

Le azioni di prevenzione nella provincia di Piacenza

Razionalizzare l'intervento territoriale
in materia di prevenzione del consumo di sostanze
attraverso il censimento delle azioni
e l'analisi dei bisogni



Il lavoro è stato realizzato da Stefano Laffi, Valentina Bugli, Andrea Rampini –
Agenzia Codici

Hanno collaborato:

- per la parte relativa al Distretto Città di Piacenza: Antonio Mosti, Direttore
Programma Dipendenze Patologiche Azienda UsI di Piacenza; Stefania Bianchi,
Elena Libè, Ufficio di Piano Distretto Città di Piacenza; Elena Foletti, Comune di
Piacenza

- per la parte relativa ai Distretti Levante e Ponente: Anna Pirillo - Provincia di
Piacenza, Ufficio Sistema Sociale e Socio-sanitario

Si ringraziano gli operatori e le operatrici dei Comuni e dell'Azienda UsI che
hanno partecipato all'indagine, per il prezioso contributo.

Coordinamento della pubblicazione:

Paola Schiavi - Osservatorio Provinciale delle Politiche Sociali

*La presente ricerca rientra nell'ambito delle attività previste dalla DGR n.1533/06
"Approvazione prime linee di indirizzo regionali in tema di prevenzione e di
contrasto del consumo/abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope".*

Il tema della salute, la promozione di stili di vita responsabili basati sul rispetto proprio e degli altri richiedono l'attenzione di tutti gli attori sociali e, come ricordano le linee guida regionali, la costruzione di politiche e di interventi che coinvolgano le comunità locali nel loro insieme: i giovani anzitutto, le famiglie il mondo della scuola e degli altri contesti di aggregazione. La persuasione, da un lato, che le domande di senso e di felicità coincidano con la possibilità di consumo, la diffusione, dall'altro, di una cultura della gratificazione immediata in cui ogni frustrazione appare intollerabile costituiscono un dato di partenza su cui riflettere, l'inizio della spiegazione di un disagio che non può essere affrontato solo in sede sanitaria. Oltre al momento della cura – che necessità di buone prassi, sempre più rispettose della dignità delle persone coinvolte – è opportuno potenziare il già attivo sistema di rete, coordinare le relazioni tra le istituzioni per favorire quella prossimità ai cittadini davvero essenziale nella lotta al consumo di sostanze. Mi piace pertanto ricordare il ruolo dei distretti, luoghi di programmazione partecipata in cui è costantemente definita un'articolazione trasversale dei servizi caratterizzata dal concorso degli Enti Locali, delle Istituzioni pubbliche e del privato sociale, per dare risposte flessibili rispetto al mutare dei fenomeni ed efficaci nei confronti della diversità degli utenti.

In questa prospettiva mi sento anche di richiamare le sfide e gli sforzi richiesti agli attori pubblici chiamati a individuare percorsi innovativi nella rilevazione dei bisogni, nella definizione degli interventi e nel momento della valutazione. Questa ricerca – strutturata come indagine sulle attività di prevenzione nel territorio provinciale – è un contributo importante nella definizione e nell'informazione di soluzioni nuove: esamina e valuta gli interventi proposti, evidenziando con lucidità i punti di forza e i nodi critici, suggerisce sviluppi ulteriori per il consolidamento del sistema di rete.

Pier Paolo Gallini

Assessore provinciale al Welfare,
Sussidiarietà e Politiche Sociali

indice

Introduzione. La prevenzione in contesti eterogenei e di mutamento	p. 7
Cap. 1 L'impianto metodologico	p.11
Cap. 2 Il quadro epidemiologico provinciale	p.17
Cap. 3 Il censimento	p.27
3.1 Il distretto Città di Piacenza	p.31
3.2 Il distretto di Ponente	p.38
3.3 Il distretto di Levante	p.46
3.4 Alcune osservazioni trasversali	p.55
Cap. 4 Verso il futuro	p.65
4.1 Aree di miglioramento	p.65
4.2 Una possibile agenda	p.68
Appendice	
1. La scheda di rilevazione	p.72
2. Glossario sintetico	p.75

Introduzione.

La prevenzione in contesti eterogenei e di mutamento

Se c'è un mutamento in atto in tema di prevenzione è culturale, è l'estensione della sua copertura semantica, l'esercizio oggi di quel termine all'interno di nuove sfere dell'agire quotidiano. Proviamo a vedere come questo stia accadendo. La prevenzione ha a che fare col consumo e lo teme come anticamera dell'abuso, come allenamento alla perdita di salute o preparazione ad acuti autodistruttivi; d'altra parte i consumi sono culturalmente promossi e rinforzati, sono riconosciuti come il motore dell'economia, sono l'accesso al piacere, sono la forma fondamentale di cittadinanza nelle società occidentali del benessere. Se a questo aggiungiamo che i ragazzi sono sperimentatori per età e indole, hanno bisogno di provare, hanno urgenza di riconoscersi e di identificarsi, allora emerge un quadro effettivamente complesso.

La prevenzione ha oggi confini incerti e risultati di difficile misurazione, non può che essere un impegno dell'attore pubblico, è certamente faticosa e può essere facilmente frustrante. Per altro, riguardando comportamenti in continua evoluzione sollecitati con la velocità del mercato a nuove tentazioni e a nuovi stili di consumo, chiede all'attore pubblico uno sforzo innovativo straordinario: *non standardizzare gli interventi, creare sistemi informativi rapidi e duttili ai contesti di rilevazione, coinvolgere il target nella definizione e nella realizzazione degli stessi, avere il territorio come contesto di azione almeno quanto la sede dei servizi, fare della valutazione il luogo della riprogettazione anziché della formattazione delle azioni, confrontarsi apertamente con il mercato per immettere una regolazione delle opportunità meno lucrativa ma più tutelante la salute pubblica.*

Questi sono stati anni di forti sperimentazioni, caratterizzati da una straordinaria proliferazione di progetti e interventi. Il problema oggi non è più attivare o sensibilizzare, ma capitalizzare. Nascendo da una pluralità di fondi, realizzati da una moltitudine di soggetti e in diversi luoghi – e fra questi, sempre più, in nessun luogo preciso, ovvero in mobilità – gli interventi di prevenzione sono

spesso non tutti noti alle amministrazioni locali nella loro esistenza, nelle modalità di realizzazione e nei risultati conseguiti.

Censire quanto è stato fatto, fare emergere la rete, dotarla del capitale di conoscenza dei progetti (la rubrica degli attori, la mappa degli interventi, la valutazione degli elementi di forza e di debolezza degli interventi), dare all'attore locale il quadro analitico della situazione, fornire alcuni strumenti di sintesi, suggerire le direzioni per qualificare l'azione preventiva: questo il senso del presente lavoro. Che cosa si impara da una ricostruzione del genere, quali metainsegnamenti che derivano dall'assolvimento di quella funzione di servizio al territorio? Proviamo a enunciare almeno tre.

La prevenzione frammentata. Quando gli interventi sono così polverizzati, quando si è costretti a inseguire i fenomeni e gli stili di consumo di chi si ha di fronte per essere credibili nelle proposte, quando occorre inventare gli strumenti argomentativi per superare almeno le due contraddizioni radicali di cui sopra, ogni intervento rischia di essere a sé stante. Il rischio è allora di non fare massa critica, di non riuscire a costruire un sapere forte, una cultura della prevenzione. Questo è un campo che ha un'esigenza vitale di rete, cioè di scambio, confronto, spostamento in comune della frontiera della conoscenza.

La prevenzione è "geosensibile". Come a dire che la struttura morfologica del territorio condiziona in modo evidente le strategie possibili e opportune. Quando si analizza la prevenzione su un territorio ampio ci si rende conto invece che il discorso comune sulla prevenzione, anche quello scientifico, è fortemente centrato sulla metropoli. L'enfasi sulle nuove tecnologie, l'allarme cocaina, lo shopping compulsivo, i consumi nei "non luoghi" ecc.: le nuove sfide della prevenzione, così come spesso sono state presentate negli ultimi due anni, sono tali forse solo in quei contesti. Mentre in un paese di montagna un centro di aggregazione non è un "servizio superato e stigmatizzato" ma può essere la risorsa fondamentale per promuovere una condizione di agio fra pari, l'alcol non è la moda dell'happy hour ma l'abitudine radicata da sempre al consumo da bar fin dalla mattina, le differenze di genere sono ancora fortissime e creano schemi di rischi molto differenziati. Occorre quindi stare attenti a non dare per superati certi modelli sotto quel condizionamento di visuale "urbana", così come occorre non dimenticare che gli interventi nelle scuole, ripetitivi per chi li esegue, sono invece nuovi per chi ogni volta li riceve.

La prevenzione si muove all'interno di contesti e culture in divenire. L'aumento sul territorio piacentino del numero di ragazze e ragazzi provenienti da altre aree geografiche è una tendenza ormai evidente, che pone in primo piano l'esigenza di ripensare la prevenzione a partire da un insieme sempre più eterogeneo di vissuti. È il caso dei giovani originari di altri paesi del Mondo, ma anche quello dei ragazzi che si trasferiscono a Piacenza da altre regioni d'Italia, tutti portatori di esperienze di vita - e quindi anche di consumo - che devono essere accolte e comprese. Aprirsi, mettersi in discussione, *decentrarsi*. Sono tutte operazioni che hanno dei costi, ma che risultano necessarie se l'intenzione è quella di smontare gli schemi più rigidi e di sviluppare sensibilità e chiavi di lettura adeguate, o forse orientate, al cambiamento.

Opportunità ed esperienze. Se mutuiamo da Sen la nota riflessione sulle capacità, potremmo trasformare la prevenzione nella ricerca delle soluzioni che ogni territorio è in grado di dare a chi vi risiede per rispondere oggi a esigenze sentite come fondamentali per ciascuna età. Vale a dire rispondere a un quesito di fondo che suona per l'adolescenza circa così: come, abitando dove abito, posso sviluppare "funzioni" fondamentali quali l'incontro in amicizia, l'intimità dell'amore, la confidenza e il consiglio con l'adulto, la scoperta del nuovo, il sogno, il gioco, l'apprendimento, la misura di cosa so fare e posso fare, il riconoscimento per questo? Un territorio che previene è il luogo in cui chi vi abita è messo in grado di risolvere queste istanze vitali.

Cap. 1

L'impianto metodologico

Fra gli elementi meno osservati ma più diffusi e dirompenti all'interno dei processi di mutamento del mondo del welfare va certamente annotato il tema dei progetti, ovvero la trasformazione o la nascita in forma di progetto di un universo di servizi e prestazioni. Il cambiamento è significativo. Il linguaggio di progettazione parla di obiettivi, target, metodologie, piani di lavoro, risorse, ecc., ovvero immette schemi mentali diversi da quelli della continuità assistenziale o del supporto estemporaneo, del moto spontaneo o del servizio burocratizzato. Non c'è dubbio quindi che questa stagione di progettazione lasci spazio a una nuova razionalizzazione in un universo di pratiche che non erano abituate a guardarsi allo specchio o almeno non tutte allo stesso.

Una stagione di
progettazione

Ci sono inoltre ottime ragioni perché il linguaggio della progettazione contaminati anche quello della prevenzione. Siamo infatti in un'area dell'intervento che richiede per sua natura pratiche diverse da quelle dei servizi e dalle forme più istituzionali di relazione con la sua utenza potenziale: la prevenzione dovrebbe infatti utilizzare linguaggi, modalità di contatto e messaggi differenti da quelli istituzionali, dovrebbe agire in setting diversi da quelli di uno sportello per entrare in un rapporto empatico e con una tempestività più efficace. La prevenzione spesso dissimula il suo oggetto, agisce su variabili mediatrici, non può in molti casi portare l'etichetta della voce di cui si occupa, perché altrimenti non incontrerebbe la sua utenza potenziale. Infine la prevenzione ha per natura come interlocutore privilegiato la popolazione più giovane, ovvero quella più refrattaria a una relazione con le istituzioni, all'autopercezione di utente, alla consapevolezza del rischio.

Prevenzione e
progetti

Ma una volta riconosciuto che la forma "progetto" risulta più vicina alla logica di intervento della prevenzione di quanto lo siano per esempio le routine di lavoro di servizi residenziali, sportelli informativi e persino unità mobili, dobbiamo riconoscerne anche i limiti. Un progetto nasce sulla carta, li promette determinati risultati e prescrive alla realtà cambiamenti rilevanti; solo così ottiene il finanziamento per prendere avvio e incontrare finalmente quella realtà di cui si è già detto. *Un intervento di prevenzione è una scommessa quasi al buio, da*

I limiti di una logica
di progetto

risultati che verosimilmente maturano nel tempo, ha un estremo bisogno dell'alleanza di altri fattori (gli adulti di riferimento, le esperienze di vita, i messaggi dei massmedia, ecc.) ed è quindi un oggetto particolarmente fragile, nel migliore dei casi duttile. Per questo una logica di progetto che prevede prefigurazioni così stringenti a monte e una rendicontazione a valle centrata sugli output difficilmente consente di valorizzare – in tutti i sensi, di valutare per chi legge e di sviluppare le potenzialità per chi scrive – un'azione di prevenzione.

I limiti di una
progettazione
diffusa

Alle difficoltà sopra esposte si affiancano quelle “cumulative” che derivano dal sistema quando questa è la prassi diffusa. Non essendo unica la fonte – di finanziamento, di regolazione, di domanda, di luogo, di bisogno – ne deriva una proliferazione degli interventi senza una regia centrale. Gli effetti, o i rischi se si preferisce, sono quelli noti: *azioni sotto massa critica (per dimensioni e durata) per produrre esiti significativi, possibile duplicazione degli interventi, possibile contraddittorietà dei messaggi veicolati, neutralizzazione degli effetti per sovraccarico di messaggi sui ragazzi nei luoghi più presidiati (le scuole), introduzione di logiche di mercato fra gli attori di prevenzione per la competizione sulle risorse, ecc.* Alla fine il rischio è per il programmatore quello di non sviluppare una strategia generale, di non riuscire a valutare nè il singolo progetto nè la loro somma, e per gli attori di non avere modo e risorse di realizzare interventi adeguati.

Le eredità
positive

Una valutazione che sia valorizzazione non può non cogliere gli altri elementi positivi di questa stagione. La forma “progetto” e la progettazione diffusa hanno infatti alimentato *uno sforzo inedito, di analisi del territorio di riferimento e di ideazione rispetto alle possibilità di intervento.* La breve durata dei progetti ha immesso *una abitudine positiva alla riprogettazione periodica.* La proliferazione di progetti ha anche costituito *un capitale di sperimentazione e di conoscenza* che non si sarebbe accumulato con il perseguimento di procedure e routine consolidate, per quanto efficaci. In un certo senso si potrebbe leggere questa stagione di progettazione come una grande occasione allargata di sperimentazione, caotica ma ricca di potenziale, la cui evoluzione naturale e più positiva appare oggi la messa a valore delle soluzioni di intervento più efficaci sperimentate in questo periodo.

L'occasione
di Lisbona

È corretto registrare altri due elementi positivi relativi a questa stessa stagione. Da un lato va segnalata l'attività dell'Osservatorio Europeo di Lisbona: si tratta di

un processo di convergenza fra i paesi membri intorno alla qualità dei dati prodotti nell'area delle tossicodipendenze – nomenclature, sistemi di classificazioni, batterie di indicatori, ecc. – per produrre quadri statistici solidi e comparabili, e quindi letture dei fenomeni e delle strategie di risposta che prendano atto della natura globale del tema e al contempo dell'interesse verso le soluzioni localmente sperimentate.

L'altro dato positivo è l'evoluzione del quadro normativo regionale e in particolare lo sviluppo di linee di indirizzo in tema di prevenzione e contrasto del consumo e dell'abuso. È una cornice importante, preziosa in un contesto di proliferazione dei progetti. Da queste derivano *indicazioni unitarie intorno al rapporto fra gli attori* – sviluppare un sistema a rete, integrare e trasferire le competenze fra i settori, creare relazioni stabili con la scuola, ecc. – *a quello con i cittadini* – realizzare servizi di prossimità, collocare in modo strategico i punti di accesso, ecc. – così come *alla modalità di intervento* – campagne preventive disegnate sul linguaggio dei target, atteggiamento accogliente e non giudicante, prevalenza dell'approccio educativo e motivazionale, ecc.

Le indicazioni regionali

Quanto fin qui osservato ha un riverbero particolare sulle azioni di valutazione. La proliferazione dei progetti, le differenze sostanziali fra azioni identicamente definite "progetti", l'assenza di strumenti comuni di documentazione, la vaghezza della formulazione degli obiettivi (in parte figlia legittima delle specificità della prevenzione – l'abitudine a non codificare a monte gli indicatori di risultato da utilizzare, l'assenza quasi totale di rilevazioni iniziali sul target, quantitative o qualitative, rispetto alle quali verificare l'impatto del progetto, l'innesto a posteriori e non contestualmente al progetto o al programma della valutazione) finiscono per rendere abbastanza ardua l'operazione. Se poi confermiamo l'idea espressa che la prevenzione sia in buona parte una scommessa al buio, almeno di medio periodo, abbiamo un quadro dei rischi connessi a questa operazione.

Prevenzione e valutazione

Eppure è legittimo chiedersi che cosa è stato fatto in un triennio, quali aree sono state coperte e quali no, quali approcci hanno privilegiato i progetti, quali fenomeni sono stati riscontrati, quali modalità di intervento sono risultate più efficaci, che cosa sembra opportuno fare nel prossimo triennio.

Domande legittime

La presente dispensa è stata pensata per dare visibilità ai principali risultati di due diversi percorsi di ricerca volti a dare risposta a queste domande. Il primo, commissionato dall'Azienda Usl di Piacenza, è nato all'interno del Gruppo di

Obiettivi e finalità

programmazione dei Piani di Zona dell'ex-distretto Urbano, composto da rappresentanti comunali, dell'Ausl e del terzo settore. Nella dispensa si evidenzia in particolare la prima parte di questo percorso, ossia il censimento di tutte le azioni e interventi in materia di prevenzione, svoltosi tra il giugno del 2007 e l'aprile del 2008. Il percorso è poi proseguito con un lavoro di rete, tuttora in essere, tra gli attori del territorio con l'obiettivo di affrontare in modo sistematico e integrato il tema della prevenzione (progetto Ser.ve.r). Il secondo percorso di ricerca, portato a termine nel marzo del 2009 e commissionato dalla Provincia di Piacenza, ha rappresentato l'estensione ai distretti di Levante e Ponente della prima parte del percorso sperimentato per Piacenza.

In entrambi i casi la declinazione operativa comprendeva alcuni sotto obiettivi:

- fare emergere il quadro completo degli interventi realizzati nel triennio 2005/2007;
- evidenziare eventuali sovrapposizioni e comunque il carico di attività per target, territorio e tema;
- valorizzare i risultati, cogliere specificità ed eccellenze;
- ricostruire la fenomenologia delle dipendenze;
- individuare le emergenze e le priorità;
- offrire indicazioni utili per la prossima programmazione triennale e per la nuova logica integrata socio-sanitaria.

Il quadro dei
distretti

Prima di entrare nel vivo delle analisi è necessario un chiarimento. Nel corso del triennio preso in esame, quello riferito ai piani di zona 2005/2007, il territorio della Provincia di Piacenza era ripartito in quattro distretti sanitari: il distretto Urbano (formato dal Comune di Piacenza e da sei comuni limitrofi), il distretto Val d'Arda, il distretto Val Tidone e il distretto Montagna, l'11 settembre 2007 la Conferenza Territoriale sociale e sanitaria di Piacenza ha stabilito il passaggio a una nuova articolazione distrettuale che prevede tre nuove realtà: il distretto Città di Piacenza (che comprende ora solo il Comune di Piacenza), il distretto Ponente (che include i comuni dell'ex distretto Val Tidone, parte dell'ex distretto Urbano e parte dell'ex distretto Montagna) e il distretto Levante (la Val d'Arda, parte dell'ex distretto Urbano e alcuni comuni dell'ex distretto Montagna).

Le linee guida
della valutazione

Per realizzare gli obiettivi concordati sono state implicitamente definite alcune linee guida del percorso:

- la natura di *ricerca valutativa*, ovvero l'immissione di nuovi elementi di conoscenza per procedere alla valorizzazione dei progetti;
- la *natura partecipata del percorso*, ovvero la condivisione di ogni passaggio con gli enti decisori, con gli attori della prevenzione, con i ragazzi idealmente al centro degli interventi;
- il *confronto fra domanda e offerta*, ovvero la necessità di affiancare all'analisi degli interventi realizzati anche quella sui fenomeni, sulla popolazione, sui target;
- il *confronto con gli altri*, ovvero l'opportunità di valorizzare le esperienze territoriali non solo per comparazione interna o verifica di parametri di qualità ma anche alla luce delle evidenze emerse in altri territori o documentate in letteratura, per superare il rischio di autoreferenzialità;
- l'*enfasi sullo sviluppo*, ovvero l'orientamento a interrogare i progetti non in chiave di revisione critica di quanto fatto o di *benchmarking* orizzontale, ma con la logica di cogliere le evidenze di efficacia da consegnare a patrimonio comune per la nuova programmazione.

In quali azioni di ricerca si è tradotto il percorso valutativo?

Nella presente dispensa ne presenteremo tre:

1. l'analisi epidemiologica, per disporre di un quadro statistico solido sui comportamenti di consumo;
2. il censimento dei progetti, reso necessario dal fatto che si trattava di un universo polverizzato, fatto di molti attori e di molti canali di finanziamento che non sempre lasciano traccia di sé;
3. il confronto con i singoli attori, cioè le interviste ai referenti, per dettagliare gli interventi e ragionare insieme intorno alle evidenze.

Al capitolo finale è riservato il compito di fare sintesi, traducendo i risultati di ricerca in proposte di sviluppo.

Cap. 2

Il quadro epidemiologico provinciale

Nell'impianto di ricerca del progetto è stata posta la questione, non usuale nei percorsi di valutazione, dell'analisi del quadro epidemiologico. L'ipotesi di fondo è che un percorso di valutazione generativo debba interrogarsi non solo sugli interventi fatti, sul livello di raggiungimento dei risultati attesi – *l'efficacia*, altrimenti detta – ma anche sulla cornice dei problemi rispetto ai quali gli stessi interventi sono posti in essere, ovvero sull'adeguatezza delle proposte formulate e poi realizzate in forma di progetto rispetto alla fenomenologia del contesto sul quale si insiste.

Perché inserire
un'analisi
epidemiologica

Richiamare in campo l'epidemiologia dei comportamenti di consumo può apparire come una soluzione ragionevole, ma non è un'opzione neutra, di pura esaustività informativa. Significa da un lato rimettere in campo l'analisi dei bisogni propria di quasi ogni progetto – i risultati possono essere di piena soddisfazione rispetto agli obiettivi, ma questi potrebbero essere formulati su ipotesi non coerenti coi contesti di intervento – ma dall'altro chiama in causa anche la programmazione, non solo la progettazione, ovvero la capacità del livello istituzionale di fornire quadri informativi adeguati per innescare fra i progettisti la corretta ricerca di soluzioni efficaci.

Ma di quale epidemiologia si tratta? Qui infatti occorre lavorare a servizio della prevenzione dei comportamenti di consumo di sostanze legali e illegali, cioè occorre tracciare il profilo non già dell'abuso di sostanze ma dell'accesso, per non dire della sfera dei comportamenti che si considerano predittori o di rischio rispetto al consumo.

Epidemiologia e
prevenzione

Ancora una volta la precisazione non è di poco conto, perché le base dati sulle quali solitamente, anche in seno ai livelli programmatori, si profila il quadro della tossico- e alcol-dipendenza a livello locale sono quelle degli accessi ai servizi, Ser.T e Comunità Terapeutica, in altre parole di soggetti quasi sempre abusatori, in genere con tempi di latenza medi dal primo contatto con la sostanza di 9-10 anni. È intuitivo che impostare la prevenzione sulla "fotografia ingiallita" di chi oggi si affaccia al servizio e racconta nei fatti le modalità di

contatto di 10 anni prima inibisce fortemente la possibilità di interventi adeguati alle dinamiche – quali sostanze, quali modalità di reperimento, quali forme di utilizzo – in rapido cambiamento. Non è raro, infatti, fra i servizi ascoltare da parte degli abusatori trentenni il racconto scandalizzato - quasi paradossale - intorno agli stili di consumo dei sedicenni, non riconoscibili ai loro stessi occhi.

ESPAD Qualcosa è cambiato. Il percorso di convergenza europea condotto dall'Osservatorio di Lisbona sta portando a modalità comuni di raccolta dati nei paesi UE, anche sul fronte delle indagini sui consumi degli adolescenti. Esistono cioè protocolli consolidati di rilevazione che consentono comparazioni internazionali, e in virtù della capillarità del piano di campionamento anche analisi localizzate all'interno della cornice nazionale.

L'indagine ESPAD si concentra sulla fascia 15-19 anni nella popolazione scolastica: per quanto non includa target significativi fra quelli passibili di studio a fini di prevenzione – la popolazione preadolescenziale, quella che a pari età già lavora o non frequenta, gli universitari, ecc. – rappresenta oggi la miglior fonte per conoscere il consumo di sostanze in adolescenza. L'indagine è curata dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa sull'intero territorio nazionale ed è basata su un questionario autosomministrato in classe, su un campione fortemente significativo a livello nazionale ma tale da consentire anche elaborazioni a livello provinciale, fino all'anno 2007.

Evidenze
epidemiologiche:
l'accesso

Il protocollo ESPAD, ovvero il sistema di rilevazione convenuto a livello europeo, propone di concentrare l'analisi su pochi indicatori comuni, per facilitare le operazioni di raccolta dati e di confronto. I più significativi sui consumi sono quelli relativi alla prevalenza in vita (Life Time, in sigla LT) e prevalenza nell'ultimo anno (Last Year, in sigla LY), che indicano nel primo caso il contatto avvenuto in un qualsiasi momento con la sostanza – l'averne fatto esperienza in qualche modo, si potrebbe dire – e nel secondo caso che questo sia successo nell'ultimo anno.

Se consideriamo i due indicatori all'età di 15 anni – primo anno di età disponibile per ESPAD – possiamo notare immediatamente alcune cose significative relativamente al contesto piacentino (Tab. 2.1):

1. all'ingresso delle scuole superiori il consumo di sostanze illegali non è sconosciuto (LT) ma riguarda una minoranza, in una classe di 25 ragazzi 3 o 4 ne hanno provata una;

2. fra queste è nettamente la cannabis la sostanza di primo accesso, poco meno che nelle stesse proporzioni;
3. la dinamica dell'ultimo triennio cambia il "menù" di sostanze conosciute, perché è vero che la cannabis rappresenta la sperimentazione più frequente a questa età ma a crescere è la cocaina – la cui prevalenza è raddoppiata in due anni - seppur limitata ad una netta minoranza (2,6%), e l'eroina;
4. diverso è il profilo delle sostanze legali, la stragrande maggioranza ha provato l'alcol e in un caso su 3 è stato sperimentato l'abuso (non rilevato nel 2007), che è episodio dell'ultimo anno in un caso su 4/5;
5. le sigarette sono invece esperienze di quasi la metà dei 15 enni (nel caso delle ragazze, proprio la metà), ma va notato che la quota di coloro che dichiarano di aver fumato nell'ultimo anno è assai più bassa (circa uno su 9);
6. è significativo anche il consumo di psicofarmaci, nettamente superiore a quello di qualsiasi altra sostanza illegale ad esclusione della cannabis (ma per le ragazze, senza esclusione a 15 anni).

Proprio da questo primo quadro epidemiologico si osserva come *sia ormai opportuno collocare azioni significative di prevenzione primaria alle scuole medie, ovvero nelle fasce di età preadolescenziali, che sia l'alcol la sostanza sulla quale concentrare le attenzioni*, mentre pare un'azione informativa preventiva sui rischi connessi al consumo di tabacco, psicofarmaci e cannabinoidi.

Tab. 2.1 – Consumo di sostanze, legali e illegali, a 15 anni nella popolazione scolastica della provincia di Piacenza: confronto fra indicatori di consumo nell’ultimo anno (LY) e in vita (LT) e loro dinamica nel triennio 2005-2007

Sostanze	LY			LT		
	Anno					
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Allucinogeni	1,0	1,1	1,6	1,8	1,6	2,5
Cannabis	10,8	10,9	8,9	13,5	14,9	11,8
Cocaina	0,8	1,2	1,8	1,3	1,5	2,6
Eroina	1,1	1,4	1,6	1,6	1,9	2,1
Stimolanti	0,5	1,0	1,4	1,1	1,5	2,0
Qualsiasi sostanza illegale	11,4	10,9	11,0	14,6	15,1	13,5
Ubriacature	22,7	22,7	n.d.	33,7	33,7	n.d.
Sigarette (almeno una al giorno)	11,7	11,6	19,1	45,5	46,9	46,8
Alcool	71,0	76,8	73,1	82,4	86,6	83,0
Psicofarmaci	2,2	2,2	4,3	5,5	5,5	9,8
Anabolizzanti	0,2	0,4	0,5	0,4	0,4	0,8

Fonte: Espad 2007, CNR Istituto di fisiologia clinica

Evidenze epidemiologiche: le differenze di genere

I profili di genere nel consumo di sostanze consentono di precisare meglio le azioni preventive in questione (Tab. 2.2):

- le differenze di genere si stanno assottigliando, sia sul fronte delle sostanze legali che di quelle illegali, sia nella prima fascia di età che rispetto all’intero periodo adolescenziale;
- all’età di 15 anni le dinamiche recenti indicano chiaramente nelle ragazze i consumatori maggiori per molte sostanze (l’indice di prevalenza è superiore per abuso di alcool, consumo di cocaina, eroina, allucinogeni, tabacco, psicofarmaci, e in alcuni casi di molto superiore ai coetanei maschi);

- nel corso dell'adolescenza le differenze si assottigliano, per poi giungere invertite alla maggiore età per tutte le sostanze salvo il tabacco;

Questo significa che *occorre superare lo stereotipo di una sorta di protezione di genere, naturale o culturale che sia, dal consumo di sostanze, conviene anzi prestare particolare attenzione in preadolescenza alle ragazze (rispetto alle quali è prevedibile immaginare anche l'influenza di amici maschi più grandi) mentre appare in generale opportuno nella prevenzione tarare la comunicazione e gli strumenti di intervento per genere, in base ai profili emergenti.*

Tab. 2.2 – Consumo nell'ultimo anno di sostanze, legali e illegali, a 15 anni e nella fascia 15-19 anni, nella popolazione scolastica della provincia di Piacenza: confronto maschi e femmine - anno 2007

Sostanze	Femmine		Maschi	
	15	15-19	15	15-19
Allucinogeni	1,5	2,3	1,6	4,3
Cannabis	7,3	19,2	10,3	24,9
Cocaina	2,1	3,7	1,4	5,3
Eroina	2,0	1,4	1,3	1,6
Stimolanti	1,7	2,9	1,1	4,0
Qualsiasi sostanza illegale	9,6	21,4	12,2	26,8
Ubbriacature	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sigarette	21,2	30,5	17,1	27,3
Alcool	73,1	83,7	73,0	86,2
Psicofarmaci	6,1	8,3	2,6	3,8
Anabolizzanti	0,2	0,3	0,7	1,0

Fonte: Espad 2007, CNR Istituto di fisiologia clinica

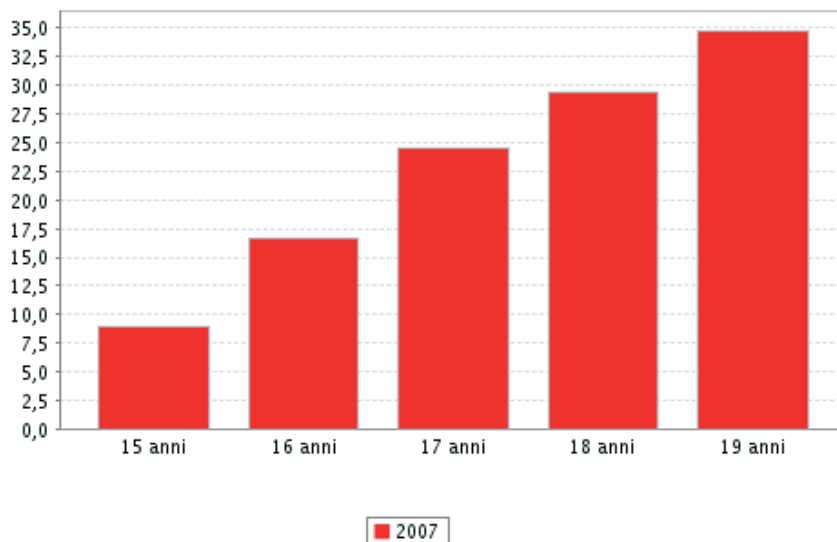
Proviamo ora a considerare le differenze osservate nel consumo per classi di età, rispetto alle singole sostanze:

- i cannabinoidi mostrano un andamento di costante crescita fino all'ultimo anno in considerazione, ai 18 anni, ma con un tasso di crescita decrescente, facendo presumere che se alla fine del periodo il rapporto con la sostanza sarà l'esperienza di molti nel seguito del corso della vita il contatto possa ridursi e restare un ricordo o un'occasione rara per molti;
- è la cocaina che mostra la vera "curva di apprendimento" in questa fascia di età, quella per la quale è maggiore lo scarto fra la prevalenza nelle due età agli estremi della classe, quella che rivela la variazione più significativa proprio all'ultimo anno, quella che insomma può preoccupare di più rispetto alla dinamica nel corso della vita successiva, pur restando assai meno diffusa della cannabis;
- l'eroina è invece oggi sostanza di una minoranza, che resta tale e di dimensioni molto ridotte, senza dinamica nel tempo, ma è anche l'unica sostanza che rivela il dato forte di una prevalenza nell'ultimo anno maggiore fra i 15 enni che fra i 19 enni, come a dire che le ultime generazioni potrebbero essere più a rischio di contatto rispetto a chi ha qualche anno di più, ovvero la spia di una nuova diffusione del consumo di eroina anche se con diverse modalità di assunzione, che affiora nei più giovani;
- risulta invece per lo più costante la crescita dei dati di prevalenza al crescere dell'età per le altre sostanze.

Anche queste considerazioni suggeriscono una strategia di prevenzione diversa per età e per sostanza, che possa promuovere il superamento della fase sperimentale laddove presente (cannabis), contenere nuovi stili di consumo nei più giovani (l'eroina fumata), ribadire in uscita dal ciclo delle superiori i rischi connessi alle varie sostanze, sapendo che l'evidenza di indici costantemente in crescita per la maggioranza delle sostanze lungo i 5 anni delle superiori non prelude automaticamente a dipendenza ma certo al rischio di valori ancora maggiori nelle età immediatamente successive.

Prevalenza studenti (%)

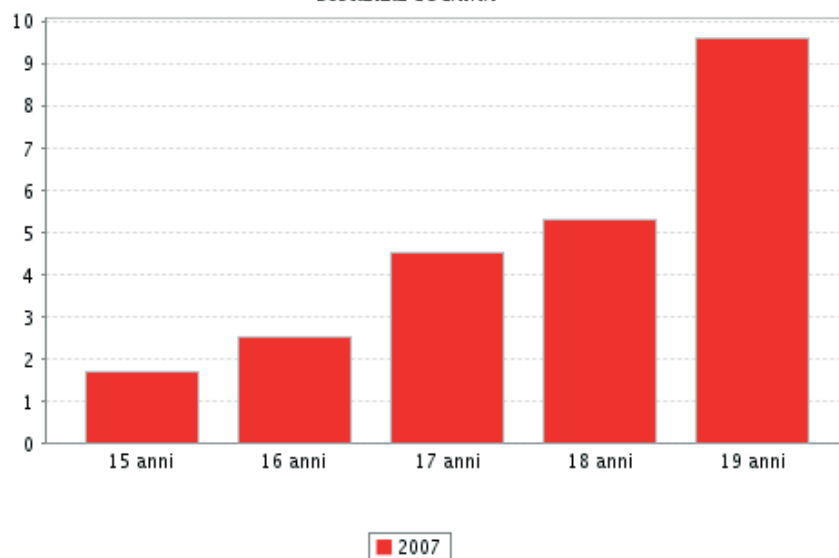
Sesso: Tutti
Periodo: LY (prevalenza negli ultimi 12 mesi)
Area: piacenza
Sostanza: CANNABIS



Fonte: Espad 2007, CNR Istituto di fisiologia clinica

Prevalenza studenti (%)

Sesso: Tutti
Periodo: LY (prevalenza negli ultimi 12 mesi)
Area: piacenza
Sostanza: COCAINA



Fonte: Espad 2007, CNR Istituto di fisiologia clinica

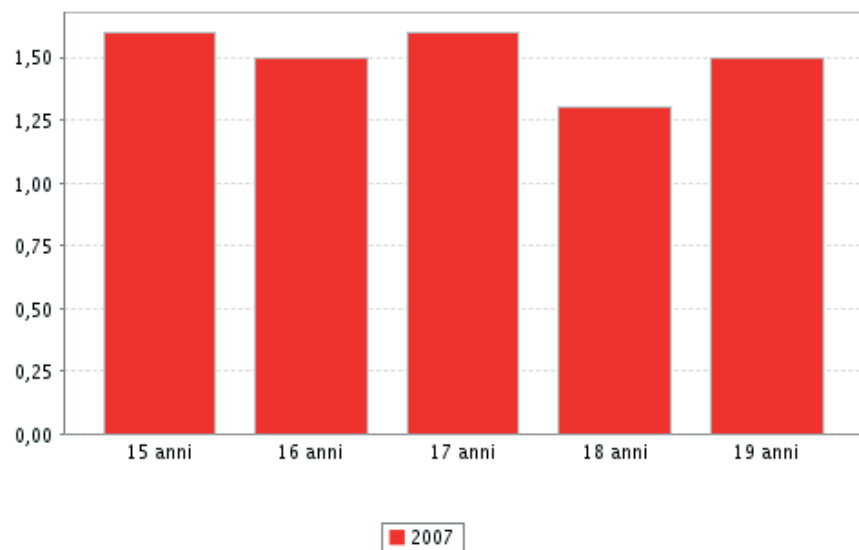
Prevalenza studenti (%)

Sesso: Tutti

Periodo: LY (prevalenza negli ultimi 12 mesi)

Area: piacenza

Sostanza: EROINA



Fonte: Espad 2007, CNR Istituto di fisiologia clinica

Evidenze
epidemiologiche: le
caratteristiche del
contesto

Dal punto di vista territoriale il dato locale risulta abbastanza omogeneo a quello regionale (Tab. 2.3). Volendo rilevare gli scostamenti più significativi rispetto alla media regionale – comunque abbastanza contenuti - si può notare un *maggior uso di allucinogeni, di stimolanti, di psicofarmaci, di tabacco e di cocaina*. In questo senso comunque il territorio piacentino *non sembra profilare una situazione di allarme o di forte specificità*.

Tab. 2.3 – Consumo comparato fra provincia di Piacenza e intera Regione Emilia-Romagna, rispetto alla prevalenza nell’ultimo anno (LY) e in vita (LT) delle sostanze, legali e illegali, nella fascia 15-19 anni- anno 2007

Sostanze	LY		LT	
	PC	ER	PC	ER
Allucinogeni	3,3	2,9	5,3	4,7
Cannabis	22,1	22,9	29,0	29,7
Cocaine	4,5	4,2	6,5	6,3
Eroina	1,5	1,3	2,3	2,2
Stimolanti	3,4	3,2	5,2	4,8
Qualsiasi sostanza illegale	24,1	24,3	30,7	30,7
Ubbriacature	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sigarette	28,9	26,9	63,3	62,1
Alcool	84,9	84,9	91,4	91,5
Psicofarmaci	6,1	5,3	12,7	11,4
Anabolizzanti	0,7	0,6	1,0	1,0

Fonte: Espad 2007, CNR Istituto di fisiologia clinica

Cap. 3

Il censimento

L'obiettivo dei censimenti è stato quello di rintracciare e mappare le principali azioni di prevenzione proposte tra il 2005 e il 2007 nel distretto Città di Piacenza e negli attuali distretti di Ponente e Levante, così da evidenziare le eventuali aree scoperte e quelle di sovrapposizione, valorizzare saperi ed esperienze e fornire indicazioni utili per la prossima programmazione triennale.

Obiettivi

Per potere raggiungere il risultato atteso nei tre distretti con un buon livello di attendibilità sono state svolte tre operazioni:

Le fasi del censimento

1. *Incontro iniziale con i referenti della Provincia, dell'Ausl e dei tre distretti*, per presentare il percorso e per ottenere informazioni di massima in merito al numero approssimativo dei progetti, alla documentazione già esistente e alla rubrica dei contatti per raggiungere i responsabili delle diverse azioni.
2. *Mappatura vera e propria*, ovvero individuazione delle singole azioni attraverso il contatto telefonico o via mail con i diversi referenti a livello provinciale, distrettuale, comunale e di singole organizzazioni, recuperando il materiale già disponibile e creando una rubrica di contatti, con le indicazioni relative ai responsabili o ai diretti esecutori degli interventi.
3. *Interviste*, telefoniche o *face to face*, ai responsabili delle diverse azioni, della durata variabile tra i venti minuti (per le interviste telefoniche e solo laddove il materiale prodotto e recuperato era già parzialmente esauriente) e le due ore e mezza, per i referenti di più progetti.

All'interno dei distretti Città di Piacenza, Levante e Ponente abbiamo individuato *oltre 140 azioni* di prevenzione pensate, progettate e realizzate tra il 2005 e il 2007 da una rete che comprende oltre cinquanta differenti attori, tra enti pubblici e organizzazioni private di diverso genere. Prima di passare però alla presentazione e alla lettura delle informazioni emerse occorre fare alcune premesse.

Le azioni individuate

La letteratura sulla prevenzione, e in particolare sulla promozione delle *life skill*, mette in luce la rilevanza di percorsi non necessariamente centrati su particolari stili di vita e di consumo ma orientati allo sviluppo delle abilità e delle sensibilità

Quali progetti rientrano nel censimento?

necessarie per affrontare criticamente le sfide e i disagi quotidianamente vissuti. Il passaggio dal particolare (la particolare sostanza, il particolare contesto di consumo...) al generale (il benessere, l'agio...) pone però in questione la possibilità di individuare un unico perimetro che permetta di stabilire cosa appartenga e cosa non appartenga all'universo della prevenzione. Basti pensare a un esempio. Le attività delle società sportive possono essere considerate azioni di prevenzione? Forse no. Ma come cambia la risposta se ci viene segnalato un allenatore particolarmente attento e competente che ha attivato per i suoi giocatori un percorso sulla gestione dell'ansia e sulla rielaborazione delle dinamiche di gruppo? In questo senso ciò che assume caratteri più sfumati non è solo la tipologia dei percorsi da includere nella ricognizione, ma anche la definizione degli attori da considerare (per esempio: in che misura i parroci sono attori della prevenzione? In che misura lo sono i gestori dei locali notturni?) così come il target a cui i singoli progetti dovrebbero rivolgersi (è lecito includere nella mappatura i percorsi per genitori e famiglie, dal momento che hanno evidenti ricadute sul benessere dei figli? È lecito includere le azioni pensate per gli alunni delle scuole primarie?).

Una definizione spontanea

Avendo preso atto dell'assenza di un impianto classificatorio solido e condiviso e volendo pertanto ricostruire una "definizione situata" a partire dalle azioni poi di fatto ascritte alla voce prevenzione, la scelta è stata quella di *lasciare ai diversi enti, organizzazioni e realtà del territorio la libertà di identificare quest'area e di identificarsi o meno al suo interno*. In questo modo sono state individuate proposte assai differenti l'una dall'altra sia per quanto riguarda le idee di fondo sia per quanto riguarda gli aspetti tecnici, la durata dei progetti, le professionalità coinvolte e le reti attivate.

I materiali

Un secondo elemento di eterogeneità emerge in sede di lettura e sistematizzazione dei materiali raccolti. *La documentazione pervenuta si differenzia per tipologia* – schede di progetto, di rilevazione sintetica o di monitoraggio, oppure report di varia natura, materiale promozionale o di supporto per gli interventi – *ma anche e soprattutto per le analisi dei fenomeni, esplicitate (o non esplicitate) a monte, per il diverso ricorso a informazioni qualitative e quantitative e per le finalità stesse del documento redatto*.

I dati

Come in ogni censimento, *è stata costruita una contabilità delle azioni di prevenzione e queste sono state ricondotte alle tassonomie in uso*. Si raccomanda però prudenza, questi dati non devono essere intesi come definitivi

e immobili ma come fotografie parziali e momentanee di un insieme di flussi in divenire. Se è vero, infatti, quanto detto sulle difficoltà nel tracciare un unico perimetro dell'universo delle azioni di prevenzione, il margine di aleatorietà aumenta se si deve tenere conto di tradizioni territoriali assai diverse l'una dall'altra come quelle della Val Tidone, della Val d'Arda, della Montagna e della Città di Piacenza. Un'azione segnalata in un'area potrebbe non essere stata indicata in un'altra e questo complica il lavoro sia per quanto riguarda l'attribuzione di una tipologia di azione all'insieme mappato (per esempio i percorsi proposti dagli oratori potrebbero essere considerati azioni di prevenzione in un territorio, mentre diversamente potrebbe accadere altrove) sia, di conseguenza, per il recupero di contatti, informazioni e materiali che in altri contesti non sono magari ritenuti fondamentali. La volontà di dialogare con il territorio e di ricostruire insieme il modo in cui questo ha interpretato nei fatti la prevenzione comporta un costo nella fase iniziale. Per fare un esempio, è molto probabile che vi siano scuole, oratori, società sportive, organizzazioni della società civile o gruppi informali che hanno ragionato e progettato autonomamente sul tema della prevenzione e che non sono stati raggiunti solo perché non hanno prodotto materiale documentativo, perché non hanno richiesto il supporto di altri attori o non si sono messi in rete sui territori di appartenenza. Il loro impegno non vale meno di quello degli altri e l'esclusione da questa mappatura non è necessariamente intenzionale o significativa.

L'eterogeneità limita le dimensioni di misura e costringe a compiere delle scelte: il gruppo di ricerca ha infatti deciso di utilizzare come unità di conto *la "azione di prevenzione", ovvero qualunque iniziativa venga imputata dal suo agente come intenzionalmente rivolta alla prevenzione*. Pertanto il censimento include a pari merito interventi più che decennali e interventi che si esauriscono nel corso di una mattinata, servizi stabili sul territorio e appuntamenti itineranti di sensibilizzazione, proposte relative a piccoli gruppi e azioni che coinvolgono l'intera popolazione. Risulta allora evidente che ogni ricostruzione numerica va presa con beneficio d'inventario.

Questo ci porta a sottolineare un tema già emerso come centrale in questa riflessione, quello dell'eterogeneità. La mappatura ci ha consentito di fare emergere la pluralità e la ricchezza dell'offerta territoriale, il radicamento e l'impatto di alcuni interventi così come gli elementi di cambiamento portati da altri, i saperi delle istituzioni così come quelli degli operatori. D'altra parte, ha

Azioni di
prevenzione

posto in primo piano le criticità legate alle interazioni di sistema, le difficoltà nel raccontare la propria storia, i propri successi e i propri fallimenti, ma anche solo nel comunicare le azioni proposte; spesso mancano le occasioni per avviare un confronto, a volte non ci sono gli strumenti, le risorse o i supporti adeguati. Come sviluppare le declinazioni positive dell'eterogeneità e come contenere quelle problematiche? La via da percorrere non è certo quella dell'omologazione, ma quella *dello scambio e della condivisione, dell'individuazione di un paniere informativo condiviso e insieme della specializzazione per aree o per attori, del metodo della valorizzazione e della co-costruzione*, tutti elementi sui quali ci soffermeremo più avanti.

Nei prossimi tre paragrafi analizzeremo le caratteristiche degli interventi che compongono l'offerta territoriale dei tre distretti tenendo presenti i seguenti elementi: la titolarità e la gestione diretta dell'azione in questione, il contesto all'interno del quale si sviluppa, il target a cui è rivolta, la tipologia, l'idea su cui si basa e gli approcci a cui fa riferimento. Per quanto riguarda i distretti di Ponente e di Levante l'analisi include un ulteriore approfondimento centrato sulla distribuzione degli interventi sulle singole aree e sui singoli territori comunali. Nel quarto paragrafo andremo invece a focalizzare l'attenzione sulle principali evidenze (positive e di criticità) del censimento, proponendo chiavi di lettura trasversali all'intero territorio.

3.1 Il distretto Città di Piacenza

Nell'attuale distretto Città di Piacenza sono state rintracciate circa **55 azioni**, avviate, proseguite o portate a termine tra il 2005 e il 2007.

Nella quasi totalità dei casi la titolarità dei progetti attivi all'interno del distretto Città di Piacenza è da ricondurre al settore pubblico, a conferma del fatto che *la prevenzione è un'area elettiva dell'intervento pubblico*. A parte i percorsi promossi da organizzazioni del privato sociale o da alcune realtà parrocchiali, la gran parte delle azioni fa capo a:

Titolarità

- enti pubblici, in modo particolare il Comune;
- Ausl e Ser.T.

Parlando della concreta gestione delle azioni di prevenzione, come possiamo vedere dal grafico U1, troviamo una forte prevalenza del terzo settore (circa il 58% delle azioni mappate, in particolare quelle che vedono il Comune di Piacenza come titolare), anche se rimane forte la presenza del soggetto pubblico (37% della totalità dei progetti), in particolare dell'Ausl.

Gestione

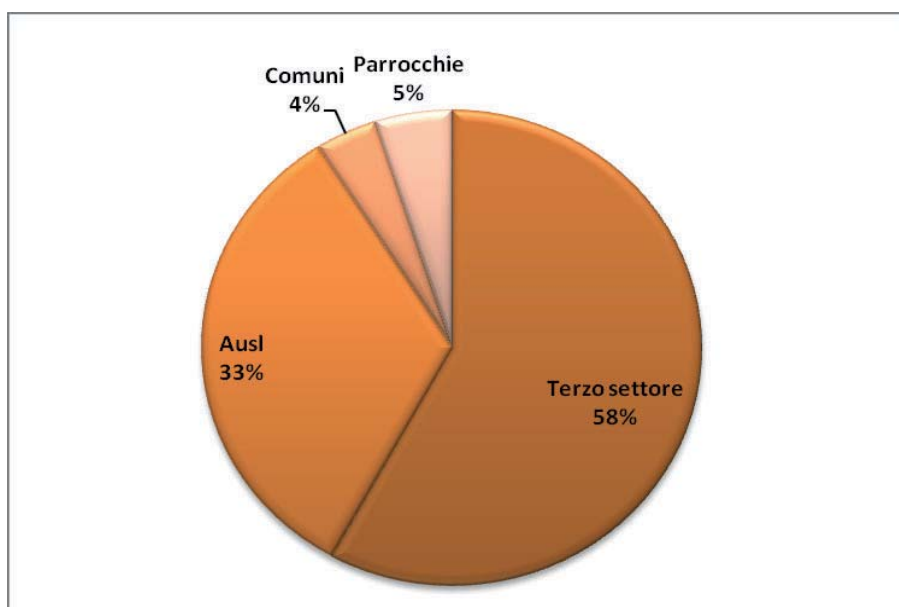


Grafico U1. La gestione delle azioni di prevenzione

Il contesto

Le scuole, in special modo le medie superiori, sono evidentemente ritenuti contesti privilegiati di intervento. Qui vengono implementati oltre il 55% dei progetti, mentre il 28% circa riguarda spazi organizzati esterni alla scuola, come oratori e Cag, e il 17% circa le attività sviluppate nel più ampio contesto territoriale (è il caso soprattutto delle unità mobili ma anche delle ricerche sul campo).

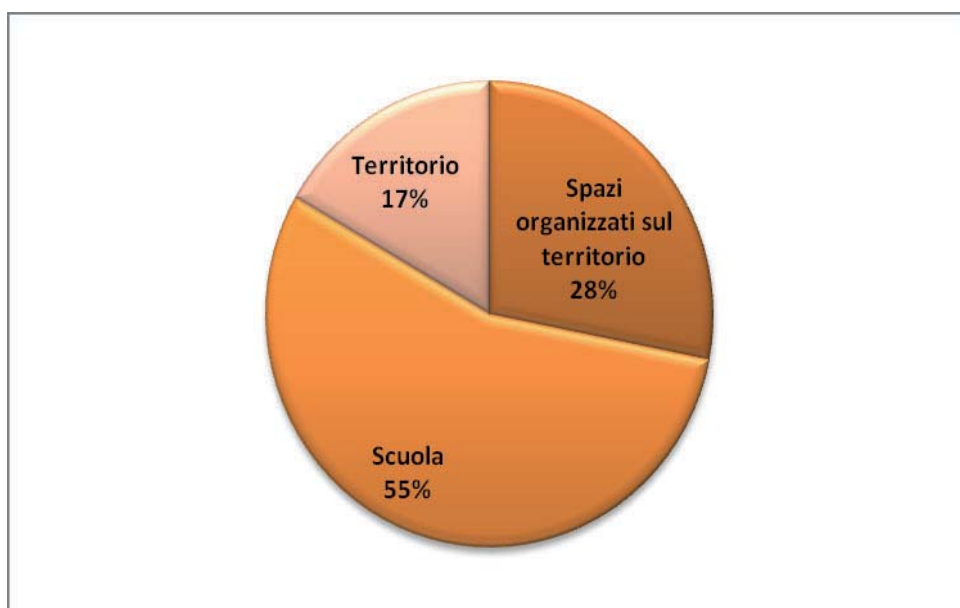


Grafico U2. Il contesto delle azioni di prevenzione

Il target

Chi sono i destinatari delle azioni di prevenzione? In alcuni casi ci si rivolge a un unico target specifico, mentre per altri progetti il bacino di riferimento è più ampio e coinvolge diverse fasce d'età. Il 50% circa degli interventi si rivolge esclusivamente ai ragazzi delle scuole superiori; se a questi aggiungiamo i progetti che coinvolgono fasce di età più ampie ma che comunque comprendono quella delle scuole superiori, emerge che oltre l'80% dei progetti nel distretto Città di Piacenza è destinato a ragazzi e ragazze di età compresa tra i 14 e i 19 anni, mentre il 6% si concentra esclusivamente sui minori di 14 anni e solo il 4,5% dei progetti è destinato ai giovani adulti (sopra i 19 anni). Si può sottolineare come gli interventi rivolti prevalentemente agli adulti (quali percorsi di sensibilizzazione, laboratori, momenti di counselling) siano abbastanza marginali (ma come vedremo non è una criticità legata al solo territorio urbano).

Per oltre il 60% dei casi, si tratta di percorsi, laboratori e cicli di incontri attivati nelle scuole, negli oratori, nei centri giovanili o in spazi affini. I servizi stabili o semistabili – dai Cag ai centri diurni, dai centri polifunzionali agli sportelli – rappresentano circa il 24% dei progetti di prevenzione, mentre il restante 14% riguarda eventi una tantum, come incontri e serate di sensibilizzazione ma anche ricerche e pubblicazioni. La prevenzione nel distretto Città di Piacenza è quindi prevalentemente di tipo “soft”, mobile e adattabile ai diversi contesti.

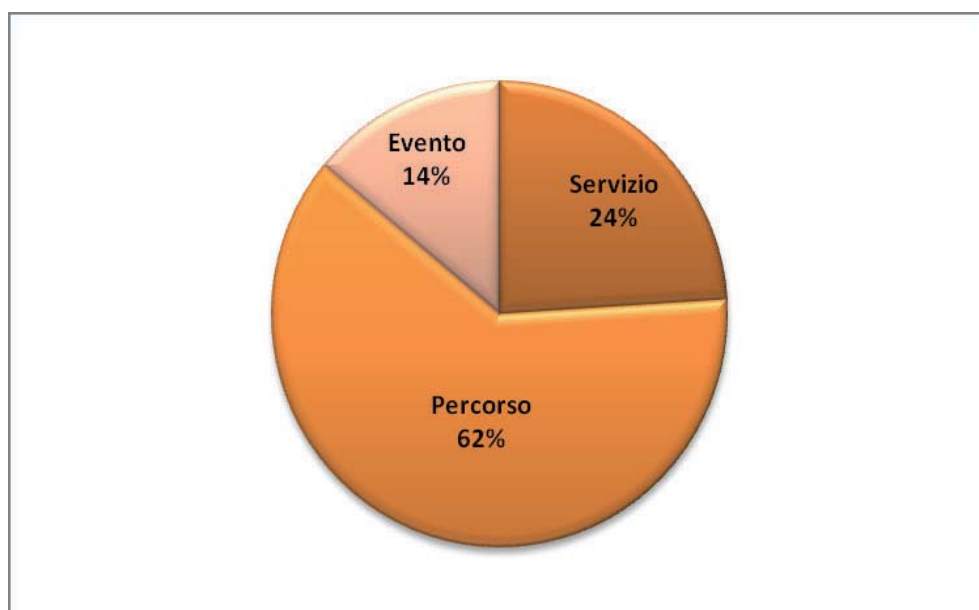


Grafico U3. Tipologia delle azioni di prevenzione

Per quanto riguarda l'idea di prevenzione, prevalgono nettamente (82%) gli interventi di prevenzione universale, ovvero di prevenzione pensata per tutti gli individui appartenenti a una data popolazione, per esempio gli adolescenti. L'area della prevenzione selettiva, ovvero quella rivolta a specifici sottogruppi della popolazione considerati a rischio maggiore, comprende circa il 15% degli interventi totali, mentre poco più del 4% degli interventi sono centrati sull'idea di prevenzione indicata, ovvero rivolta a individui e piccoli gruppi ritenuti ad alto rischio o, nel caso delle sostanze, che ne hanno già sperimentato il consumo.

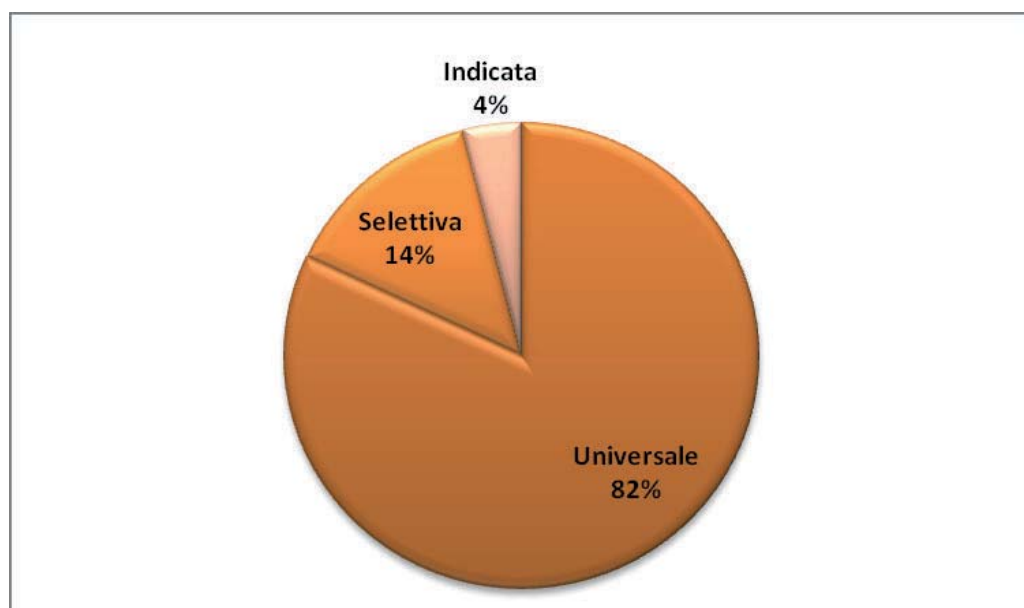


Grafico U4. Idea di prevenzione

I contesti e le idee di prevenzione

Andando a incrociare i dati sull'idea di prevenzione con quelli relativi al contesto, possiamo osservare come nelle scuole più del 90% degli interventi sia di tipo universale, mentre circa il 10% è di tipo selettivo, riguardanti soprattutto gli spazi d'ascolto e di counselling interni alle scuole. Negli spazi attrezzati sul territorio, invece, il 73% riguarda attività che fanno riferimento all'idea universale di prevenzione, mentre il restante 27% è relativo all'idea di prevenzione selettiva. Sul territorio invece rimane predominante l'idea di prevenzione universale (62%), ma si può notare la presenza di interventi che si rifanno all'idea di prevenzione indicata (25%) e selettiva (13%).

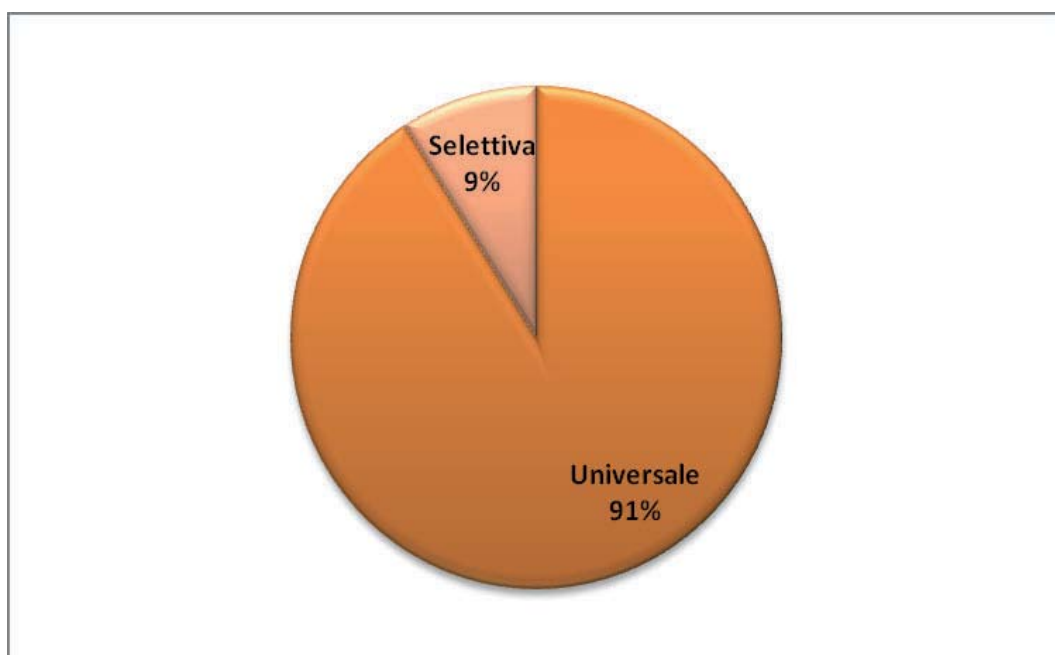


Grafico U5. Scuola e idea di prevenzione

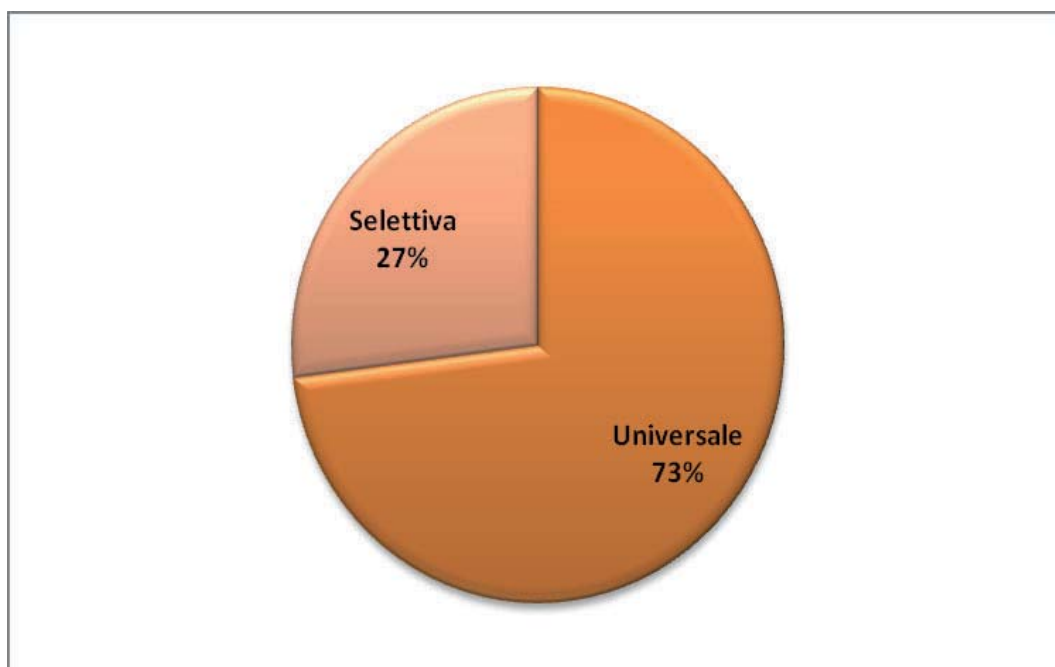


Grafico U6. Spazi sul territorio e idea di prevenzione

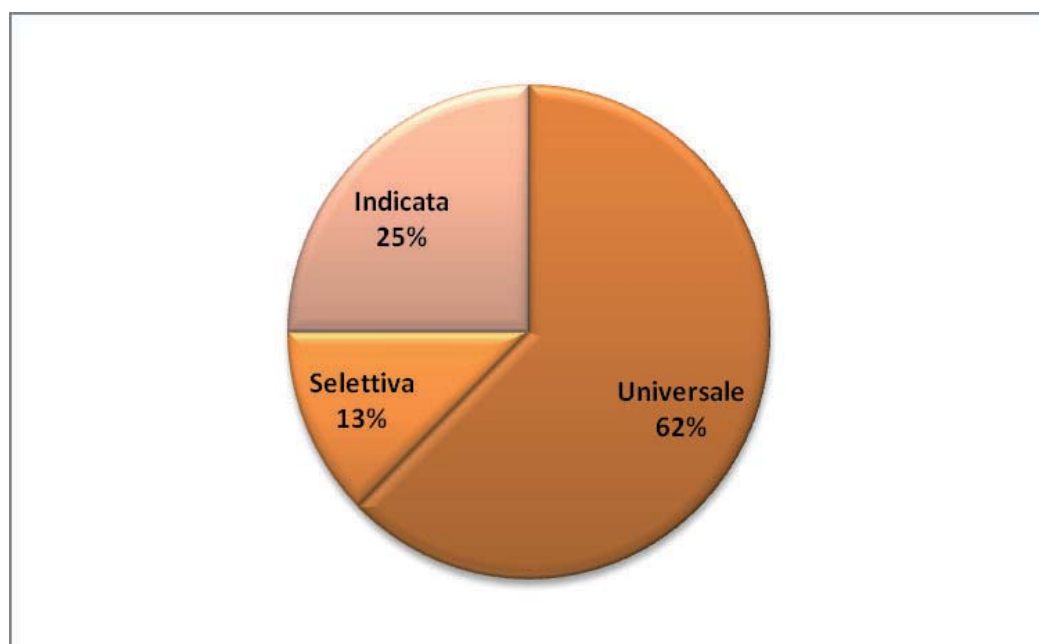


Grafico U7. Territorio e idea di prevenzione

Avvertenze nella lettura dei dati

Una volta ricondotto l'universo a queste classificazioni comuni, è opportuno corredare i dati di alcune avvertenze che sfumano i confini delle classificazioni stesse. L'invio e l'autoinvio a uno spazio di ascolto o counselling possono avvenire per ragioni assai diverse l'una dall'altra. In alcuni casi si può accedere allo sportello perchè genitori o insegnanti hanno riscontrato e problematizzato un determinato comportamento, per esempio il consumo di sostanze; in questo caso l'azione potrebbe prendere la forma della prevenzione indicata, del fronteggiamento del disagio avvertito, o della riduzione del danno. In altri casi l'invio può avvenire per ragioni più generali, relative a considerazioni di massima sul rischio di trovarsi in situazioni di disagio; in questo caso dovremmo parlare di prevenzione selettiva o indicata, a seconda dell'effettiva incidenza del rischio. In un terzo caso potrebbe essere direttamente l'utente, poniamo un adolescente di una scuola superiore, ad accedere spontaneamente allo sportello per mettersi in gioco, per confrontarsi con un particolare vissuto, o solo "per curiosità"; di cosa si tratta in questo caso? Di prevenzione universale? Ugualmente non sarà facile ricondurre a una categoria quei centri educativi e quei centri adolescenti che funzionano parzialmente su segnalazioni e invii e parzialmente a libero accesso. Diverse saranno le utenze, molteplici i percorsi. Allo stesso modo si possono osservare gli spazi di aggregazione: laddove si tratta di contesti particolarmente connotati allora avviene a monte una selezione dell'utenza e le pretese di

universalità rischiano di restare sulla carta. Includere un'azione nel novero della prevenzione universale, selettiva o indicata vuole essere quindi un'indicazione di massima che ci spinge, ancora una volta, a leggere e a interpretare le statistiche con spirito critico.

Ultima dimensione è quella che riguarda gli approcci, le strategie e i modelli di intervento. Possiamo rilevare come una netta predominanza della totalità delle azioni nel distretto Città di Piacenza (circa il 60%) riguardino in modo particolare elementi educativo-promozionali centrati sullo sviluppo delle *life skill*, ovvero di «quelle abilità che mettono in grado un individuo di adottare strategie efficaci per affrontare i diversi problemi della vita quotidiana» (WHO, 1993). Meno del 5% dei progetti prende l'avvio da elementi informativi, ma occorre precisare che gli equilibri tra informazione e promozione delle *life skill* sono estremamente variabili e in alcuni casi vengono ridefiniti *in fieri* in base ai gruppi specifici di riferimento. Nel 14% dei casi si tratta di azioni di ricerca (qui pesa molto l'intervento di ricerca effettuato in quegli anni – *Adulti in Ricerca* – sul territorio dell'ex distretto Urbano) mentre la restante parte dei progetti vede un approccio legato allo sviluppo di comunità (7%), al counselling individuale (7%), alla riduzione del danno (6%) e in minima parte (meno del 2%) alla *peer education*.

Gli approci

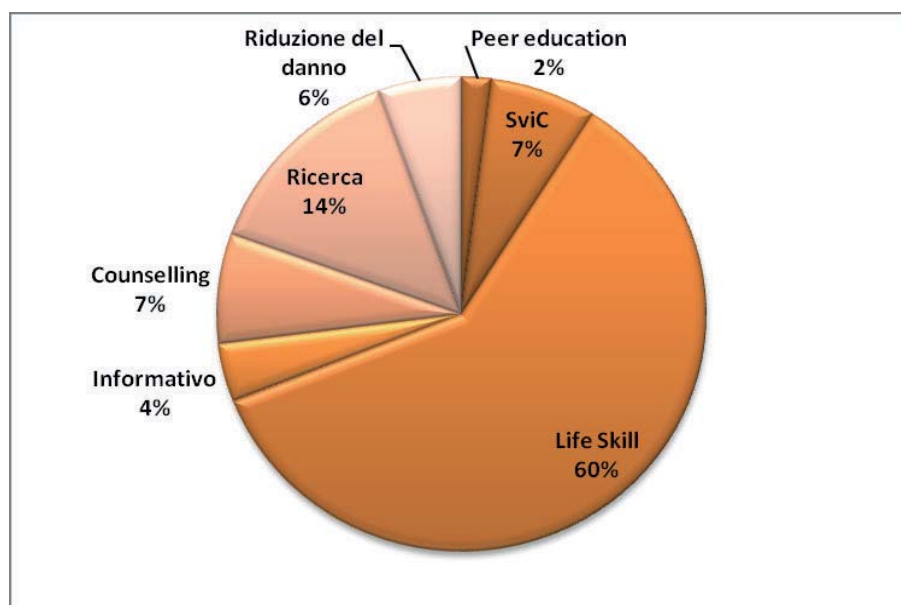


Grafico U8. Gli approcci di prevenzione

3.2 Il distretto di Ponente

Nell'attuale distretto di Ponente sono state rintracciate circa **47 azioni**, avviate proseguite o portate a termine tra il 2005 e il 2007.

Titolarità Anche in questo contesto, la titolarità dei progetti è riconducibile nella maggior parte dei casi al settore pubblico. Alle realtà parrocchiali e alle organizzazioni del privato sociale vanno infatti ad aggiungersi:

- enti pubblici, prevalentemente i comuni;
- reti e consorzi formati da più comuni, creati per percorsi o progetti specifici oppure legati al precedente assetto territoriale: Val Tidone e Val Luretta, distretto Montagna, distretto Urbano;
- Ausl e Ser.T.;
- scuole.

Gestione Per quanto riguarda la realizzazione, la geografia cambia: l'attore pubblico resta prevalente ma è soprattutto l'Ausl a svolgere le attività, mentre emerge la rilevanza delle agenzie del terzo settore, che attuano anche in questo contesto gran parte delle azioni di cui sono titolari i comuni. Il 40% dei progetti circa è appunto svolto da organizzazioni del terzo settore, in larga maggioranza cooperative sociali. Il 30% delle azioni è gestita dalle equipe e dagli operatori dell'azienda sanitaria locale e dei Ser.T. competenti sul territorio e in pochi casi (circa il 7% sul totale) sono direttamente i comuni a curare la realizzazione degli interventi. I percorsi e i servizi direttamente gestiti dalle scuole rappresentano il 23% del totale.

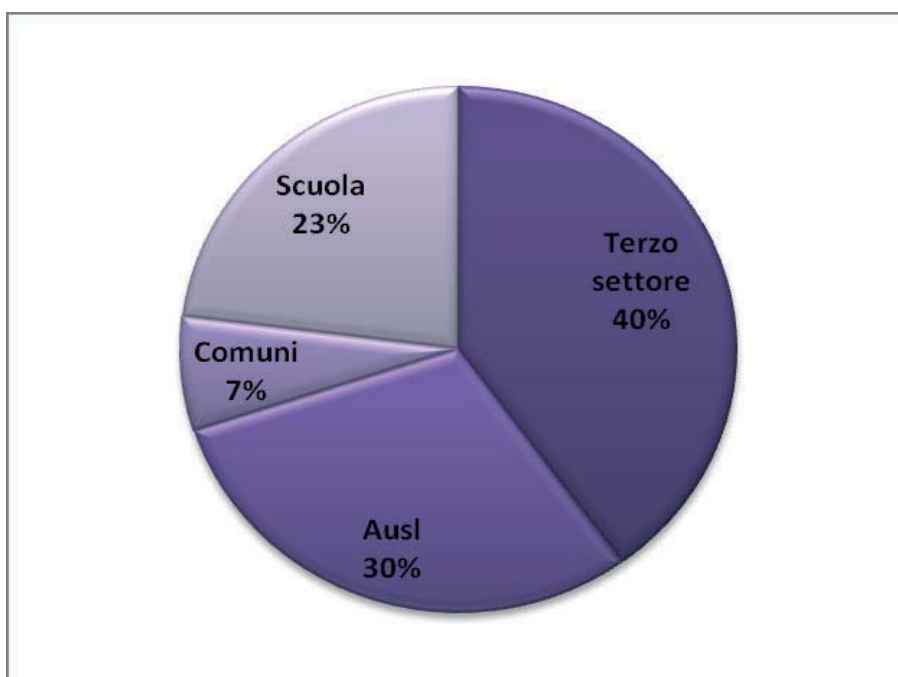


Grafico P1. La gestione delle azioni di prevenzione

Come abbiamo accennato nel paragrafo introduttivo, per i distretti di Ponente e di Levante è necessario effettuare un approfondimento legato alla distribuzione territoriale degli interventi legati alla prevenzione. Nel distretto di Ponente, oltre il 75% delle azioni mappate riguarda i 14 comuni dell'ex distretto Val Tidone. Una maggiore concentrazione si registra nel comune capofila del vecchio distretto, Castel San Giovanni, con oltre il 25% delle azioni sviluppate in quest'area; al di fuori del capoluogo, circa il 20% delle azioni è distribuito più o meno uniformemente su tutto il territorio distrettuale mentre si registrano addensamenti in alcuni comuni, come Borgonovo, Rottofreno e Gragnano. Il 10% delle azioni è sviluppato a Gossolengo e Rivergaro, appartenenti all'ex distretto Urbano, mentre nei 7 comuni che fino al 2007 rientravano nel distretto Montagna sono state mappate 6 azioni, pari a circa il 13% del totale. Qui registra una notevole concentrazione su Bobbio, dove sono realizzati quasi il 70% degli interventi.

La distribuzione
territoriale

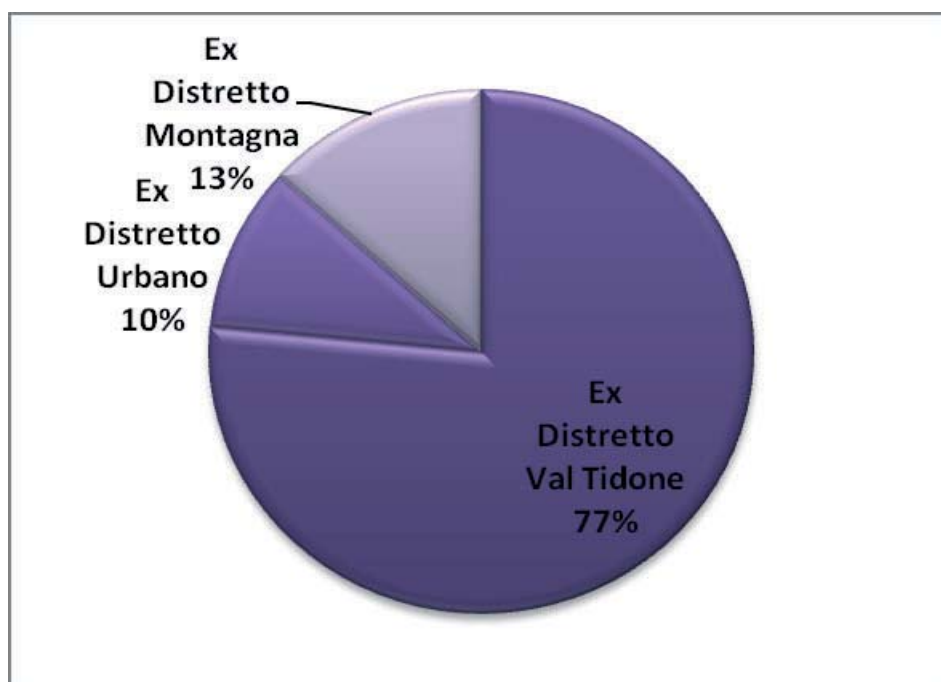


Grafico P2. La distribuzione territoriale delle azioni di prevenzione

Il contesto

I contesti privilegiati di prevenzione, con oltre il 50% delle proposte, risultano essere quelli legati agli spazi attrezzati sul territorio. L'offerta territoriale comprende i centri educativi e i centri di aggregazione giovanile finanziati dai singoli comuni e generalmente gestiti da organizzazioni del privato sociale, e i sei centri educativi per preadolescenti e adolescenti legati alla decennale esperienza di Ausl ed enti locali nell'area minori della Val Tidone. Accanto alle proposte riconducibili al settore pubblico vi sono poi quelle delle parrocchie e degli oratori, con una rilevanza e un riconoscimento diverso da comune a comune: significativo in comuni quali Castel San Giovanni, Borgonovo e Sarmato, marginale nella Val Trebbia e in altre aree.

La scuola resta un contenitore assai rilevante e l'insieme dei percorsi tematici e degli spazi d'ascolto e di confronto rappresenta quasi il 40% del totale delle azioni. Poco più del 10% degli interventi è sviluppato in contesti informali legati all'aggregazione spontanea e al divertimento.

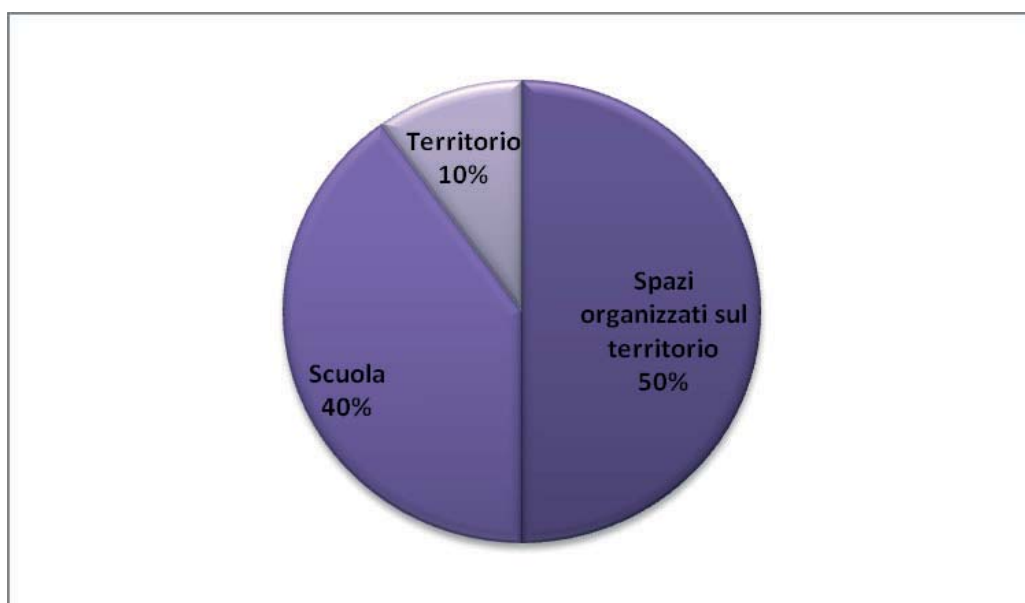


Grafico P3. Il contesto delle azioni di prevenzione

Nel distretto di Ponente il 45% degli interventi è rivolto esclusivamente alle ragazze e ai ragazzi di età compresa tra i 14 e i 18 anni; se a questi aggiungiamo le proposte rivolte contemporaneamente anche ai giovani o agli adulti emerge che il 55% degli interventi è pensato per gli adolescenti. Il 24% delle azioni è invece destinato ai preadolescenti, mentre oltre il 20% delle proposte è rivolta anche ai bambini tra i 6 e i 10 anni, sia all'interno della scuola che nei centri educativi. Gli spazi e gli appuntamenti di informazione e confronto per genitori e insegnanti rappresentano il 20% delle azioni mappate relative sia al contesto scolastico che a quello territoriale allargato. Il territorio del distretto di Ponente sembra pertanto avere assunto il principio di una prevenzione rivolta elettivamente agli adolescenti, ma con forti iniziative anche nelle fasce di età precedenti e con una quota significativa di coinvolgimento degli adulti di riferimento.

Il target

La tipologia di azione più diffusa è quella del servizio strutturato o semistrutturato, che comprende oltre il 65% del totale; in questa categoria facciamo rientrare i centri educativi, i centri per adolescenti e i centri di aggregazione ma anche gli sportelli di ascolto (nelle scuole o sul territorio); un peso minore hanno le proposte di altro genere, come le unità mobili di strada. I percorsi, i cicli di incontri e gli affiancamenti temporanei rappresentano circa il 26% delle azioni censite, mentre nell'8% dei casi si tratta di incontri spot, eventi

I tipi di azioni

di sensibilizzazione, interventi una tantum. La prevenzione del distretto è quindi prevalentemente “hard”, svolta in luoghi strutturati e affidata a servizi stabili.

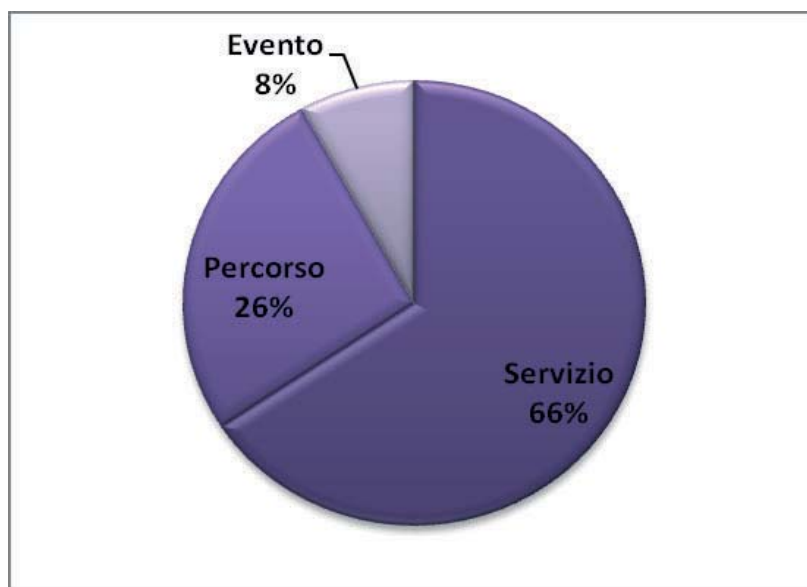


Grafico P4. Tipologia delle azioni di prevenzione

L'idea di prevenzione

Per oltre il 50% delle azioni possiamo parlare di prevenzione universale, mentre circa il 30% può essere ricondotto all'area della prevenzione selettiva. Poco più del 15% delle azioni è centrato invece sull'idea di prevenzione indicata.

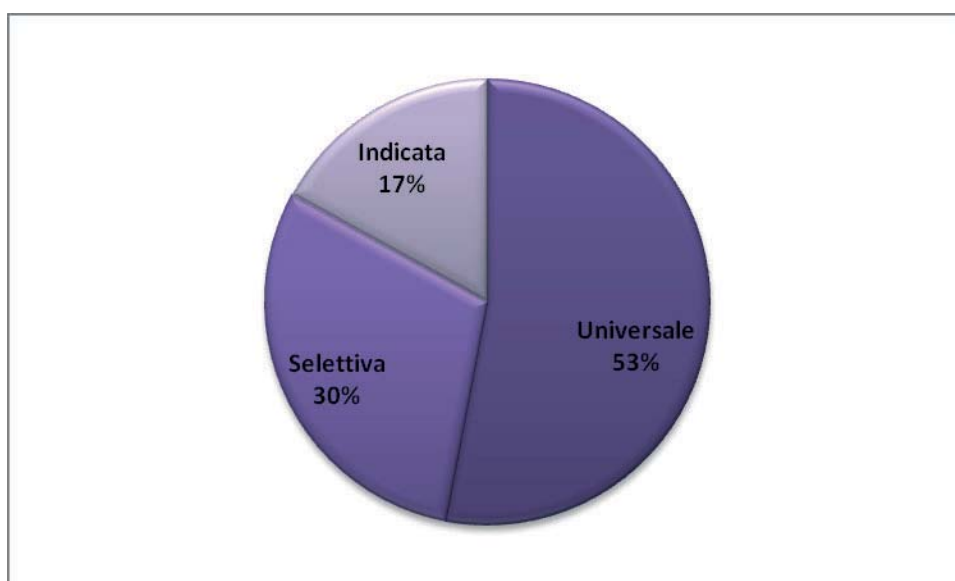


Grafico P5. Idea di prevenzione

È interessante anche qui incrociare i dati sull'idea di prevenzione con quelli sul contesto in cui sono sviluppati gli interventi. Ciò facendo, emerge che nelle scuole si lavora più sulla prevenzione selettiva (circa il 55%) che su quella universale (la parte restante), questo soprattutto per il peso relativo dei progetti di diffusione capillare e rafforzamento degli spazi di ascolto. Emerge anche che negli spazi attrezzati sul territorio la prevenzione è di tipo universale nel 67% dei casi, selettiva nell'8% e indicata nel 25% e che sul territorio si lavora meno sulla prevenzione universale (20% circa dei casi) di quanto accade per la prevenzione selettiva o indicata (in entrambi i casi 40% circa).

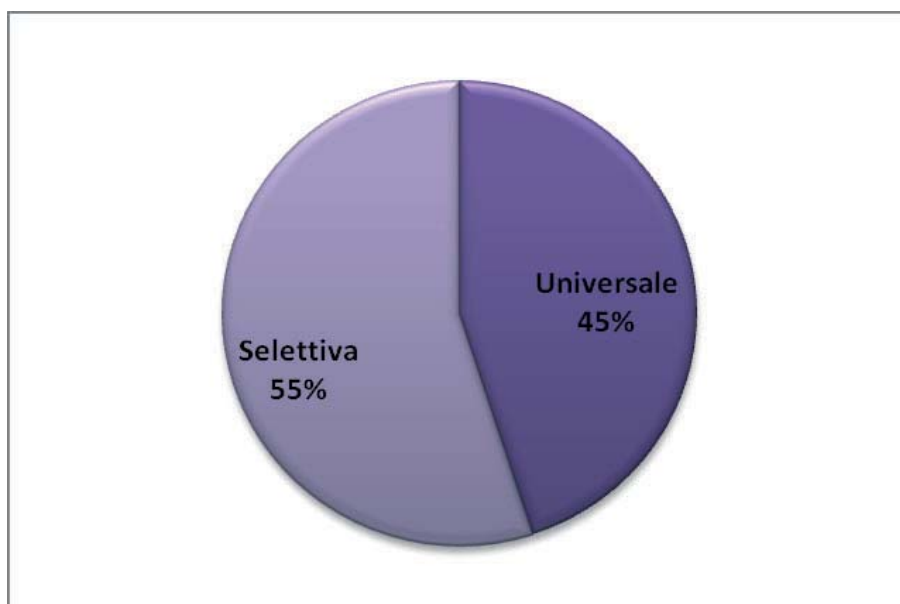


Grafico P6. Scuola e idea di prevenzione

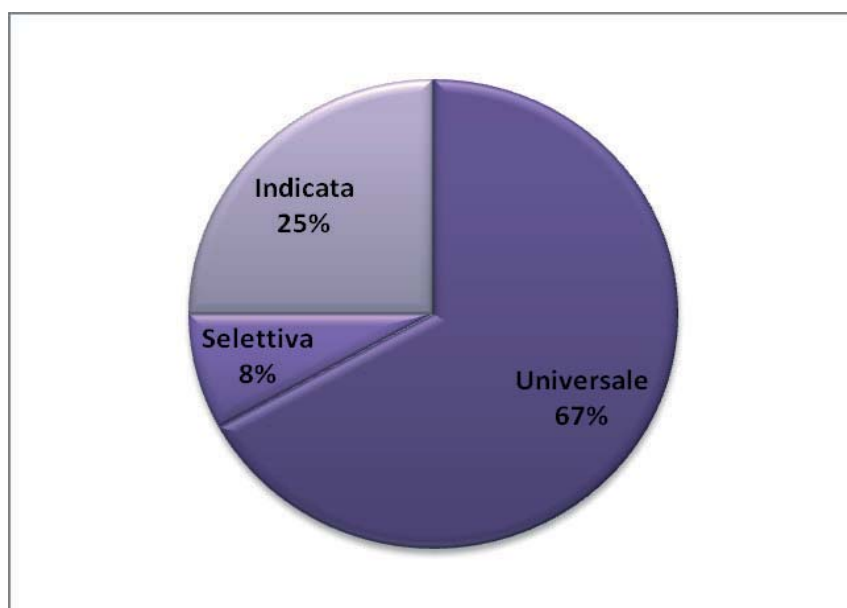


Grafico P7. Spazi sul territorio e idea di prevenzione

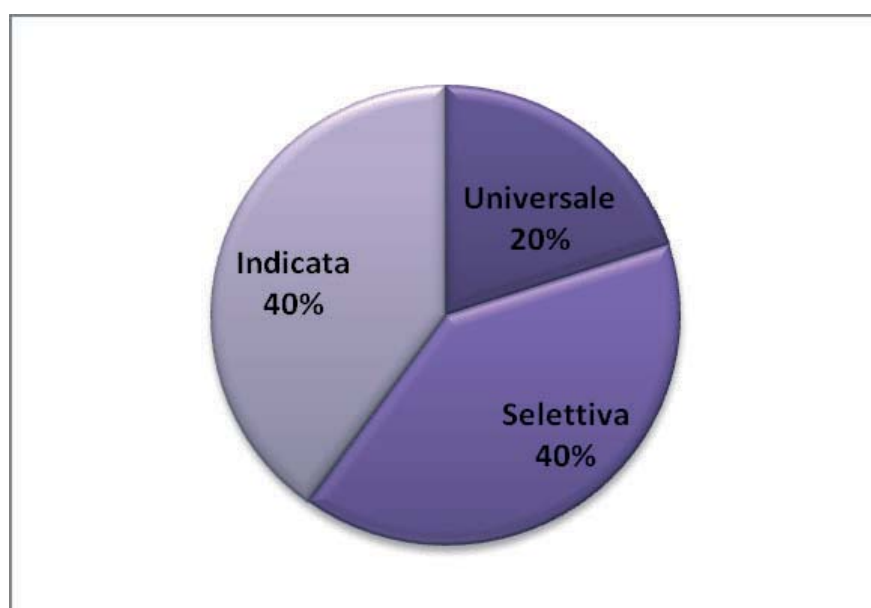


Grafico P8. Territorio e idea di prevenzione

Gli approcci

Per quanto riguarda gli approcci, nel 47% dei casi prevalgono gli elementi educativo-promozionali volti allo sviluppo delle *life skill*. Nel 22% dei casi prevale invece l'aspetto informativo. Il 23% delle azioni censite adotta la metodologia del counselling individuale, su invio o autoinvio, mentre il 6% degli interventi rientra nelle strategie di riduzione del danno. È da segnalare il percorso legato alla figura dell'educatore di transito, unica esperienza riconducibile agli schemi del

mentoring, ovvero dell'individuazione di una figura adulta di riferimento che sia competente, disponibile e significativa.

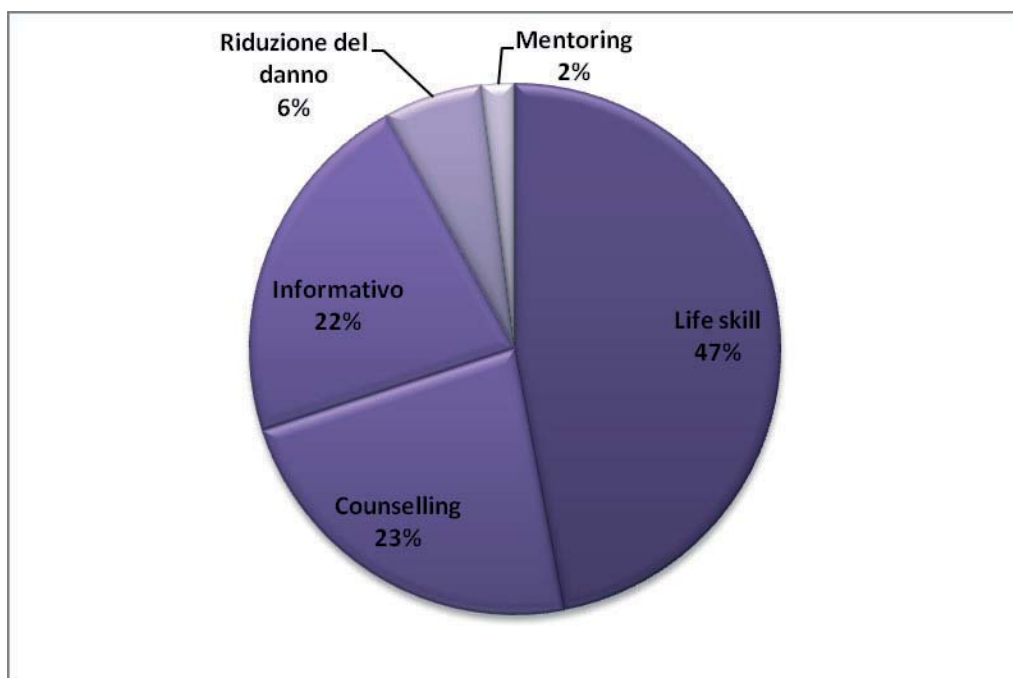


Grafico P9. Gli approcci di prevenzione

3.3 Il distretto di Levante

Nell'attuale distretto di Levante sono state rintracciate circa **46 azioni**, avviate, proseguite o portate a termine tra il 2005 e il 2007.

Titolarità A parte alcuni percorsi promossi da realtà parrocchiali o organizzazioni del privato sociale, anche per Levante la quasi totalità dei casi vede come titolari dei progetti soggetti appartenenti al settore pubblico, ovvero a:

- enti pubblici, in particolar modo i comuni;
- Ausl e Ser.T.;
- reti e consorzi formati da più enti, creati per percorsi o progetti specifici oppure legati al precedente assetto territoriale: Val d'Arda, Comunità Montana delle Valli del Nure e d'Arda, ex distretto Urbano;
- scuole.

Gestione Per quanto riguarda la gestione diretta degli interventi, anche nel distretto di Levante si registra una maggiore incidenza del terzo settore rispetto al resto dei soggetti. La maggioranza dei progetti (78% dei casi) è infatti realizzata da cooperative sociali o associazioni di volontariato. Un numero ristretto di progetti viene gestito direttamente dalle Ausl o dai Ser.T. (circa il 7%): questi progetti sono fortemente territorializzati, trovandosi tutti all'interno dell'ex distretto Val d'Arda. I comuni gestiscono circa il 7% dei progetti individuati. I progetti gestiti direttamente dalle scuole corrispondono a circa il 4% sul totale. I percorsi promossi da realtà parrocchiali sono in genere gestiti poi dalle stesse realtà proponenti: questi progetti sono circa il 4% del totale.

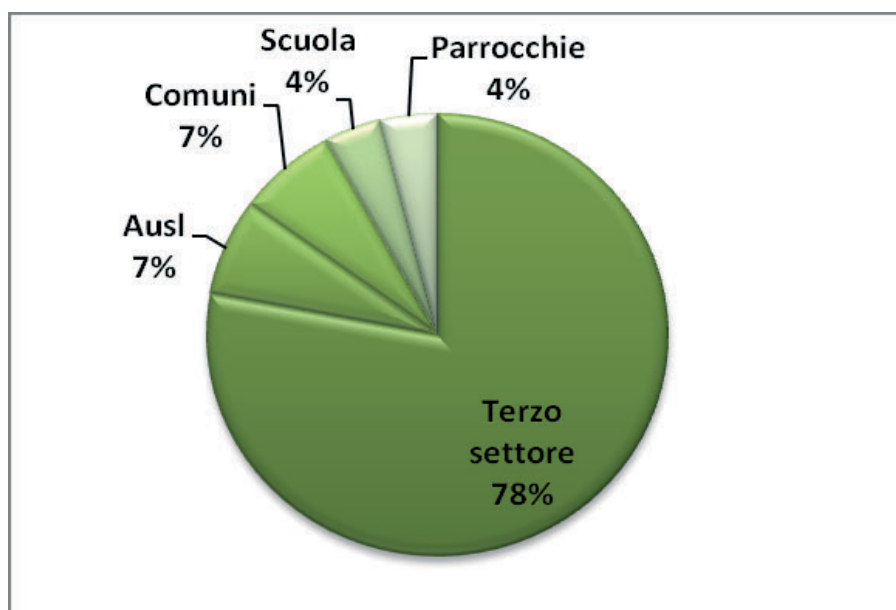


Grafico L1. La gestione delle azioni di prevenzione

Come per Ponente, anche in questo caso è utile analizzare la distribuzione territoriale degli interventi. Oltre il 78% delle azioni mappate riguarda i 17 comuni dell'ex distretto Val d'Arda. All'interno dell'ex distretto Val d'Arda, circa il 25% delle azioni sono distribuite in maniera omogenea su tutto il territorio: questo significa che questi progetti hanno come riferimento l'intero bacino del distretto sociale. Per quanto riguarda la parte restante, i comuni di Fiorenzuola e Cortemaggiore raccolgono insieme circa il 17% dei progetti realizzati nella valle. Il resto dell'ex distretto è coperto in maniera abbastanza omogenea (circa uno o due progetti per comune), con alcune situazioni più "scoperte" nei territori pedemontani o montani, o nei piccoli comuni limitrofi a Cortemaggiore e Fiorenzuola (situazioni in cui probabilmente si valorizza la vicinanza ai comuni più grandi) e che comunque si vedono raggiunti attraverso alcune azioni all'interno degli istituti comprensivi.

I comuni che appartenevano al distretto Urbano (Ponte dell'Olio, Podenzano, S. Giorgio Piacentino e Vigolzone) ospitano nel periodo 2005/2007 il 17% delle azioni mappate, anche se circa la metà delle azioni è riferita a Ponte dell'Olio. La vicinanza al distretto Urbano permette però a questi comuni di usufruire dei servizi istituiti a Piacenza che spesso hanno come bacino di riferimento anche i comuni limitrofi. Per i comuni appartenenti all'ex distretto Montagna (Bettola, Farini e Ferriere) la situazione presenta alcuni punti di criticità: solo il 5% dei

La distribuzione
territoriale

progetti rilevati riguarda questo territorio montano; inoltre, alcuni dei servizi rilevati hanno avuto difficoltà a inserirsi all'interno di un territorio da tutti considerato problematico; in aggiunta i progetti mappati sono tutti situati all'interno del comune di Bettola.

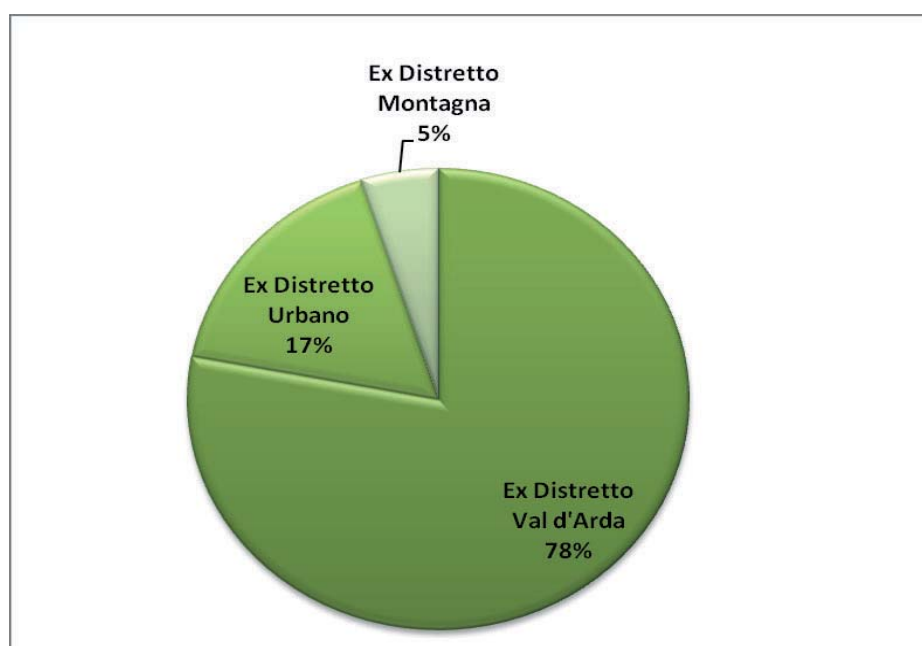


Grafico L2. La distribuzione territoriale delle azioni di prevenzione

Il contesto

Per quanto riguarda i contesti di prevenzione (scuola, spazi organizzati sul territorio, territorio) nel distretto di Levante oltre il 74% dei progetti è realizzato all'interno di spazi organizzati sul territorio (Cag, centri educativi, oratori, o sportelli), con proposte che possiamo distinguere tra centri educativi e centri di aggregazione. Per quanto riguarda i centri educativi, la collaborazione tra comuni, Ausl di riferimento, cooperative sociali, agenzie del territorio (scuole, comitati genitori, parrocchie) rende queste esperienze particolarmente valide ed efficaci in termini di coinvolgimento e di aggregazione. Funziona nei piccoli centri anche la compresenza di azioni su diverse fasce di età (es. centro educativo e centro di aggregazione nello stesso stabile, su piani diversi): questo, oltre a rispettare i vincoli di economicità, permette anche che bambini e ragazzi possano seguire un percorso più completo.

Per quanto riguarda i centri di aggregazione, sono da sottolineare altresì le esperienze di alternanza tra percorsi negli spazi e percorsi in strada: consentono

un contatto costante con il territorio ed evitano che sia l'utenza sia gli operatori dei centri si richiudano su se stessi.

Circa il 13% dei progetti viene sviluppato in contesti informali legati all'azione spontanea o al divertimento: la totalità di questi è realizzata però all'interno dell'ex distretto Val d'Arda, quasi a dimostrare la spinta innovativa e la potenziale influenza positiva che può avere questo territorio sul resto del nuovo distretto. La scuola, a differenza del distretto Città di Piacenza e di Ponente, è qui invece un contenitore leggermente più marginale. I progetti realizzati all'interno di istituti comprensivi e scuole superiori riguardano infatti solo il 13% del totale. Bisogna sottolineare però che molti di questi progetti sono relativi a più scuole e a più comuni; si può quindi ipotizzare un'incidenza maggiore.

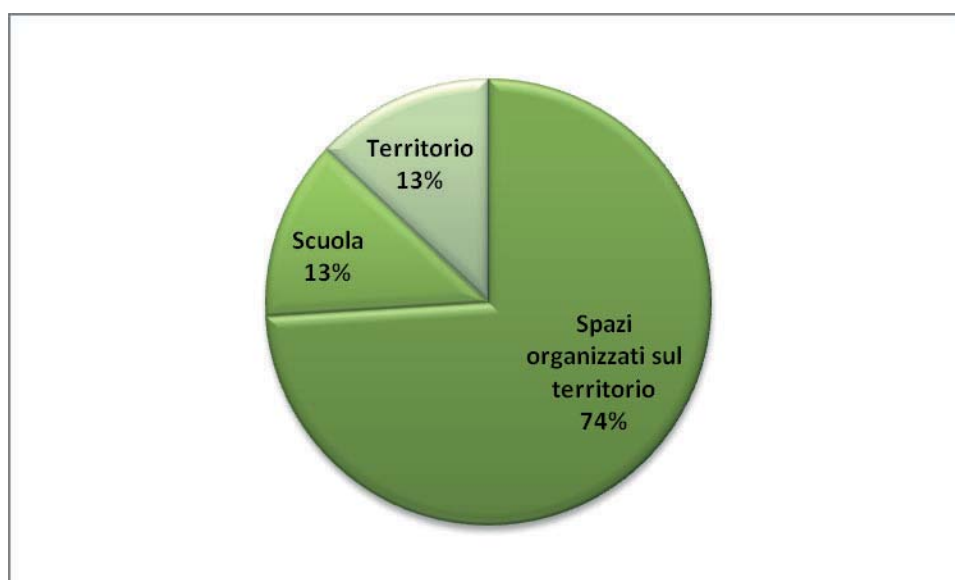


Grafico L3. Il contesto delle azioni di prevenzione

Nell'osservare le azioni di prevenzione del distretto di Levante, possiamo individuare sostanzialmente tre target di riferimento (scuole primarie e preadolescenti, adolescenti e giovani, adulti) che al loro interno vedono però alcune differenziazioni che dobbiamo necessariamente sottolineare. Circa il 30% degli interventi ha come target le scuole primarie (6/10) e i preadolescenti (11/13). Solo il 2% dei progetti è riferito unicamente alle scuole primarie. Un po' più del 10% del totale dei progetti è riferito esclusivamente al target preadolescenziale (11/13 anni). Circa il 40% dei progetti è destinato a ragazzi e ragazze tra gli 14 e i 18 anni. Di questi però il 10% è riferito anche ai

Il target

preadolescenti, circa il 15% anche ai giovani (over 18). Il 4% dei progetti ha come bacino di riferimento esclusivamente i giovani, mentre circa il 13% dei progetti è destinato agli adulti: di questi, alcuni prevedono azioni anche per gli adolescenti. Anche il territorio del distretto di Levante sembra avere assunto il principio di una prevenzione rivolta soprattutto agli adolescenti e alle fasce d'età precedenti. Appaiono invece meno diffusi (come per il distretto Città di Piacenza) i progetti rivolti a giovani e adulti.

I tipi di azioni

La tipologia di azione più diffusa è quella del servizio strutturato o semistrutturato, con la netta prevalenza di Cag e centri educativi rispetto ai servizi di sportello. Le tipologie di azione sono schiacciate sull'opzione "hard", ovvero quella dei luoghi strutturati, fino ad assottigliare le altre categorie da noi individuate, le azioni di prevenzione costruite come percorsi (sono infatti poco più del 24%) e le azioni sviluppate sotto forma di eventi (2% sul totale delle azioni, realizzate unicamente sul territorio dell'ex distretto Val d'Arda). Questo risultato, ovviamente, può essere letto criticamente pensando alle avvertenze che abbiamo sottolineato nei capitoli precedenti e che approfondiremo nei prossimi paragrafi.



Grafico L4. Tipologia delle azioni di prevenzione

Ora analizziamo quali sono le idee di prevenzione che stanno dietro agli interventi mappati nel distretto di Levante. Il 72% delle azioni di prevenzione costruite nel territorio fanno riferimento all'idea di prevenzione universale. Circa il 26% delle azioni sono da ricondurre all'area della prevenzione selettiva, mentre poco meno del 2% all'idea di prevenzione indicata.

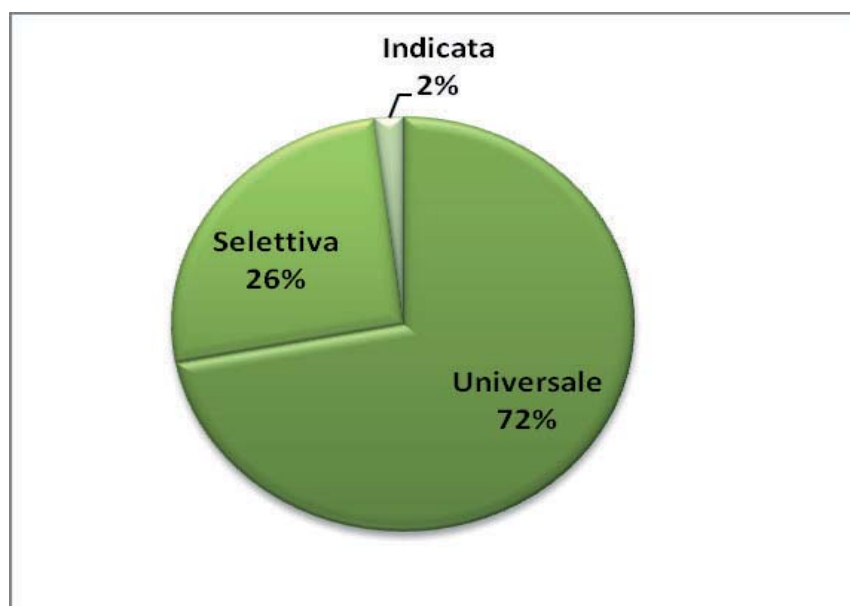


Grafico L5. Idea di prevenzione

È anche qui interessante incrociare i dati sull'idea di prevenzione con quelli del contesto in cui gli interventi sono sviluppati. Nel territorio in questione risulta che, per quanto riguarda la scuola, l'idea di prevenzione prevalente è quella universale (l'83% dei progetti individuati); il restante 17% dei progetti sposa l'idea di prevenzione selettiva: sono in particolare gli sportelli di counselling nelle scuole superiori della Val d'Arda. Negli spazi organizzati il 74% dei progetti fa riferimento all'idea di prevenzione universale e il 26% all'idea di prevenzione selettiva: qui si tratta dei Cag e dei centri educativi che accolgono bambini e ragazzi inviati dai servizi sociali o dalle Ausl. Sul territorio troviamo progetti che fanno riferimento all'idea di prevenzione indicata (17%) e all'idea di prevenzione selettiva (33%), ma la maggior parte fa riferimento a un'idea di prevenzione universale (50% delle azioni mappate).

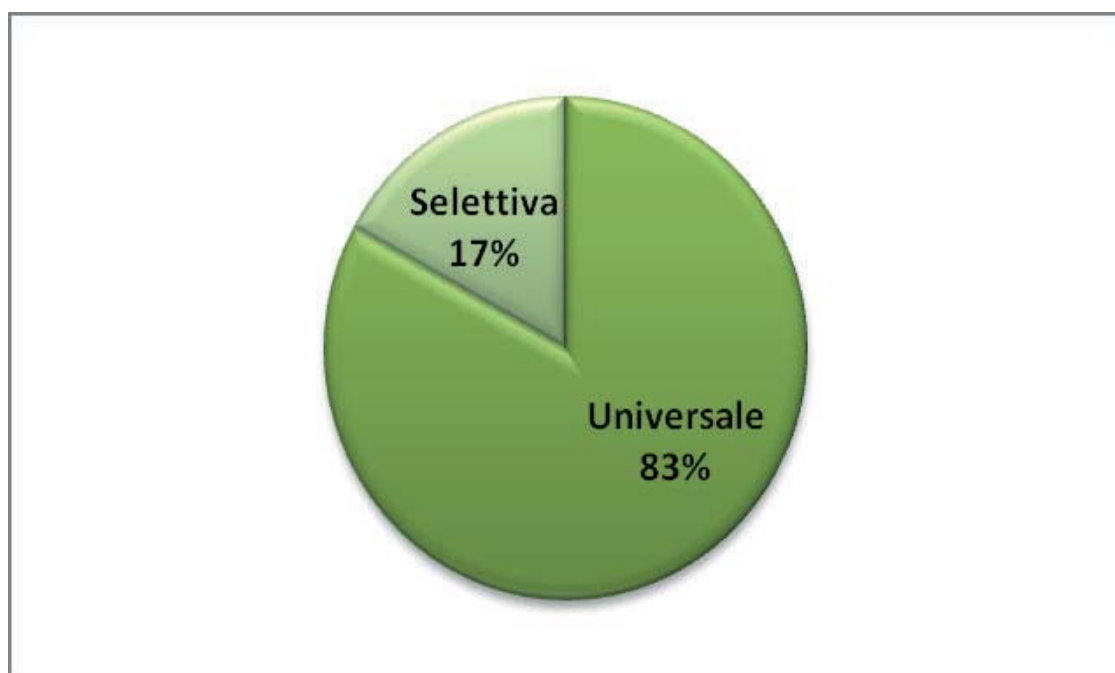


Grafico L6. Scuola e idea di prevenzione

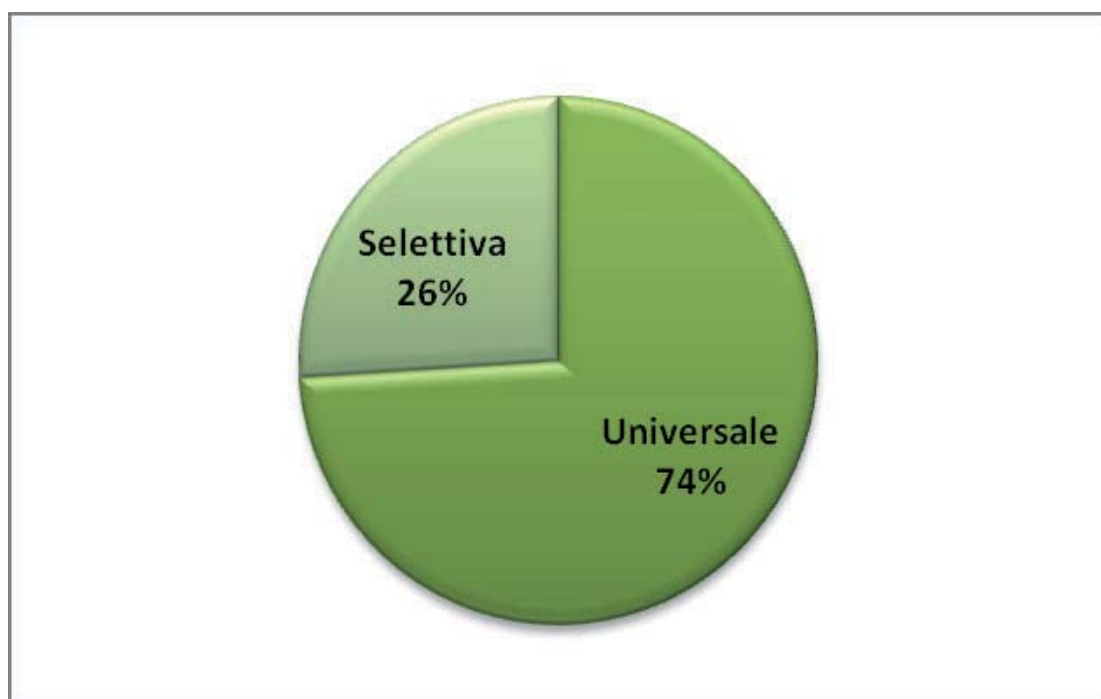


Grafico L7. Spazi sul territorio e idea di prevenzione

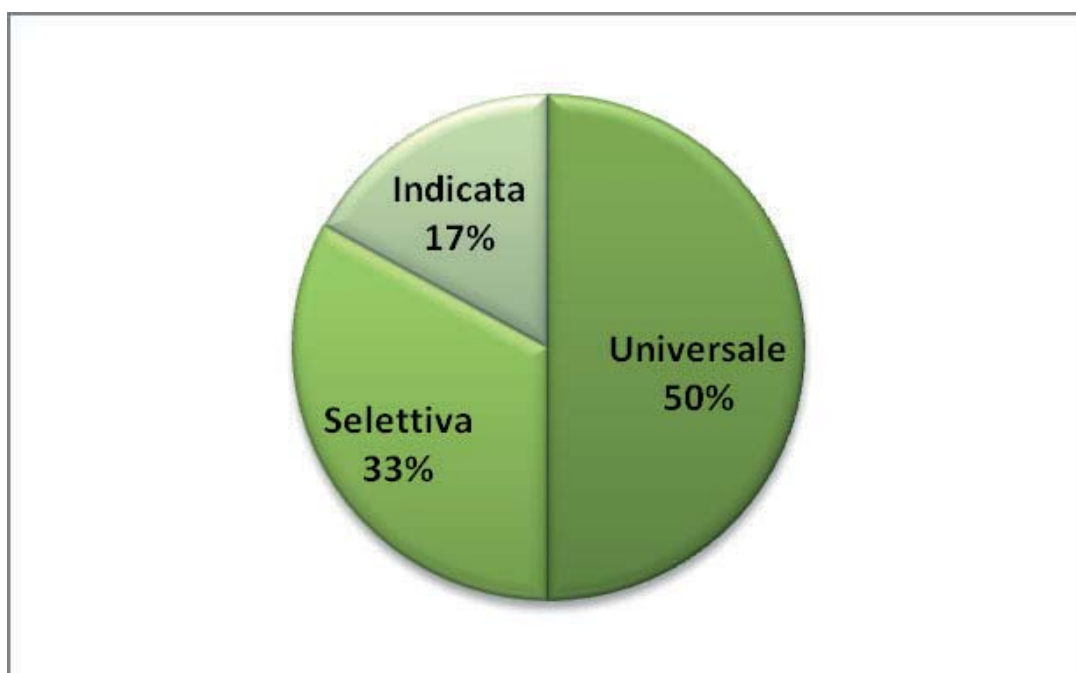


Grafico L8. Territorio e idea di prevenzione

L'ultima riflessione mira a evidenziare quali siano i differenti approcci utilizzati nelle azioni di prevenzione. Sul territorio di Levante, la maggioranza dei progetti ha come obiettivo lo sviluppo delle *life skill* (83%) che, come abbiamo visto, riguarda quegli interventi in cui prevalgono gli elementi educativo-promozionali. Solo il 7% circa degli interventi ha come unico obiettivo quello informativo ma, come sottolineato in precedenza, solitamente chi lavora sulle *life skill* contribuisce anche a fornire informazioni più mirate. I percorsi di ricerca riguardano il 4% dei progetti (anche in questo caso è da tenere a mente l'intervento di ricerca *Adulti in ricerca*). I percorsi di counselling sono molto ridotti, circa il 4% (anche se gli interventi di counselling nelle scuole riguardano più istituti e un bacino di utenza abbastanza ampio), come anche quelli di riduzione del danno (2%).

Gli approcci
utilizzati

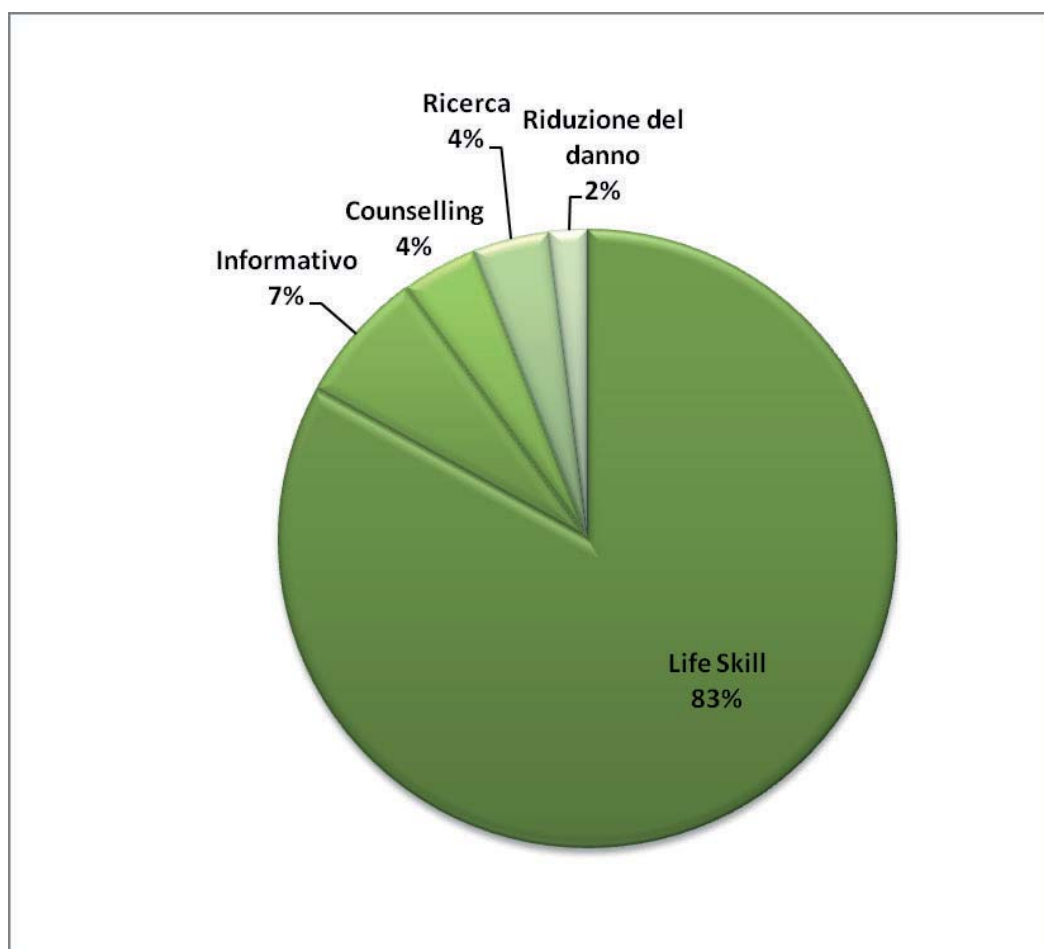


Grafico L9. Gli approcci di prevenzione

3.4 Alcune osservazioni trasversali

Proviamo ora a spostare l'asse dell'analisi: gli interrogativi, qui, non riguardano tanto il mix degli ingredienti che vanno a comporre l'offerta locale, quanto gli equilibri e le eventuali asimmetrie nella realizzazione delle proposte: *l'offerta del territorio è adeguata alle sue esigenze?*

Confronto tra
domanda e offerta

La risposta a questo interrogativo potrebbe essere declinata secondo due direttrici. Da un lato occorre confrontare domanda e offerta territoriale, ma qui il punto è che le analisi del quadro epidemiologico, dei Piani di Zona e del punto di vista dei singoli operatori o delle singole organizzazioni restituiscono panoramiche delle criticità e dei bisogni del territorio non sempre omogenee e coerenti tra loro. Dall'altro lato ci sono le esperienze di altri territori, la letteratura scientifica, le indicazioni regionali e quelle di Lisbona, a indicare buone prassi, a suggerire metodologie, strategie e approcci.

Cosa emerge se facciamo reagire insieme tutti questi elementi? Prima di tutto vediamo in rassegna i principali punti di forza e di criticità che emergono dal confronto con i referenti territoriali con cui siamo entrati in contatto; nell'ultimo capitolo della dispensa ci concentreremo poi sul raffronto con esperienze e indicazioni legate ad altri territori, per delineare una possibile agenda di intervento.

Numero e
distribuzione delle
azioni mappate

Una prima nota riguarda il numero e la distribuzione delle azioni mappate. Abbiamo individuato *oltre 140 interventi* che interessano direttamente la Città di Piacenza, circa 15 comuni su 23 per il distretto di Ponente e circa 20 su 24 per Levante.

Sul distretto Città di Piacenza insiste oltre un terzo delle azioni mappate e i comuni in passato appartenenti all'ex distretto Urbano continuano a risentire positivamente degli interventi proposti sul territorio comunale piacentino, così come può dirsi per le altre aree più vicine e maggiormente collegate con il capoluogo provinciale. Il quadro cambia notevolmente man mano che ci si allontana dalla città e che i fattori geografici e infrastrutturali rendono più problematica la mobilità di breve e medio raggio. Le zone più scoperte per quanto riguarda il settore della prevenzione sono senza dubbio quelle pedemontane e montane e quelle relative all'ex distretto Montagna, non tanto come numero di progetti attivati quanto per quello che riguarda la possibilità di

beneficiare di interventi attuati altrove. Per la Val Trebbia e la Val Nure non vi è solo un problema di comunicazione con l'esterno, con la Val Tidone o con la Val d'Arda, ma anche verso l'interno, tra paese e paese, addirittura tra frazione e frazione. Qui l'isolamento è evidente a tutti i livelli, sia per quanto riguarda le opportunità giovanili (un adolescente di Ottone come potrebbe frequentare il Cag di Bobbio?), sia relativamente alla predisposizione dell'offerta territoriale, al disegno degli interventi e alla scelta degli operatori; tanto per la messa in rete dei percorsi e dei servizi di prevenzione, quanto per i momenti di scambio e di confronto. In questi contesti spesso sono le *realità locali* (singole scuole, singoli oratori, singole associazioni di genitori) a tentare di dare vita ad azioni di promozione dell'agio, o di sopperire le mancanze dei servizi, quali il tempo pieno. I tentativi di formulare proposte ex novo in questi territori senza tenere in considerazione le realtà locali si sono rivelati poco efficaci: le specificità di un territorio molto frazionato e la rilevanza che nei piccoli comuni hanno le istituzioni locali, portano alla scarsa efficacia di impostazioni di modelli e di azioni messe a punto altrove. In certe zone, per esempio, l'abitudine al consumo (soprattutto di alcolici) è molto radicata e vissuta come un "non problema" sia dagli adulti di riferimento, sia da gran parte delle istituzioni. C'è la necessità di raccordare questi territori con le altre zone distrettuali, tenendone però a mente le specificità e gli attori rilevanti a livello locale. *La prevenzione si conferma pertanto una sensibilità diffusa ma l'intensità e l'investimento in questo ambito sembrano dipendere da fattori locali, se non individuali.*

Gli attori coinvolti

Gli attori coinvolti nell'universo della prevenzione sono *oltre cinquanta* tra enti locali, consorzi, aziende sanitarie, Ser.T., scuole, cooperative sociali, associazioni, parrocchie, fondazioni e organizzazioni di altra natura. Varie sono le tradizioni e le impostazioni, gli approcci, le linee guida e gli obiettivi degli interventi; diversi i gradi di radicamento sul territorio, in un continuum che va dagli attori "storici" e maggiormente riconosciuti a quelli che per la prima volta si interfacciano con queste problematiche. Ognuno di questi soggetti vanta un capitale specifico di esperienze e competenze, di percorsi propri di rielaborazione e riaggiustamento delle proposte, così come di idee e di valori su cui poggiano. In molti casi non si tratta solo delle capacità e delle sensibilità dei singoli operatori ma di una *cultura della prevenzione* che diventa patrimonio riconosciuto e condiviso negli enti e nelle organizzazioni. Se l'eterogeneità, come già visto, può essere letta come un solido punto di forza territoriale, è

anche vero che spesso, laddove non si riescono a sviluppare scambi e interconnessioni, si tratta di un capitale non adeguatamente valorizzato.

Una considerazione analoga si può fare sulle letture delle dinamiche territoriali elaborate a livello di singole organizzazioni e di singoli operatori. L'esperienza sul territorio trasforma e affina lo sguardo ma spesso porta a concentrarsi su aree, sottogruppi e sottoinsiemi parziali. L'ancoraggio dell'analisi e dell'intervento al territorio ha un problema, non fa i conti con una caratteristica molto forte dei ragazzi, la mobilità. Molti dei nuovi consumi avvengono in movimento e la ricerca di opportunità di svago ha raggi di azione più ampi. Ne deriva la necessità di integrare in maniera più complessiva gli sguardi, riflettendo sulle opportunità locali. Un dato che emerge è una buona conoscenza delle microrealtà incontrate ma *una praticità assai minore del contesto più ampio, dei gruppi non intercettati, dei fenomeni che non si hanno sotto gli occhi*. Questo sembra valere a tutti i livelli: chi lavora con le famiglie non sa molto a proposito di nuovi stili di vita e di consumo giovanili, chi lavora nei Cag rischia di perdere completamente di vista i ragazzi che non li frequentano, il lavoro nelle scuole taglia fuori i giovani lavoratori, gli interventi individuali non riescono sempre a cogliere le dinamiche dell'aggregazione, e così via. Come si diceva, *manca una lettura integrata delle dinamiche relative agli universi giovanili e alle situazioni di disagio potenziale o effettivo*.

Le dinamiche
territoriali

Questa esigenza è maggiormente avvertita laddove è più rapido il mutamento degli universi di riferimento. Basti pensare al tema delle migrazioni, che impone una revisione e una messa in discussione del proprio approccio ai temi legati alla socialità giovanile, agli stili di vita e alle abitudini di consumo; il tema dell'inclusione sociale dei giovani migranti o dei figli di migranti si intreccia qui con quello della prevenzione, evidenziando sfide di ampia portata con le quali tutti gli operatori sono chiamati a confrontarsi. In più casi è stata segnalata la mancanza di strumenti adatti a facilitare la comprensione del cambiamento dei target di riferimento, la progettazione di interventi adeguati o la realizzazione degli stessi: mancano le conoscenze e la sensibilità, ma anche i formatori, i mediatori, gli interpreti. Le difficoltà non riguardano solo la relazione con ragazze e ragazzi originari di altri paesi d'Europa o del Mondo, ma anche con quelli arrivati più o meno recentemente da altre regioni italiane.

Il lavoro di rete è il quarto aspetto centrale. Nell'esplorazione del territorio provinciale piacentino *emergono reti con un diverso grado di formalizzazione e strutturazione.*

La riflessione sul lavoro di rete mette in luce almeno tre ordini di criticità. Il primo interrogativo riguarda l'effettiva presenza di un *meccanismo di coordinamento* e la frequenza dei momenti di scambio. Il nuovo assetto istituzionale pone in questo senso nuove sfide che riguarderanno soprattutto l'inclusione dei comuni di montagna nei circuiti fino a ora avviati. Le criticità non riguarderanno soltanto le tempistiche e i disagi legati agli spostamenti, ma anche l'avvio di uno scambio costruttivo su letture e approcci con territori fino a questo momento quasi del tutto isolati.

Una seconda questione è quella degli attori coinvolti e del *grado di apertura delle reti*: chi sono gli attori della prevenzione? Che ruolo hanno gli oratori? E le società sportive? Dobbiamo coinvolgere i gestori dei locali notturni? Questi interrogativi ci rimandano alla necessità di rielaborare e condividere le differenti posizioni sul tema della prevenzione in generale, e il rischio della chiusura e dell'autoreferenzialità deve fungere da monito. Includere o meno una determinata organizzazione negli appuntamenti periodici, investire o meno sul confronto con esperienze diverse, se non opposte, rispetto alla propria, sono tutte variabili che incideranno sulla qualità e sull'efficacia dei meccanismi di coordinamento, e le difficoltà nel dialogo tra assistenti sociali, educatori, insegnanti e parroci possono essere considerate un valido esempio.

Un terzo ordine di criticità riguarda *l'eterogeneità che spesso emerge dai messaggi lanciati dai diversi attori territoriali*. Ci sono posizioni diverse nella valutazione dei fenomeni (in una gamma che va dalla patologizzazione dei comportamenti giovanili a uno sguardo meno preoccupato e meno giudicante); in alcuni casi l'ascolto è ritenuto sinonimo di accoglienza, in altri di una sorta di connivenza, di complicità, ecc. Sul tema specifico dei consumi è quindi quanto mai necessaria una condivisione delle metodologie di lavoro, delle idee che stanno alla base degli interventi proposti, degli obiettivi perseguiti.

L'ultimo elemento critico, fortemente connesso ai precedenti, riguarda le modalità di lavoro e le *tematiche trattate*. Cosa deve fare la rete? Se non si costruisce una propensione collettiva a mettersi in gioco, se non si creano meccanismi di valorizzazione e apprendimento cooperativo, se gli incontri periodici sono vissuti come "un peso", "una perdita di tempo" o – peggio ancora

– un tentativo di appiattimento e uniformazione, allora il lavoro di rete perde il proprio significato.

Un fattore strategico nella strutturazione e nel funzionamento della rete è la presenza forte e costante di una *regia istituzionale*. Anche in questo caso la provincia di Piacenza offre innumerevoli esempi, sia positivi che negativi, della rilevanza di un impulso chiaro e preciso da parte dei livelli politici e amministrativi. I Piani di Zona, in questo senso, possono essere un punto di riferimento laddove l'ottica territoriale integrata non resta sulla carta ma si traduce in operazioni di facilitazione e coordinamento continuative, costanti, che non si attivino solo in prossimità delle scadenze strategiche in termini di comunicazione politica e marketing territoriale. Lo stesso vale anche a livello di singolo comune: a parere dei soggetti intervistati, quando le amministrazioni "ci credono" allora è possibile lavorare sul medio e sul lungo periodo, ragionare in termini di offerta territoriale e non di singolo intervento. Anche perché rimane il fatto che i progetti attivi nei comuni minori (ma non solo!) dipendono spesso da volontà individuali di singoli referenti politici, con il paradosso dell'abbandono di iniziative efficaci per il cambio di amministrazione.

La regia
istituzionale

Un altro elemento di criticità generalmente riscontrato è quello delle *risorse*. La sensazione di lavorare in condizioni costantemente precarie è diffusa sul territorio dei tre distretti e tra tutti gli operatori. La questione generale di una diminuzione dei finanziamenti destinati al settore della prevenzione viene declinata nello specifico quando si riporta l'inadeguatezza di molte strutture, la mancanza di operatori, la necessità di fare ricorso a competenze specifiche esterne (come quelle di psicologi, formatori e mediatori), lo scarso investimento nei percorsi dovuto ai brevi o brevissimi orizzonti. L'impressione degli operatori è che in una situazione di generale scarsità di risorse le prime aree a essere colpite siano quelle delle politiche giovanili e delle politiche di prevenzione.

Le risorse

Al di là di queste osservazioni più generali, riserviamo ora un'attenzione specifica ad alcune aree di intervento considerate tra le più rilevanti.

In primo luogo troviamo il sottogruppo dei servizi e dei percorsi proposti nelle scuole. L'offerta è anche in questo caso ampia e diversificata e spazia dagli sportelli di ascolto individuale agli interventi di alfabetizzazione all'emotività, dagli incontri su alcol e sostanze a quelli su salute e socio-affettività; dai percorsi

Scuole

con gli studenti a quelli con genitori e insegnanti, dalle scuole primarie fino a licei e istituti superiori. L'andamento e l'esito delle azioni dipendono da un mix di fattori che genera risultati diversi per ogni caso specifico. *La continuità dei percorsi non sempre garantita* è evidenziata come elemento di criticità, così come *lo scarso numero di ore disponibili* per le attività di counselling e per quelle di interazione con i gruppi classe. Un fattore chiave rimane la *solidità dell'alleanza tra operatori, dirigenti scolastici e insegnanti*. Il rischio, in più casi segnalato, è quello di una delega scriteriata nei confronti dei counsellor o degli educatori coinvolti nello specifico dei percorsi. Ulteriore elemento evidenziato è, anche in questo caso, quello della rete: da un lato si sottolineano le difficoltà nell'interazione con i servizi territoriali, dall'altro non è sempre possibile un confronto con le esperienze affini realizzate in contesti diversi. Per quest'ultimo aspetto una delle esperienze più interessanti sembra essere quella del progetto *Sostegno al ruolo di studente, genitore, insegnante* previsto nel Piano di Zona 2005/2007 per la Val Tidone e la Val Luretta e oggi in fase di estensione a tutto il distretto di Ponente: si tratta di una cornice all'interno della quale sono iscritti gli spazi di ascolto di tutti gli istituti comprensivi, i licei e le scuole superiori del territorio, con strumenti di confronto e momenti di condivisione appositamente pensati.

Una questione cruciale, qui come altrove, è quella relativa all'autonomia scolastica che permette ai singoli istituti di decidere i contenuti dei percorsi. Le scuole possono scegliere i percorsi più adatti alle fasce d'età, gestendo a seconda della tematica più rilevante in quel periodo le soluzioni più adatte. Spesso però, così facendo, *si rischia di lavorare solo sulle "emergenze"*. Non essendoci un percorso preciso, le scuole corrono il rischio di attivare interventi estemporanei – "percorso bullismo", "percorso legalità", "percorso alcol" – lamentandone in seguito la debole efficacia. Lavorare sull'emergenza significa infatti lavorare su una problematicità già espressa, che non deve essere assolutamente accantonata ma forse andrebbe affrontata con metodi e orizzonti diversi.

Per quanto riguarda la *diffusione degli sportelli di ascolto nelle scuole*, un'esigenza sembra essere quella della ricerca di equilibri efficaci tra momenti individuali e percorsi di gruppo; spesso, infatti, quando si comincia a investire sul counselling si corre il rischio di dimenticare interventi complementari di altro genere – per esempio quelli informativi di carattere universale – e viceversa.

Altro elemento di criticità è che *il bacino di utenza delle scuole non è limitato alla sola collocazione territoriale*: soprattutto per quanto riguarda le scuole superiori, emerge l'esigenza di creare una rete di attori allargata che offra possibilità di appoggio per i counsellor nei casi in cui risulti necessario.

SCUOLE	
Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione capillare di interventi diversificati • Consolidamento delle alleanze tra operatori, dirigenti scolastici e insegnanti • Esperienze di coordinamento e reti locali • Regia istituzionale dei Piani di Zona
Criticità	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsità di risorse • Deboli garanzie di continuità • Interventi centrati sulle "emergenze"
Possibili modelli	<p><i>Sostegno al ruolo di studente, genitore insegnante</i>: nato da una ricerca, realizzata tra il 1999 e il 2000, sulle esigenze dei minori e delle famiglie sul territorio, si consolida all'interno del Piano di Zona 2005/2007 per la Val Tidone e la Val Luretta</p>

Una seconda area specifica è quella delle proposte di aggregazione. Un primo dato comune su questa area è quello della *rilevanza degli spazi di aggregazione organizzati* laddove l'offerta territoriale di opportunità giovanili rischia di essere carente. Se nelle aree urbane quella del Cag è spesso considerata una formula di intervento in qualche modo superata, questo non è quasi mai vero nei comuni di ridotte dimensioni: dove "non c'è niente da fare" un centro di aggregazione o un oratorio particolarmente funzionanti possono divenire *catalizzatori di energie e incontri* con un ruolo centrale in termini di promozione dell'agio.

Anche alcune criticità riportate sono trasversali a diverse esperienze. In primo luogo vi è l'annoso problema delle *risorse* – pochi soldi, strutture inadeguate, poche ore di apertura e pochi operatori – per il quale rimandiamo ai paragrafi precedenti. In secondo luogo vi sono *rischi e criticità prettamente legati alla tipologia di intervento*, come le alte barriere di ingresso dovute alle relazioni tra gruppi differenti, l'autoselezione degli utenti e la forte connotazione di alcune realtà. In terzo luogo vi è, anche in questo caso, la *dimensione delle relazioni di rete e la comunicazione non sempre costruttiva* tra i diversi attori territoriali, le

Gli spazi
organizzati

connessioni non sempre efficaci con l'offerta locale. Un esempio positivo in questo senso può essere l'esperienza di Cortemaggiore: all'interno del centro educativo il comune ha insistito per ottenere volontari; questi volontari (adolescenti in particolare), lavorando all'interno dei centri educativi (e durante l'estate nei centri estivi) sono poi diventati un gruppo a parte che, oltre a seguire corsi di formazione, ha creato momenti di confronto, inediti su quel territorio, costruendo attività di aggregazione e di coinvolgimento della comunità.

Rimangono in certi contesti molte difficoltà nell'*intercettare un certo tipo di utenza*: dove vanno le ragazze? Cosa fanno i figli degli immigrati? Dove si trovano i più giovani? È molto sentita in questo senso l'esigenza di diventare accattivanti per un certo tipo di utenza considerata più "nascosta". In ogni caso, a detta di tutti, anche quando parliamo di aggregazione non funzionano gli interventi pensati sull'emergenza, né tanto meno gli interventi pensati sull'efficacia immediata. Il lavoro con i giovani e sui giovani rimanda necessariamente a tempi lunghi e funziona meglio se pensato e attivato in collaborazione con diverse agenzie del territorio. È inoltre da tenere presente, come abbiamo sottolineato più volte, che i Cag molto spesso sono l'unica alternativa a una socialità "da bar", che predomina soprattutto nei contesti pedemontani e montani.

SPAZI ORGANIZZATI	
Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione capillare in alcune aree del territorio • Continuità pluriennale di alcune esperienze • Ruolo di catalizzatori di energie e opportunità • Creazione di "poli di riferimento" per preadolescenti, adolescenti e giovani
Criticità	<ul style="list-style-type: none"> • Rischio di chiusura rispetto ad alcuni target • Criticità nel lavoro di rete • Scarsità di risorse finanziarie e strutturali messe a disposizione
Possibili modelli	<p><i>Esperienza di Cortemaggiore</i>: all'interno dell'esperienza dei centri educativi, il comune recluta come volontari alcuni giovani adolescenti che, oltre a sostenere l'esperienza, ne attivano di nuove all'interno del territorio</p> <p><i>Esperienza dei centri educativi della Val Tidone</i>: realizzati dalle Ausl e dai comuni della zona, sono sei strutture semiresidenziali attive da oltre dieci anni con percorsi ad hoc rivolti a preadolescenti e adolescenti a rischio di marginalità sociale</p>

La terza area che vogliamo mettere in luce riguarda il lavoro sul territorio, quindi le azioni sviluppate in contesti informali legati all'aggregazione spontanea e al divertimento. In questa area possiamo distinguere diversi tipi di esperienze, legate in primo luogo ai percorsi di educativa o animazione di strada, in secondo luogo a quelli di sensibilizzazione sul territorio su tematiche relative alle sostanze e in terzo luogo a quelli di sensibilizzazione e riduzione del danno effettuati attraverso le Unità di Strada. Su tutti i fronti troviamo nei tre distretti esperienze di eccellenza che nascono dalla collaborazione tra enti locali, cooperative e Ser.T., finanziate attraverso l'utilizzo di fondi differenziati.

L'intervento nei contesti informali permette di stabilire un contatto continuo con gruppi e fenomeni che non vengono catturati nell'orbita delle proposte più tradizionali, legate per lo più alla scuola o agli spazi strutturati di aggregazione: si tratta di un contatto altamente positivo almeno per tre ragioni. In primo luogo permette di lavorare sul tema dell'accesso ai servizi e alle proposte territoriali per un'utenza non intercettata, allargando la frequentazione dei centri e aggirando il rischio di ghettizzazione, ovvero della forte segmentazione tra gruppi giovanili e dei conseguenti elementi di connotazione. Immergersi nei contesti di socialità spontanea significa porsi nella posizione degli ospiti, essere accolti invece che accogliere, rivoluzionare i propri punti di vista, apprendere meccanismi e linguaggi di comunicazione che spesso restano inaccessibili al mondo adulto. In terzo luogo la presenza nelle strade e nei luoghi del divertimento consente di approfondire quello che possiamo chiamare "osservatorio itinerante" sul cambiamento degli stili di vita e di consumo, di vitale importanza in termini di aggiornamento e di sviluppo di competenze specifiche. L'esempio del Progetto Map (Maniglione Anti Panico) è in questo senso eccellente: si tratta di una unità mobile promossa da Lila sul territorio di Piacenza, Fiorenzuola d'Arda e Sarmato, rivolta agli adolescenti e ai giovani della provincia in un'ottica di promozione dell'agio e alla riduzione dei rischi collegati all'uso di sostanze, agli incidenti stradali e ai comportamenti sessuali a rischio.

Elemento critico in questo tipo di iniziative è innanzitutto quello del rapporto tra costi e benefici percepiti. Non si tratta di interventi che danno risultati percepibili nell'immediato, politicamente spendibili (fatta eccezione per gli interventi sulla sicurezza stradale, come il progetto "Bus della Notte" i cui risultati sono ampiamente percepiti, avendo a che fare con il tema degli incidenti d'auto), e

quindi i costi di una presenza costante sul territorio sono spesso ritenuti eccessivi. L'idea che "non serva a nulla" è difficile da superare e la conseguenza è che spesso si perde il contatto con interi gruppi, così come sfugge la percezione di fenomeni quanto mai rilevanti. Un secondo punto, di nuovo, è quello della messa in rete di questo tipo di interventi: anche in questo caso se non si trovano punti di contatto tra i diversi approcci e le diverse letture, e se non si creano spazi di confronto tra operatori della strada e operatori di altri servizi, allora il patrimonio di esperienze e competenze specifiche rischia di non essere per nulla valorizzato.

AZIONI SUL TERRITORIO	
Punti di forza	<ul style="list-style-type: none"> • Flessibilità del servizio, rimodellato <i>in fieri</i> sulle esigenze degli utenti • Contatto costante con i luoghi di aggregazione informale • Sguardo aggiornato sui cambiamenti degli stili di vita e di consumo
Punti di criticità	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusione limitata • Scarsità di risorse • Scarsa valorizzazione
Possibili modelli	<p><i>Maniglione Antipanico</i>: unità mobile per la promozione dell'agio, il sostegno e il mantenimento delle condizioni psicofisiche della popolazione giovanile sul territorio urbano e provinciale</p> <p><i>Animazione Relazionale per piccoli gruppi</i>: interventi di animazione e sensibilizzazione sui temi legati al consumo e alle sostanze realizzati in contesti formali e informali</p>

Cap. 4

Verso il futuro

4.1 Aree di miglioramento

A questo punto le riflessioni relative agli interventi mappati nei distretti Città di Piacenza, Ponente e Levante possono essere confrontate con quelle esplicitate nella letteratura sul tema della prevenzione e con l'esperienza dell'equipe di ricerca in altri territori, per mettere in luce alcune aree di possibile rinforzo e miglioramento.

A confronto

Una prima questione rilevante è quella di una *ricostruzione univoca e attendibile dei bisogni territoriali*. Se è vero che l'enfasi posta sulla promozione delle *life skill* ci invita a ragionare sulle capacità individuali di fronteggiare le sfide quotidiane, è anche vero che perdere di vista i mutamenti legati al contesto, agli stili di vita e ai comportamenti costituirebbe un grave rischio. Si avverte in questo senso il bisogno di recuperare la descrizione al di là dell'interpretazione, di valorizzare in primo luogo l'esplorazione, in secondo luogo il racconto. Per quanto gli adulti possano essere attori chiave e testimoni privilegiati (vedasi in questo senso alcune esperienze positive e propositive quali *Adulti in Ricerca*, una ricerca, appunto, sulla percezione che gli adulti hanno del mondo giovanile), questa ricostruzione non può che prevedere il coinvolgimento dei *giovani come partner strategici*. Per altro, la prevenzione ha a che fare più con il consumo che con l'abuso ed è quindi più prossima all'esperienza comune dei giovani del territorio. Occorre lavorare sinergicamente alla *ricostruzione di un racconto d'insieme* in cui compaiano la struttura delle opportunità e quella delle sfide, il rapporto con il territorio e le abitudini di spostamento, i nuovi stili di vita e i nuovi linguaggi, i riferimenti simbolici e i codici espressivi propri degli universi giovanili.

La frontiera della conoscenza

Un secondo aspetto è quello dei target di riferimento – dei destinatari degli interventi – e l'esigenza in questo caso sembra essere quella di *riequilibrare*. Riequilibrare in primo luogo tra le differenti fasce d'età alle quali ci si rivolge: la consapevolezza dell'importanza di un intervento di prevenzione attivato sin dai primi anni di scuola, per esempio, non deve tradursi in una rinuncia a

Riequilibrare i target di riferimento

confrontarsi con gli adolescenti o con le ragazze e i ragazzi più grandi. Nuovi equilibri devono essere ricercati *tra lavoro individuale e lavoro sul gruppo*, sperimentando eventualmente soluzioni intermedie, come la focalizzazione sulla diade, sulla coppia. Lo stesso vale per l'equilibrio *tra interventi destinati ai giovani e interventi destinati agli adulti*, ma in questo caso la sfida non riguarda tanto la predisposizione di percorsi ad hoc per insegnanti e genitori – per altro già attivati e, in alcuni contesti, anche con notevoli risultati – quanto la decostruzione delle generalizzazioni e degli stereotipi che spesso marcano fortemente il rapporto tra giovani e adulti. Riequilibrare significa, infine, *affinare uno sguardo attento allo specifico di genere*, esigenza particolarmente evidente quando si considera l'impronta prettamente maschile di molti interventi di promozione dell'agio. Più in generale, la ricerca di nuovi equilibri potrebbe prevedere la sperimentazione di nuovi approcci e quelli legati all'idea di *sviluppo di comunità* sembrano rispondere proprio all'esigenza di passare da un'ottica centrata sull'individuo a uno sguardo sistemico, attento alle interazioni tra singoli, agenzie e ambiente.

Ricomporre la
rete

Quella del *lavoro di rete* è una terza area di miglioramento. A fronte della ricchezza dei soggetti e delle sperimentazioni, emergono infatti numerose le *criticità negli schemi di condivisione e coordinamento*. In territori geograficamente ampi o frammentati è questa una questione estremamente delicata, in primo luogo poiché gli alti costi legati al coordinamento (i trasporti, le tempistiche...) possono essere giustificati solo a fronte di benefici di portata eguale o superiore. Come abbiamo già sottolineato, il "lavoro di rete", se non avvertito come produttivo e conveniente, si trasforma in un vuoto clichè, se non addirittura in un vero e proprio incubo. Occorre dunque *riprendere e condividere il valore profondo dello scambio*, che passa attraverso il confronto sulle realtà osservate, la valorizzazione delle esperienze positive, l'eliminazione di duplicazioni e sovrapposizioni e la *graduale impostazione di un'ottica territoriale anche in sede di programmazione e progettazione*.

Allargare il
coinvolgimento

Il discorso sulle reti ci rimanda ancora una volta a un quesito centrale: chi sono gli attori della prevenzione? L'individuazione dei soggetti da coinvolgere è rilevante sia in sede di costruzione del *network* sia in sede di riorganizzazione o allargamento, ed è strettamente legata alle idee che stanno alla base del complesso di politiche per la prevenzione. Un criterio di massima dovrebbe essere quello della *candidatura spontanea e della massima apertura possibile*: è

attore della prevenzione chi si ritiene tale. In secondo luogo si dovrebbe tenere conto del *radicamento e del riconoscimento sul territorio* dei diversi potenziali attori; le agenzie più vicine all'universo giovanile, le realtà che comunque costituiscono un punto di riferimento per le ragazze e i ragazzi del territorio dovrebbero essere coinvolti. Il mix di queste due indicazioni *può delineare un perimetro assai mutevole* attorno al gruppo di attori della prevenzione, le cui forme e caratteristiche dipenderanno dalla tradizione territoriale e dagli equilibri del momento. Basti pensare che possono esistere attori *intenzionali* ma non rilevanti, così come attori *non intenzionali* ma estremamente rilevanti (come baristi, tabaccai o gestori dei locali). In questo caso potrebbero essere immaginati meccanismi di attivazione selettivi variabili a seconda dei temi specifici da affrontare, con una sorta di gruppo di regia – *i protagonisti* – e un gruppo allargato – *gli alleati*.

Ricostruita la domanda territoriale e delineato il team degli attori della prevenzione, il passo successivo è quello dell'*elaborazione di risposte adeguate*. Accanto alle esperienze consolidate si sono evidenziati sul territorio approcci innovativi che meritano di essere valorizzati. È il caso, per esempio, dell'esperienza dell'educatore di transito nella Val Tidone e Val Luretta, una modalità di intervento riconducibile ai canoni del mentoring, ovvero alla costruzione di un rapporto intergenerazionale uno a uno tra un adolescente e un adulto competente e disponibile. Lo stesso si può dire per quanto riguarda i *linguaggi e le metodologie di intervento* elaborati da alcune cooperative sociali del territorio che si occupano di informazione, promozione della consapevolezza nei consumi e riduzione del danno. Restano poco esplorati alcuni sentieri innovativi; è il caso dell'approccio della *peer education* così come quello dello sviluppo di comunità, soluzioni che in altre realtà territoriali si sono dimostrate valide in termini di promozione della partecipazione e del protagonismo a partire dalla condivisione dei percorsi di crescita. Allo stesso tempo permangono aree non del tutto coperte e forse vale la pena di interrogarsi sul *livello di copertura degli spazi informali, sia fisici che virtuali*: la prevenzione è nelle strade? La prevenzione è online?

Il rinnovamento degli approcci è tanto più necessario quanto più velocemente muta il contesto di riferimento ed è in questo senso che ci ricollegiamo alla prima delle aree di miglioramento individuate, quella della lettura dei bisogni. Uno dei cambiamenti in corso, segnalato pressoché all'unanimità come aspetto

Innovare gli
approcci

Il contesto
multiculturale

critico, è l'aumento di adolescenti e giovani provenienti da ambienti culturali differenti, sia da altre regioni d'Italia sia da altre regioni d'Europa o del Mondo. Che cosa significa, allora, fare prevenzione in un *contesto multiculturale*? Le sfide legate all'aumento delle migrazioni devono essere considerate come opportunità per il futuro, occasioni per mettersi in gioco e oltrepassare i limiti della propria lettura e dei propri canoni di intervento, per dotarsi di competenze specifiche ed esplorare stili di vita e di consumo ritenuti differenti dai propri.

Lo sviluppo di una *sensibilità centrata sulla pluralità* gioverà al sistema della prevenzione nel suo complesso nella misura in cui si saprà andare oltre schemi rigidi e stereotipali e riuscirà, così facendo, a *costruire ponti relazionali laddove la tentazione è quella di erigere barriere*. La necessità di avvicinarsi e incontrarsi, come visto, non nasce soltanto dalle potenziali fratture tra autoctoni e migranti, ma anche da quelle tra giovani e adulti, studenti e insegnanti, oratori e Cag, e così via. È questo il terreno su cui ci muoviamo quando ragioniamo sulla prevenzione e sono queste le interazioni sistemiche da tenere in considerazione.

4.2 Una possibile agenda

Come muoversi all'interno delle molteplici aree di miglioramento? Quali indicazioni pratiche?

- Incontrarsi
1. *Una prima esigenza è quella di incontrarsi*. Di *continuare* a farlo, o di *cominciare* a farlo. In entrambi i casi una variabile rilevante sarà il livello di apertura della rete: chi coinvolgere? La risposta a questo interrogativo chiama in causa l'esigenza più generale di delineare i confini e le caratteristiche del settore della prevenzione, ma al contempo rimanda alla necessità di una mobilitazione in tempi brevi. In questo senso è pensabile un doppio criterio di inclusione di nuovi attori: da un lato verranno invitati a un primo appuntamento tutti i soggetti che le figure di coordinamento ritengono necessario coinvolgere; in secondo luogo, durante l'incontro stesso, si metterà all'ordine del giorno proprio la questione della ridefinizione del gruppo degli attori della prevenzione, e saranno i presenti a ipotizzare e proporre le possibili articolazioni dell'equipe di coordinamento.

2. Una volta composto il gruppo, un primo binario di lavoro dovrebbe essere quello della *ricostruzione dei bisogni e delle domande territoriali*. Un'idea possibile è quella della ricomposizione di un racconto collettivo, corale, frutto della partecipazione del maggior numero possibile di soggetti e di un percorso di implementazione di capacità diffuse di osservazione, analisi e restituzione. Un laboratorio comunitario di inchiesta, in altre parole, in cui il ruolo degli operatori sarebbe strategico sia per l'emersione dei vissuti e dei saperi che hanno consolidato nel tempo, sia per la possibilità di fungere da tramite nel recupero delle esperienze delle diverse "utenze": preadolescenti, adolescenti, giovani adulti, genitori, insegnanti...
3. Parallelamente, un secondo binario di lavoro dovrebbe essere quello della *condivisione degli interventi sperimentati, finalizzata al consolidamento delle reti territoriali* ma anche all'impostazione di un ragionamento comune su punti di forza e di criticità delle singole azioni. Per fare questo sarebbe opportuno dotarsi di strumenti di raccolta informativa come quello che proponiamo in appendice. È importante però chiarire subito un aspetto: la scheda che abbiamo ipotizzato (e utilizzato per il censimento) non deve essere intesa come una soluzione rigida, strutturata a priori e quindi definitiva, ma più che altro come una traccia di lavoro, un supporto che consenta di fare emergere informazioni, osservazioni e analisi e che a queste sappia adattarsi. In altre parole, un esito auspicabile non è quello dell'adozione della scheda così come la presentiamo ma quello di una sua modifica, di un suo adattamento, di una sua rielaborazione collettiva.

Condividere le
prassi

In seguito a queste prime operazioni di consolidamento, sarà possibile cominciare a porsi gli obiettivi caratteristici delle reti più mature, più consolidate e operative, come per esempio quelli legati alla condivisione delle concezioni di fondo, dei valori e delle priorità individuali, dell'analisi critica degli approcci e dei percorsi di programmazione territoriale e coprogettazione. Quel che conta, però, è impostare il percorso in maniera graduale, affrontando un passo dopo l'altro, secondo obiettivi intermedi effettivamente raggiungibili. Pensare di ottenere, tutto d'un tratto, una perfetta armonia territoriale è impensabile ma rinunciare a questa ambizione sarebbe sicuramente una perdita più grave.

Appendice

1. La scheda di rilevazione

Nome dell'attività	
Titolarità	
Gestione	
Tipologia	Servizio (Cag, sportello, Uds...) Percorso (ciclo di incontri, laboratori...) Evento (serate, ricerca, incontri spot, testimonianze...)
Periodo	
Continuità	Una tantum Ex novo Continuo Ciclico
Origine [Da cosa nasce l'attività?]	
Rete coinvolta [Chi? Per fare cosa? La rete esiste anche dopo l'attività?]	
Target	Scuole primarie Preadolescenti Adolescenti Giovani Adulti
Tema/fenomeno [Su quale tema e perché?]	
Bacino	Singola scuola Più scuole Comune/i: Area:
Idea di prevenzione	Universale Selettiva Indicata
Tipologia di comportamento	Consumo/abuso sostanze legali (tabacco, alcool, farmaci...) Consumo/abuso sostanze illegali Educazione alla salute, alla sessualità e all'affettività Contrasto a forme di violenza e aggressività Contrasto a forme di discriminazione Promozione dell'agio Altro:

<p>Approccio</p>	<p>Ricerca Informativo Life skill Peer education Mentoring Sviluppo di Comunità Riduzione del danno Counselling Altro:</p>
<p>Attività [Breve descrizione degli interventi e delle attività svolte]</p>	
<p>Risorse umane impegnate [Numero, professionalità, ruolo]</p>	
<p>Dimensione intervento [Indicatori ritenuti più significativi]</p>	
<p>Punti di forza</p>	<p>Legati all'azione in sé</p> <p>Legati alle risorse</p> <p>Legati alla rete di attori</p>
<p>Punti di criticità</p>	<p>Legati all'azione in sé</p> <p>Legati alle risorse</p> <p>Legati alla rete di attori</p>
<p>Evidenze [quali risultati in termini di comprensione del fenomeno ed efficacia dell'intervento?]</p>	

2. Glossario sintetico

Per un inquadramento terminologico sui temi legati alla prevenzione i principali punti di riferimento internazionali e nazionali sono:

- l'*European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction* che cura un glossario liberamente consultabile sul sito <http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary>;
- la *World Health Organization* (<http://www.who.int/en/>) e il relativo glossario *Health Promotion Glossary* (WHO, 1998 ed eventuali aggiornamenti) consultabile sul sito http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf;
- il portale italiano *DROnet, Network nazionale sulle dipendenze* (<http://www.dronet.org>).

Un'utile rassegna della letteratura, sia per le questioni terminologiche sia per un approccio di ricerca *evidence based*, è il volume *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di interventi e reti locali nell'area delle dipendenze* (Leone, Celata 2006).

È da queste fonti che attingiamo nel proporre alcune definizioni sintetiche.

Idee di prevenzione	
<i>Classificazione degli interventi in base al di rischio presente all'interno di un gruppo target</i>	
Prevenzione universale	– Rivolta a tutta la popolazione di riferimento, come per esempio tutti gli studenti di una scuola, al di là dell'effettiva vicinanza al fenomeno
Prevenzione selettiva	– Rivolta a gruppi o fasce della popolazione in cui sono prevalenti dei fattori di rischio connessi al fenomeno in oggetto, come per esempio un sottogruppo di studenti particolarmente connotato, o con scarso successo dal punto di vista scolastico
Prevenzione indicata	– Rivolta a sottogruppi o individui considerati ad alto rischio o che sono già entrati in contatto con il fenomeno, per esempio studenti che hanno già sperimentato sostanze psicotrope ed esperiscono i primi problemi connessi all'adozione di tale comportamento

Approcci	
Counselling	– Processo di dialogo e di interazione duale attraverso cui il consulente aiuta il consultante a prendere delle decisioni e ad agire di conseguenza, oltre a fornire una accurata e attenta informazione e un sostegno psicologico adeguato
Informativo	– Trasmissione di conoscenze corrette rispetto agli effetti di determinati comportamenti che si vogliono evitare
Life skill	– Abilità che mettono in grado un individuo di adottare strategie efficaci per affrontare diversi problemi nella vita quotidiana. Le <i>life skill</i> possono essere numerose, e variare nei diversi contesti; le principali riguardano la risoluzione di problemi, il <i>decision making</i> , il pensiero critico e creativo, l'empatia, l'auto-consapevolezza, la gestione delle emozioni e dello stress, l'autoefficacia e l'efficacia collettiva
Mentoring	– Rapporto intergenerazionale uno-a-uno tra un adulto competente e significativo e un bambino/adolescente in cui il primo mette l'altro nelle condizioni di acquisire consapevolezza delle proprie risorse e di sviluppare le proprie potenzialità
Peer education	– Intervenire sul gruppo di coetanei tramite un "pari", utilizzando fonti informative "fiduciarie e credibili" e codici di comunicazione (linguaggi e slang) omogenei, facendo leva sul carisma del leader per indirizzare il cambiamento degli individui verso la direzione auspicata dal programma
Ricerca	– Indagini conoscitive volte ad approfondire la tematica in questione attraverso strumenti quali interviste, questionari, sondaggi d'opinione, etnografia, osservazione partecipante, <i>peer research</i>
Riduzione del danno	– La priorità in questo caso non è tanto la riduzione o sospensione dell'utilizzo di sostanze quanto il contenimento dei rischi e delle conseguenze negative associate al consumo di droghe, alla pericolosità per la salute del consumatore e alla dannosità dei comportamenti agiti
Sviluppo di comunità	– Attribuzione di un ruolo chiave alla comunità locale, in un'ottica di protagonismo, partecipazione ed <i>empowerment</i> individuale, di gruppo, organizzativo e di comunità; l'ottica è di tipo sistemico e mira all'assunzione di responsabilità da parte delle diverse agenzie del territorio, rispetto alla realizzazione degli stessi interventi

Fattori di rischio e di protezione	
Fattori di rischio	Condizioni la cui presenza è associata a una maggiore probabilità di sviluppare un dato comportamento; possono avere a che fare con le attitudini individuali, la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari o l'ambiente di vita
Fattori protettivi	Variabili che possono aiutare le persone a fronteggiare efficacemente eventuali situazioni avverse e potenzialmente rischiose e a riorientarle in una direzione positiva; possono avere a che fare con le attitudini individuali, la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari o l'ambiente di vita

Osservatorio Provinciale delle Politiche Sociali

Piazzale Marconi – Borgo Faxhall

29121 Piacenza

tel. 0523/795511-795534

fax 0523/795517

e-mail: osservatorio@provincia.pc.it

CODICI - Agenzia di Ricerca Sociale

Piazza IV Novembre 1

20124 Milano

tel. 02/89053913

e-mail: codici@codiciricerche.it

web: www.codiciricerche.it

Finito di stampare nel mese di novembre 2009 da:

Tipografia La Grafica - Piacenza