costruzione dell'identità dei bambini/ragazzi, facilitando la realizzazione delle potenzialità ed il contenimento dei fattori di vulnerabilità.

Questo programma individua metodologie diverse a seconda della fascia scolastica. Per le scuole dell'infanzia e primarie, fino alle secondarie di primo grado, propone il metodo dell'educazione socio affettiva, da applicare nella quotidianità delle attività scolastiche quale strumento utile a sostenere lo sviluppo delle competenze relazionali, comunicative e sociali (life skills). Nelle scuole secondarie di primo grado (secondo e terzo anno) si associa il programma Unplugged, un intervento di prevenzione specifica del consumo di sostanze psicoattive (tabacco, alcol, cannabis) basato sul modello dell'influenza sociale ed elaborato in sede europea. Infine, per le scuole secondarie di secondo grado si promuove la metodologia della peer education, indicata dall'OMS come idonea per l'acquisizione di conoscenze, lo sviluppo del pensiero critico e della partecipazione.

I contenuti specifici cui rivolgere queste metodologie sono lasciati alla scelta degli insegnanti e

degli studenti, nel rispetto dell'autonomia degli istituti scolastici.

La realizzazione degli interventi poggia sulla co-progettazione tra scuola e servizi, sulla conduzione diretta delle attività da parte degli insegnanti con il supporto esterno degli operatori sociosanitari, sulla formazione congiunta di insegnanti ed operatori. A livello organizzativo, il perno degli interventi è costituito dalla rete dei servizi di promozione della salute, già istituiti presso ciascuna ASL, che coordina e supporta le attività ed il progressivo coinvolgimento delle istituzioni e dei soggetti presenti nei territori. L'alleanza tra scuola e servizi sanitari è sancita da un protocollo di livello regionale, replicato a cascata a livello distrettuale con gli istituti scolastici.

A questo programma principale, si affiancano altri progetti, sviluppati in setting extra scolastici (es. scuole guida), o mirati a situazioni potenzialmente a rischio (adolescenti pervenuti ai Pronto soccorso; famiglie vulnerabili), o anche basati sull'utilizzazione degli strumenti offerti dal web e dai social media.

Il quadro attuale, nodi critici e possibili prospettive

Le politiche di prevenzione delle dipendenze dagli anni '70 del secolo scorso, ovvero gli anni di esordio dei fenomeni connessi alla diffusione di droghe, fino ad oggi, sono state condizionate non solo dallo sviluppo delle conoscenze e delle esperienze, ma dalla spinta di fattori culturali, di orientamenti valoriali, di elementi determinati dal contesto sociale ed economico. Nei diversi periodi, come si è tentato di dar conto con questa sintetica rappresentazione in chiave storica, le normative adottate in ambito nazionale hanno dato impulso prevalentemente all'uno o all'altro versante di azione, e la regia è transitata tra istituzioni diverse, con il risultato di un quadro attuale di attività connotato sostanzialmente da frammentazione, disomogeneità, insufficiente coordinamento.

L'azione preventiva si basa su tre vettori fondamentali, il sistema dell'istruzione, quello sanitario e quello sociale/educativo, a cui si associano ulteriori istituzioni e soggetti diversi afferenti ai campi più svariati (lavoro, sport, tempo libero, giustizia, etc.), che continuano tutti a programmare in maniera sostanzialmente separata il proprio intervento.

L'elemento maggiormente condizionante è quindi da individuare nella permanente mancanza di coordinamento e nell'insufficiente integrazione tra i diversi versanti, criticità ripetutamente segnalata e riferibile, tra le altre cause, alla storica mancanza di una programmazione nazionale unitaria in materia di dipendenze. L'Unione Europea, che fin dagli anni '90 definisce una propria strategia e conseguenti piani d'azione pluriennali in materia di droghe, invita da tempo gli stati a procedere a cascata con analoghi piani nazionali; in Italia, tuttavia, non è stato mai adottato (salvo una parentesi purtroppo poco significativa, nel 2008) un Piano nazionale sulle dipendenze, capace di attivare, anche nell'ambito della prevenzione, un'azione complessiva, coerente ed organica, definita nei tempi e nell'attribuzione di responsabilità e corredata da un idoneo sistema di valutazione. Il Piano consentirebbe di strutturare connessioni stabili tra le di-

verse aree dell'azione preventiva e tra la prevenzione e gli altri ambiti di intervento, e quindi tra tutti i soggetti portatori delle rispettive titolarità. Integreerebbe al suo interno le attività previste da altre programmazioni (es. interventi inseriti nel Piano di prevenzione) e al livello nazionale seguirebbero, come d'uso, piani esecutivi regionali, coerenti, con l'obiettivo di un'articolazione capillare della programmazione.

Un secondo aspetto critico riguarda l'eccessiva differenziazione delle metodologie, che in alcuni casi soffrono tuttora di una certa improvvisazione, a cui si associa la ridotta estensione degli interventi, limitati in genere a singoli territori o scuole, quando non a singole classi, retaggio di una fase in cui gli interventi avevano tutti carattere sperimentale.

Per invertire queste tendenze, occorre fare riferimento al significativo corpo teorico che è stato sviluppato nel tempo ed ha consentito, nonostante le molte difficoltà, di costruire uno "strumentario" a disposizione degli operatori e degli adulti con funzioni educative, che comprende una gamma di metodologie sostenute da evidenze di efficacia. Sono stati affinati, inoltre, strumenti di valutazione degli esiti degli interventi e sono stati messi a disposizione data base delle migliori esperienze operative, sia a livello internazionale (basti citare le corpose documentazioni pubblicate on line dall'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, di Lisbona, e dal NIDA - National Institute on Drug Abuse, degli USA) che nazionale (rilevante l'esperienza del DORS - Centro regionale di documentazione per la promozione della salute, della Regione Piemonte).

Nell'ambito di questo ventaglio di opzioni, andrebbe individuato uno standard di interventi sostenuti da evidenze di efficacia (livelli essenziali di prevenzione), da diffondere in maniera generalizzata, per garantire l'universalità dell'accesso agli interventi di prevenzione.

Un terzo livello attiene al clima culturale e alle motivazioni. Si percepisce una stanchezza generalizzata intorno al tema delle dipendenze, un vago sentimento di assuefazione e di impotenza sembra pervadere l'opinione pubblica, e portarla a distogliere l'attenzione; lo stesso contesto degli operatori e degli addetti ai lavori, dopo tante opposte prese di posizione e carenze strutturali ormai tendenti alla cronicità, appare sfibrato e privo di energie. Sembra esserci a questo livello un problema, prima che di risorse, di idee e di significato, che si riverbera anche nel campo della prevenzione. Una reazione costruttiva a questo stato di cose va ricercata non tanto nell'ambito delle valutazioni politiche e accademiche di alto profilo, ma nelle esperienze che nascono dal basso, nelle comunità di pratica costituite nei contesti locali, laddove può svilupparsi un nuovo dinamismo ed innovazione al di fuori del perimetro istituzionale storicamente individuato.

A livello culturale, è da valutare con attenzione l'evoluzione, già accennata in altra parte di questo scritto, verso forme di consumo di sostanze connotate dall'assenza di motivazioni e significati specifici se non il consumo in sé, acritico ed inconsapevole, associato a tendenze all'omologazione e, allo stesso tempo, ad un individualismo esasperato, evoluzione che richiama alla necessità di valorizzare quegli approcci che pongono al centro la dimensione della

collettività. L'universo giovanile, oggi, è estremamente composito, variegato, accanto a evidenti manifestazioni problematiche si colgono esperienze vivaci e coinvolgenti, a cominciare dalle tante forme di associazionismo che investono i temi più vari. Accanto alle attività di prevenzione vera e propria, assume in questo senso un particolare rilievo ed un forte valore educativo la valorizzazione delle iniziative di scambio e di crescita culturale basate sull'attivazione delle potenzialità dei giovani.

Infine, è inevitabile porre l'accento sulla scarsità delle risorse impegnate, che riguarda in misura particolarmente accentuata l'area della prevenzione, nonostante a parole ne sia costantemente richiamata l'importanza strategica. All'impoverimento del settore, si è associato in questi anni l'invecchiamento della platea degli operatori, che non viene rinnovata da tempo, con la conseguenza di rinforzare lo stallo ideativo e la generale caduta del livello motivazionale di cui si è parlato. L'immissione di personale giovane, attuata prevalentemente nel privato sociale, non ha supplito peraltro a questa situazione, per le condizioni generalizzate di precarietà contrattuale. Riassumendo, sulla base di una analisi delle politiche di prevenzione delle dipendenze adottate dagli anni '70 in Italia, che accanto allo sviluppo di un insieme di interventi sempre più articolato e di valutata efficacia, documenta il permanere di elementi di forte criticità, si formulano alcune ipotesi di rinnovamento per un'azione preventiva più efficace e meglio coordinata:

- adottare un Piano di azione nazionale per le dipendenze, replicato in chiave esecutiva a livello regionale, che includa tutte le aree di intervento, compresa la prevenzione in tutte le sue declinazioni,
- definire uno standard di interventi sostenuti da evidenze di efficacia, da diffondere in maniera generalizzata, a garanzia di un accesso universalistico alla prevenzione,
- favorire la costituzione di comunità di pratica nei contesti locali, per generare nuovo dinamismo ed innovazione,
- valorizzare, accanto agli interventi specifici di prevenzione, le politiche giovanili a valenza educativa, in particolare le attività sviluppate sul piano culturale scaturite dal protagonismo dei giovani,
- incrementare le risorse, economiche e professionali, dedicate alle attività di prevenzione.

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Legge 22 dicembre 1975, n. 685 (1). Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. Pubblicata nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1975, n. 342. Con sentenza 28 gennaio-22 febbraio 1983, n. 31 (Gazz. Uff. 2 marzo 1983, n. 60).
2. Legge sugli stupefacenti - Disciplina della loro produzione, commercio e impiego (Legge 22 ottobre 1954, n. 1041) GU Serie Generale n.260 del 12-11-1954).
3. Regione Umbria Legge Regionale 17 Giugno 1977, n. 29 Disciplina dell'esercizio delle funzioni amministrative regionali in materia di prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza. Bollettino

Ufficiale n. 28 del 22/06/1977.

4. Legge 26 Giugno 1990, n. 162 (GU n. 147 SUPPL.ORD. del 26/06/1990) Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della Legge 22 dicembre 1975, n. 685 , recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. URN: urn:nir:stato:legge:1990-06-26;162.
5. Testo aggiornato del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 Testo aggiornato del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante: «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza».
6. Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186.
7. Legge 21 febbraio 2006, n. 49 “Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell’Amministrazione dell’interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi” pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27 febbraio 2006 - Supplemento Ordinario n. 45.
8. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 maggio 2007 Trasferimento alla Presidenza del Consiglio dei Ministri delle strutture e delle relative risorse finanziarie, umane e strumentali per lo svolgimento delle funzioni e dei compiti in materia di sport. (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 24 luglio 2007, n. 170).

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno