

MODELLO PREVENTIVO PROATTIVO per i disturbi da uso di sostanze nei giovani. L'intervento all'interno dei Centri di Informazione e Consulenza - CIC

Documento definito di concerto tra UAT, Coordinamento dei Dirigenti Scolastici, Punto di Ascolto e Dipartimento delle Dipendenze AULSS9 Scaligera

20.11.2019

INDICE

Premesse

Ambiti di intervento

I dati e le evidenze scientifiche: le basi razionali dell'intervento

Elementi principali del modello preventivo proattivo

Coordinamento con il Punto di Ascolto delle Scuole

Modello operativo generale

Regolamentazione nella scuola

Dipartimento delle Dipendenze

Finanziamenti e rendicontazione amministrativa e di attività

Valutazione dell'impatto e dei risultati ottenuti (Indicatori di valutazione delle attività dei CIC)

Allegati

Bibliografia

Premesse

Le indagini epidemiologiche, eseguite nella nostra area geografica negli ultimi tre anni, hanno documentato un aumento dei consumi di sostanze stupefacenti nei minori con un abbassamento dell'età di inizio. Il problema è ulteriormente complicato da un aumento dell'accesso a nuove droghe tramite internet con la comparsa di sostanze a più alto principio attivo che presentano un maggiore rischio di psicosi e di morte.

Le indagini eseguite specificatamente nelle scuole veronesi (Student Population Survey SPS 2017-18 e SPS 2018-19) dal Dipartimento delle Dipendenze in collaborazione con il Punto di Ascolto, su campioni annuali di circa 2000 studenti, hanno mostrato che circa il 30 % di essi ha dichiarato di aver fatto uso di sostanze (nel corso della loro vita). I dati seriali inoltre dimostrano che il fenomeno all'interno delle scuole sta aumentando.

Alla luce di questa rapida e più grave situazione e della sua evoluzione vi è la necessità di rivedere i modelli di intervento preventivo nelle scuole che purtroppo dai dati provenienti dalle attività dei CIC, si sono dimostrati molto poco efficaci nel contattare e gestire precocemente le persone minorenni particolarmente vulnerabili che presentano uso di sostanze e/o abuso di alcol. I dati di attività infatti confermano una bassissima percentuale di studenti problematici per uso di sostanze che entrano in contatto con i CIC, rispetto ad altre problematiche a più basso rischio di mortalità e invalidità.

La scarsità di risorse disponibili inoltre (e la bassa sostenibilità di interventi ad ampio raggio conseguente) comporta la necessità di concentrarsi maggiormente su priorità di intervento determinate dalla popolazione a più alto rischio di uso di sostanze (e quindi più a rischio salute), in modo da finalizzare al meglio i nostri sforzi e le nostre scarse risorse.

Va tenuto in considerazione inoltre che i CIC sono uno strumento di prevenzione creato ed attivato specificatamente nell'ambito della legge sulle tossicodipendenze (il DPR 309/90) e quindi che dovrebbero essere finalizzati principalmente a prevenire e contrastare tale fenomeno/patologia. Tali centri di informazione, nei primi anni 90, sono stati creati infatti specificatamente per all'educazione alla salute ed alla prevenzione delle tossicodipendenze, sulla base dell'art. 104 del DPR 309/90.

Successivamente il concetto ampio e generale di educazione alla salute in ambito preventivo si è evoluto e le più importanti organizzazioni mondiali sull'argomento (WHO, UNODC, NIDA, SAMSA, EMCDDA ecc.) hanno introdotto concetti più concreti e maggiormente orientati di un modello preventivo che si basasse sulla prevenzione selettiva (oltre che indicata ed ambientale) e cioè più precoce ma soprattutto più mirata alle persone vulnerabili e quindi più a rischio.

Va chiarito quindi che i CIC sono sicuramente da considerare anche strumenti di informazione e consulenza per tutti coloro che necessitano di orientamento sulle tematiche relative all'educazione alla salute in senso lato ma la necessità odierna ci impone, senza trascurare questi aspetti generali, di concentrare le nostre azioni e le nostre risorse sulle priorità di salute dettate dal grado di rischio aumentato che hanno le persone vulnerabili o che già usano sostanze e non hanno consapevolezza del loro problema, siano esse sostanze stupefacenti o alcoliche.

A questo proposito si è discusso e concertato con il Dirigente dell'Ufficio Provinciale, i coordinatori dei Dirigenti scolastici dell'area territoriale della AULSS 9 e il responsabile del Punto di Ascolto, un nuovo approccio per valorizzare al meglio la presenza degli operatori sanitari (psicologi ed educatori) all'interno delle scuole durante le attività di prevenzione e dei CIC.

Nella discussione di analisi ed approfondimento si è messo a fuoco la problematica soprattutto che l'attuale modello, nonostante sia possibile conservare l'anonimato da parte dello studente (vedi anche in seguito), non attrae le persone a rischio o già con uso di sostanze e che la modalità di offerta risulta troppo "passiva" e molto spesso resta in attesa di una richiesta di aiuto spontanea da parte degli studenti che in realtà matura molto difficilmente e raramente. Si è quindi convenuto sulla necessità di sperimentare un modello più "proattivo" di contatto utilizzando metodologie scientifiche già sperimentate in varie parti con successo.

Obiettivo del documento

Mettere a punto e strutturare un nuovo modello di intervento preventivo "proattivo" nelle scuole che aumenti la capacità degli operatori (in collaborazione con gli insegnanti) di identificare e contattare precocemente le persone vulnerabili all'uso di sostanze stupefacenti e all'abuso alcolico o che già ne facciano uso (soprattutto se minorenni). Si tratta quindi di identificare ed entrare in contatto con studenti, con particolare attenzione ai minorenni, che possano essere in qualche modo coinvolti nell'uso di sostanze e che non abbiano ancora esplicitato questo problema, risultando così difficilmente motivati al cambiamento e a recarsi spontaneamente ai CIC. In altre parole, si vuole riuscire a far entrare in contatto con i servizi preventivi, le persone che più hanno bisogno di aiuto e che molto spesso negano i loro problemi e non ricercano attivamente soluzioni efficaci. Tutto questo coinvolgendo direttamente e tempestivamente anche i genitori supportandoli e orientandoli al contatto precoce con le strutture sanitarie competenti e specialistiche nel caso ci fossero condizioni di rischio per il minore.

Ambiti di intervento

Scuole secondarie II grado ed in particolare il primo biennio.

Per le scuole primarie e secondarie di I grado è necessaria la possibile predisposizione di progetti sperimentali e specifici per l'intercettazione delle condizioni di vulnerabilità comportamentale e l'attivazione di interventi educativi specifici a supporto delle famiglie e degli insegnanti in maniera coordinata.

I dati e le evidenze scientifiche: le basi razionali dell'intervento

1. Il 30 % degli studenti nella fascia di età 13-19 anni ha dichiarato di aver usato almeno una volta nella loro vita sostanze stupefacenti (vedi indagini SPS VR 2018 e 2019). La patologia da uso di sostanze stupefacenti e alcoliche e quella a maggior prevalenza e rischio in questa fascia di età ancor più della anoressia, dell'autolesionismo, del bullismo e delle varie forme psicotiche giovanili
2. Il trend di consumo nella scuola è in aumento. (vedi indagine SPS VR 2018-2019)
3. Il tempo trascorso tra il primo uso di sostanze e il primo accesso ai servizi per tossicodipendenza è di 6-8 anni in una fascia di età che va dai 14 ai 20 anni
4. ad oggi meno del 3 % degli studenti afferenti ai CIC riferiscono e contattano gli operatori per problemi di droga
5. la maggior causa di invalidità e/o morte nella fascia di età 15-19 anni sono la droga/alcol e gli incidenti stradali e i suicidi molto spesso droga/alcol correlati.
6. il DPR 309/90 articolo 106 istituisce i CIC per finalità prevalenti in ambito della prevenzione delle tossicodipendenze e non per erogare un supporto psicologico generico agli studenti
7. per questo motivo il servizio pubblico competente per queste azioni viene identificato dalla normativa nazionale e regionale nel dipartimento delle dipendenze
8. è provato che gli studenti con problemi di sostanze (alcol, droghe farmaci non prescritti) si recano molto raramente in modo spontaneo ai CIC per richiedere aiuto
9. il modello ad "accesso spontaneo" (studente problematico che richiede direttamente un colloquio ai CIC) ha dimostrato di non essere efficace nel reclutare precocemente e selettivamente gli studenti con comportamenti a rischio droga e alcol e i dati di accesso sono molto chiari al proposito. L'elaborazione ha infatti dimostrato che questa sottopopolazione a rischio non supera il 3 % della popolazione che è stata contattata tramite i tradizionali CIC.
10. di fatto, pertanto, neppure l'anonimato, così come previsto dall'articolo 106, non costituisce fattore favorente all'accesso ai CIC da parte di chi usa sostanze.
11. si consideri inoltre che la maggior parte delle famiglie con figli che usano droghe, di età compresa fra i 14 e i 18 anni, sono all'oscuro dell'uso di sostanze da parte dei figli (vedi indagine SPS VR 2018-2019)
12. va inoltre chiaramente sottolineato che l'anonimato previsto dall'articolo 106 del DPR 309/90 nei minorenni non può costituire deroga alla comunicazione tempestiva ai genitori delle condizioni di rischio per la salute, per poter attuare quanto prima i dovuti interventi idonei a preservare l'integrità psicofisica del minore, di cui i genitori sono i diretti responsabili.
13. studi di "early detection" (identificazione precoce dei comportamenti a rischio) hanno dimostrato che l'applicazione della prevenzione selettiva centrata sulle persone vulnerabili, è in grado di produrre una alta efficacia dell'intervento (riduzione del delay time con conseguente diminuzione dei tempi di trattamento necessari per la guarigione) oltre che una maggiore sostenibilità organizzativa ed economica.

Sulla base di queste semplici ma precise considerazioni si ritiene necessario ridefinire e proporre un modello di intervento più orientato al problema dell'uso di droghe e che utilizzi metodologie di contatto proattive evitando quindi di stare in attesa che tale contatto avvenga spontaneamente da parte dello studente problematico.

Elementi principali del modello preventivo proattivo

Il modello CIC in “attesa dei clienti” (*outreach* passivo) ha dimostrato di non attrarre le persone a rischio. Alla luce quindi delle evidenze scientifiche e dei dati epidemiologici riscontrati anche sul territorio veronese, risulta razionale e ragionevole l'adozione di un nuovo modello di intervento preventivo di tipo “proattivo” dove gli operatori di prevenzione siano coinvolti direttamente e attivamente nel ricercare il contatto con le persone vulnerabili (chiaramente non coercitivo) e il consumatore di sostanze presenti all'interno delle scuole, abbandonando quindi il vecchio modello in cui si aspettava che tali persone arrivassero di loro iniziativa a chiedere aiuto presso i punti di ascolto CIC.

Il modello proattivo prevede quindi un *outreach* che comporti:

1. individuazione precoce dei soggetti problematici presenti in classe da parte degli insegnanti mediante la valutazione indiretta di alcuni principali indicatori: disturbi comportamentali, deficit attentivi, aggressività espressa, letargia mattutina, difficoltà di apprendimento, scarso rendimento, deficit di memoria, scarsa motivazione, tendenza all'isolamento, tratti ansiosi e/o depressivi particolarmente accentuati.
2. richiesta attiva di colloquio allo studente da parte del docente coordinatore di classe insieme allo psicologo CIC
3. se accettazione del colloquio, si eseguirà una valutazione della gravità del problema e del grado di rischio per uso di sostanze o patologie correlate oltre che della disponibilità dello studente ad affrontare il problema e la relazione.
4. Se vi sono evidenze suggestive di tale rischio e in caso di minori, convocazione immediata dei genitori per comunicazione di:
 - a. Esistenza di un disturbo comportamentale o dell'umore con un “possibile” rischio d'uso di sostanze
 - b. Opportunità di approfondire e gestire la situazione di possibile rischio/disagio riscontrata
 - c. possibilità di accedere gratuitamente, per approfondire tale situazioni, ai servizi pubblici in un contesto riservato, specialistico e sanitario extrascolastico
 - d. in base alla reazione della famiglia e della gravità del problema, rilascio di una comunicazione formale con indicazioni e raccomandazioni prudenziali di valutare il problema del figlio in sede specialistica sanitaria extrascolastica.
 - e. valutazione dell'esito del colloquio, refertazione e monitoraggio (da parte dell'operatore CIC) della evoluzione della condizione di rischio del minore nel tempo.
5. se lo studente rifiuta il colloquio, ripetere la proposta dopo qualche giorno e se ancora persistono resistenze ma nel contempo i dubbi dell'esistenza di rischio sanitario permangono, convocare i genitori per una comunicazione e valutazione congiunta del problema riscontrato.

Coordinamento con il Punto di Ascolto delle Scuole

Gli psicologi CIC e gli altri operatori impegnati in questa attività dovranno coordinarsi anche con il Punto di ascolto delle Scuole al fine di rendere omogenei gli interventi e di coordinare le attività in modo ottimale.

I compiti del Punto di ascolto sono così riassumibili:

- Attività di supervisione e affiancamento, se necessario, dei casi valutati a rischio da parte del personale CIC.
- Coordinamento metodologico ed organizzativo all'interno delle scuole, in collaborazione con il Dipartimento delle Dipendenze, degli psicologi CIC in attività presso gli istituti scolastici per un funzionamento omogeneo e monitoraggio delle situazioni a rischio e di emergenza
- Orientamento/facilitazione contatti dei genitori e degli insegnanti con i Servizi Sanitari, Servizi Sociali e le Forze dell'Ordine dove necessario
- Organizzare incontri periodici di coordinamento / formazione tra tutte le figure che fanno consulenza negli istituti scolastici di ogni ordine e grado, al fine anche di valutare congiuntamente i risultati in progress ed eventuali aggiustamenti organizzativi e procedurali
- Coordinamento con il gruppo di Prevenzione del Dipartimento delle Dipendenze, per la predisposizione di un piano annuale di formazione (condiviso con il coordinamento dei Dirigenti scolastici), la eventuale creazione di materiali e o eventi presso gli istituti (poster informativi, locandine divulgative, assemblee, giornate drug free, ecc...)
- Stesura del report annuale complessivo delle attività CIC, con la collaborazione attiva delle scuole e dei consulenti CIC che invieranno un resoconto, per dati aggregati, del numero di casi osservati e di persone contattate, delle prestazioni erogate e dell'esito dei contatti, secondo i format forniti dal dipartimento delle dipendenze.
- Per il resoconto delle eventuali emergenze i consulenti e gli insegnanti opereranno secondo quanto specificato nel "manuale protocollo per le emergenze" in uso condiviso negli istituti scolastici.

Modello operativo generale

Questa nuova modalità operativa verrà integrata da una serie di altre azioni qui sotto riportate.

| Tipo di prevenzione | Azioni principali | Specifiche |
|------------------------|--|--|
| Prevenzione ambientale | <ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento dei poster permanenti antidroga all'interno della scuola (forniti dal Dipartimento) • Inserimento di un area specifica nel sito della scuola sulle informazioni del danno da uso di sostanze • Posizionamento poster informativi sull'attività di consulenza CIC (ben connotati come servizi che offrono consulenza per uso di sostanze e gioco d'azzardo) sull'uso di droghe come con numeri di telefono e orari per contatti spontanei | <ul style="list-style-type: none"> • contenuti indicativi del messaggio informativo: "scuola alcol e drug free", "mantieni il tuo cervello e questa scuola liberi dalle droghe e dall'alcol" • Pubblicizzazione del numero telefonico della help line del dipartimento delle dipendenze e delle varie UOC • Cosa consigliare all'amico che usa droghe • buone norme di comportamento in relazione all'uso di sostanze, all'offerta di uso e come comportarsi in caso di persone che sviluppino una overdose |
| Prevenzione universale | <ul style="list-style-type: none"> • Celebrazione di una giornata, nel corso dell'anno scolastico, contro la droga e le mafie con manifestazione unitaria di piazza di tutte le scuole in collaborazione con gli insegnanti e i dirigenti • Indagini epidemiologiche annuali sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle varie dipendenze • Lezioni con esperti standard in classe con ripresa da parte dei professori successivamente (droghe, alcol, gioco d'azzardo, tecnologia digitale) • incontri con personaggi significativi dello sport e dello spettacolo sul tema no droga, no alcool, no doping • attivazione di progetti specifici in base alle indicazioni e ai finanziamenti regionali • altre attività in base ai problemi specifici delle | <ul style="list-style-type: none"> • utilizzare gli slogan semplici, espliciti e diretti come ad esempio: <ul style="list-style-type: none"> ➤ "chi compra droga finanzia le mafie il terrorismo" ➤ "no brain pollution" "yes to natural brain" ➤ "no a tutte le droghe e alcol" ➤ "sballati mai, liberi sempre" • Somministrare questionari ed elaborare dati sull'uso di sostanze e sulle varie dipendenze agli studenti con finalità di produrre rapporti periodici per monitorare il fenomeno. • lezioni durante tutto l'anno scolastico concentrate soprattutto sul biennio |

singole scuole

Prevenzione
selettiva

- punti CIC

- **(attività proattive)** - modello con ricerca attiva di contatto con studenti vulnerabili e a rischio
 - incontri e training per insegnanti per la formazione delle tecniche di early detection (indicatori precoci)
 - Individuazione e contatto attivo con studenti con comportamenti problematici presenti nelle classi
 - Valutazione delle problematiche comportamentali e psicologiche emerse, della esistenza di richiesta di aiuto, delle eventuali resistenze e grado di motivazione al cambiamento.
 - i genitori vengono convocati dalla scuola e accolti da operatori CIC e della Scuola. Lo Psicologo non può autonomamente convocare i genitori.
 - gestione degli incontri, insieme con gli psicologi, con genitori di studenti problematici (segnalazione tempestiva e supporto attivo ai genitori)
 - se necessario per presenza di rischio sanitario, invio /accompagnamento, da parte del personale sanitario, della famiglia ai servizi specialistici pubblici (azione eseguibile solo su richiesta dei genitori). Resta inteso che deve essere rispettato il diritto di scelta del curante da parte dei genitori e dello studente maggiorenne.
 - se necessario (alte e permanenti condizioni di rischio con famiglia non collaborante e che non prende in carico il problema del figlio) segnalazione ai servizi sociali e/o tribunale dei minori
 - **(altre attività di base)** (in contemporanea) - attesa di accesso spontaneo su richiesta di studenti, per problemi correlati all'uso di sostanze o di condizioni che potrebbero aumentare il rischio di tale uso. Possibilità anche di richiesta di accesso tramite telefono, email o wapp. Altre attività generali aggiuntive di educazione alla salute saranno auspicabili in relazione alle singole e peculiari rilevate nelle singole scuole.
-

Regolamentazione nella scuola

Per rendere efficiente ed operativo il modello sarà necessario inserire nella regolamentazione della scuola alcune indicazioni e documentazione specifica per i consulenti CIC:

1. Stesura ed adozione di linee operative per consulenti CIC: presenti preliminarmente nel bando e successivamente sottoscritte al momento del contratto dagli psicologi dove si prevede la refertazione riservata delle attività svolte sul singolo minore a rischio e i suoi genitori, con conservazione presso la AULSS e con il coordinamento operato congiuntamente dalla struttura sanitaria e il punto di ascolto del provveditorato
2. Integrazione del Patto di Corresponsabilità Educative – le procedure proattive di contatto previste con convocazione dei genitori, sono inserite nel piano di offerta formativa con informazione ex ante ai genitori e sottoscrizione al momento dell'iscrizione da parte del genitore.
3. Offerta, con adesione volontaria, della possibilità di eseguirei drug test per dirigenti, insegnanti e studenti minori (su base volontaria) con consegna dei risultati dei test esclusivamente all'interessato (o ai genitori in caso di minori) in totale riservatezza. L'esecuzione del test sarà eseguita da personale sanitario.
4. Anonimato: è da prevedere la conservazione dello stato di anonimato formale delle persone minorenni a rischio, che vengono contattate dai sanitari CIC, nei confronti della scuola ma non nei confronti della famiglia. Gli operatori che lavorano nella attività CIC e che svolgono a tutti gli effetti attività sanitarie di prevenzione, devono tenere traccia e documentazione degli interventi erogati, su quali studenti e i genitori sono stati fatti, degli esiti prodotti e di chi ha seguito il caso. Tutta la documentazione sarà mantenuta, con le regole da rispettare come per tutti i dati sanitari sensibili, presso la struttura sanitaria e non nella scuola. La scuola potrà tenere solo i dati di attività, il numero e tipo di prestazioni erogate dai singoli consulenti e i costi sostenuti.
5. A puro scopo informativo, lo psicologo CIC avviserà i genitori che, In caso vogliano accedere ai servizi sanitari territoriali, possono richiedere ed ottenere che l'intervento diagnostico e terapeutico (articolo 120 punto 2 del DPR 309/90), venga eseguito in anonimato, oscurando quindi i dati identificativi del proprio figlio durante l'accesso e la permanenza nei servizi sanitari (articolo 120 punto 3, 6 e 9 del DPR 309/90).
6. Si rammenta che i tutti i sanitari coinvolti dovranno mantenere la riservatezza dei dati di cui sono venuti a conoscenza, anche nei confronti dell'autorità giudiziaria così come esplicitamente previsto art. 120 punto 7 del DPR 309/90 e art. 103 del CPP. I sanitari infatti, sulla base di queste specifiche norme, non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto in ragione della propria professione.

Dipartimento delle Dipendenze

Tutte le unità operative del dipartimento adotteranno per le attività CIC un unico modello operativo qui riportato provvedendo da un punto di vista organizzativo a garantire il normale funzionamento. Il personale AULSS referente per i tutti CIC sarà un dirigente psicologo, identificato dal Direttore di Dipartimento, che dovrà operare, così come concordato con la Direzione UAT, un coordinamento (in collaborazione e sintonia con il punto di Ascolto Provinciale) di tutti gli educatori e gli altri psicologi contrattualizzati dalle singole scuole sulla base dei finanziamenti AULSS9.

Anche questi professionisti dovranno operare in conformità di questo protocollo e questo obbligo sarà oggetto di sottoscrizione al momento della stipula del contratto da parte dei consulenti .

Il controllo sul coordinamento metodologico e il buon andamento generale dovrà essere garantito dai responsabili dalle varie unità operative del dipartimento e dai dirigenti scolastici in maniera omogenea.

Ulteriori attività preventive possono essere eseguite sulla base della programmazione dipartimentale ma tenendo conto delle priorità qui delineate.

Finanziamenti e rendicontazione amministrativa e di attività

La AULSS 9 Scaligera metterà a disposizione per l'Ufficio Ambito Territoriale n. 7 (UAT) i finanziamenti annuali sulla base delle proprie disponibilità di budget (da verificare annualmente) e delle indicazioni regionali. A questo proposito verrà predisposta specifica delibera con l'elencazione delle scuole coinvolte. Per l'assunzione di psicologi esterni verrà predisposto un unico bando a cura dell'amministrazione scolastica. L'accettazione dell'incarico di Psicologo CIC dovrà essere subordinata all'accettazione da parte del professionista del presente protocollo e all'impegno del rispetto delle regole fissate per l'espletamento delle attività di prevenzione antidroga all'interno delle scuole.

La rendicontazione amministrativa dovrà essere a cura della singola scuola che provvederà anche al controllo e certificazione dell'avvenuta prestazione secondo parametri di qualità e del rispetto dell'impegno orario previsto. La rendicontazione di attività dovrà prevedere la corretta compilazione dei format forniti da Dipartimento delle Dipendenze ai singoli professionisti.

La rendicontazione andrà inviata al UAT che provvederà ad eseguire in primo controllo di conformità e ad inviare alla AULSS, per tutte le scuole coinvolte, unitariamente con la rendicontazione di attività (dati aggregati), la documentazione firmata dal Dirigente Scolastico della singola scuola e dal dirigente addetto al controllo centrale.

I dati aggregati di attività potranno essere conservati presso la scuola mentre i dati e le schede individuali saranno raccolti, trasmessi e conservati esclusivamente presso le strutture sanitarie, nel rispetto della privacy secondo una procedura che verrà comunicata dal Dipartimento delle Dipendenze in accordo con il dirigente dell'Ufficio Ambito Territoriale n. 7 (UAT), del Coordinamento dei Dirigenti Scolastici e del Punto di Ascolto.

Valutazione dell'impatto e dei risultati ottenuti (Indicatori di valutazione delle attività dei CIC)

Il modello operativo e le attività connesse andranno valutate periodicamente mediante indicatori quantitativi sotto riportati.

Macro Indicatori di output (prestazioni erogate e costi sostenuti)

| | |
|---|--|
| 1 | N. di soggetti contattati totali (divisi per studenti, genitori, insegnanti) |
| 2 | N. e tipo di prestazioni erogate |
| 3 | N. di ore dedicate |
| 4 | Costi generati per consulenti |
| 5 | n. di interventi in classe |
| 6 | N. di studenti sottoposti ad informazione |

Macro Indicatori di outcome

| | |
|---|--|
| 1 | N. di studenti con accesso spontaneo ai CIC e tipo di problematiche |
| 2 | N. di studenti vulnerabili e con comportamenti a rischio per uso di sostanze contattati attivamente |
| 3 | N. di studenti vulnerabili e con comportamenti a rischio per uso di sostanze che hanno accettato il primo contatto e tipo di problematiche |
| 4 | N. di genitori che hanno accettato il colloquio |
| 5 | N. di studenti vulnerabili e genitori messi in contatto con i servizi territoriali |
| 6 | Prevalenza del consumo di sostanze (trend annuale) |
| 7 | Prevalenza di uso di alcol (trend annuale) |
| 8 | prevalenza di uso di tabacco (trend annuale) |
| 9 | Prevalenza di GAP (trend annuale) |

Allegati**Elenco delle scuole coinvolte****SCUOLE E AMBITI (tra parentesi le sedi staccate)****AMBITO 1**

1. **MARIE CURIE – GARDA VIA BERTO BARBARANI, 20 (BUSSOLENGO) - Capofila**
2. L. CALABRESE - P. LEVI SAN PIETRO IN CARIANO VIA MARA, 6
3. LUIGI CARNACINA - BARDOLINO VIA EUROPA UNITA (VALEGGIO SUL MINCIO)
4. ANGELO BERTI - VERONA VIA AEROP. ANGELO BERARDI, 51 (SOAVE - CALDIERO)
5. LORGNA-PINDEMONTA VERONA CORSO CAVOUR, 19
6. GUGLIELMO MARCONI VERONA PIAZZALE GUARDINI, 1
7. NANI BOCCIONI VERONA VIA DELLE COSTE 6
8. SCIPIONE MAFFEI VERONA VIA ABRAMO MASSALONGO 4
9. MESSADAGLIA VERONA VIA DON G. BERTONI 3/B

AMBITO 2

1. **COPERNICO - PASOLI VERONA VIA ANTI, 5 - Capofila**
2. GUARINO VERONESE/ROVEGGIO SAN BONIFACIO VIA CAVALIERI DI VITTORIO VENETO 28 (COLOGNA VENETA)
3. M.O. LUCIANO DAL CERRO SAN BONIFACIO VIA FIUME 28/BIS
4. IS M.SANMICHELI VERONA PIAZZA BERNARDI 2
5. IPSIA GIOVANNI GIORGI VERONA VIA RISMONDO, 10 (BOVOLONE)
6. MARCO POLO VERONA VIA MOSCHINI 11/B
7. GIROLAMO FRACASTORO VERONA VIA MOSCHINI, 11/A

AMBITO 3

1. **AGLI ANGELI VERONA VIA CESARE BATTISTI 8 - Capofila**
2. CARLO MONTANARI VERONA VICOLO STIMATE 4
3. G. FERRARIS - E. FERMI VERONA VIA DEL PONTIERE , 40
4. CARLO ANTI - LICEO - ITI - PROFESSIONALE VILLAFRANCA DI VERONA VIA MAGENTA 7B
5. LUIGI EINAUDI VERONA VIA S.GIACOMO 13

6. CANGRANDE DELLA SCALA VERONA CORSO PORTA NUOVA 66
7. GALILEI VERONA VIA S. GIACOMO 11
8. ENRICO MEDI VILLAFRANCA DI VERONA VIA MAGENTA 7/A

AMBITO 4

1. **MINGHETTI LEGNAGO VIA FRATTINI - Capofila**
2. GIOVANNI COTTA LEGNAGO VIA DON BOSCO 5
3. G. MEDICI LEGNAGO VIA NINO BIXIO 49
4. SILVA –RICCI LEGNAGO VIA NINO BIXIO 53
5. STEFANI-BENTEGODI ISOLA DELLA SCALA VIA RIMEMBRANZA 53 (BUTTAPIETRA-CALDIERO-SAN PIETRO INCARIANO – VILLAFRANCA)
6. ETTORE BOLISANI ISOLA DELLA SCALA VIA RIMEMBRANZA 42 (VILLAFRANCA)

SENZA AMBITO perché REGIONALI

ENAIP

SAN GAETANO

Articoli di legge citati

Decreto del Presidente della Repubblica n. 309, 9 ottobre 1990 - Testo coordinato

Articolo 106 - Centri di informazione e consulenza nelle scuole Iniziative di studenti animatori

(Decreto del Presidente della Repubblica n. 309, 9 ottobre 1990 - Testo coordinato)

1. I provveditori agli studi, di intesa con i consigli di istituto e con i servizi pubblici per l'assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti, istituiscono centri di informazione e consulenza rivolti agli studenti all'interno delle scuole secondarie superiori.
2. I centri possono realizzare progetti di attività informativa e di consulenza concordati dagli organi collegiali della scuola con i servizi pubblici e con gli enti ausiliari presenti sul territorio. Le informazioni e le consulenze sono erogate nell'assoluto rispetto dell'anonimato di chi si rivolge al servizio.
3. Gruppi di almeno venti studenti anche di classi e di corsi diversi, allo scopo di far fronte alle esigenze di formazione, approfondimento ed orientamento sulle tematiche relative all'educazione alla salute ed alla prevenzione delle tossicodipendenze, possono proporre iniziative da realizzare nell'ambito dell'istituto con la collaborazione del personale docente, che abbia dichiarato la propria disponibilità. Nel formulare le proposte i gruppi possono esprimere loro preferenze in ordine ai docenti chiamati a collaborare alle iniziative.
4. Le iniziative di cui al comma 3 rientrano tra quelle previste dall'articolo 6, secondo comma, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 416, e sono deliberate dal consiglio di istituto, sentito, per gli aspetti didattici, il collegio dei docenti.
5. La partecipazione degli studenti alle iniziative, che si svolgono in orario aggiuntivo a quello delle materie curriculari, è volontaria.

Articolo 120 - Terapia volontaria e anonimato (ndr: applicabile nei servizi per le dipendenze)

(vedi ricorso per questione di legittimità costituzionale del 05.05.06 n. 63 - ndr)

(Decreto del Presidente della Repubblica n. 309, 9 ottobre 1990 - Testo coordinato)

1. Chiunque fa uso di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope può chiedere al servizio pubblico per le tossicodipendenze o ad una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116 e specificamente per l'attività di diagnosi, di cui al comma 2, lettera d), del medesimo articolo di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di eseguire un programma terapeutico e socio-riabilitativo.

2. Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere la richiesta di intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà parentale o la tutela.

3. Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle aziende unità sanitarie locali, e con le strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116 nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente.

4. Gli esercenti la professione medica che assistono persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope possono, in ogni tempo, avvalersi dell'ausilio del servizio pubblico per le tossicodipendenze e delle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116.

5. (Abrogato).

6. Coloro che hanno chiesto l'anonimato hanno diritto a che la loro scheda sanitaria non contenga le generalità né altri dati che valgano alla loro identificazione.

7. Gli operatori del servizio pubblico per le tossicodipendenze e delle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116, salvo l'obbligo di segnalare all'autorità competente tutte le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o ad esecuzione di pene detentive, non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione della propria professione, né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità. Agli stessi si applicano le disposizioni dell'articolo 200 del codice di procedura penale e si estendono le garanzie previste per il difensore dalle disposizioni dell'articolo 103 del codice di procedura penale in quanto applicabili.

8. Ogni regione o provincia autonoma provvederà ad elaborare un modello unico regionale di scheda sanitaria da distribuire, tramite l'ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di ogni provincia, ai singoli presidi sanitari ospedalieri ed ambulatoriali. Le regioni e le province autonome provvedono agli adempimenti di cui al presente comma.

9. Il modello di scheda sanitaria dovrà prevedere un sistema di codifica atto a tutelare il diritto all'anonimato del paziente e ad evitare duplicazioni di carteggio.

Codice di procedura penale

Gazzetta Ufficiale Repubblica Italiana 24 ottobre 1988, n. 250

Codice procedura penale [codice procedura penale]

Approvato con D.P.R. 22 settembre 1988, n. 447

LIBRO PRIMO. Soggetti - TITOLO SETTIMO. Difensore

Articolo 103

Garanzie di libertà del difensore

1. Le ispezioni e le perquisizioni negli uffici dei difensori sono consentite solo:

- a) quando essi o altre persone che svolgono stabilmente attività nello stesso ufficio sono imputati, limitatamente ai fini dell'accertamento del reato loro attribuito;
- b) per rilevare tracce o altri effetti materiali del reato o per ricercare cose o persone specificamente predeterminate.

2. Presso i difensori e gli investigatori privati autorizzati e incaricati in relazione al procedimento, nonché presso i consulenti tecnici non si può procedere a sequestro di carte o documenti relativi all'oggetto della difesa, salvo che costituiscano corpo del reato . (1)

3.Nell'accingersi a eseguire una ispezione, una perquisizione o un sequestro nell'ufficio di un difensore, l'autorità giudiziaria. a pena di nullità avvisa il consiglio dell'ordine forense del luogo perchè il presidente o un consigliere da questo delegato possa assistere alle operazioni. Allo stesso, se interviene e ne fa richiesta, è consegnata copia del provvedimento.

4.Alle ispezioni, alle perquisizioni e ai sequestri negli uffici dei difensori procede personalmente il giudice ovvero, nel corso delle indagini preliminari, il pubblico ministero in forza di motivato decreto di autorizzazione del giudice.

5. Non è consentita l'intercettazione relativa a conversazioni o comunicazioni dei difensori, degli investigatori privati autorizzati e incaricati in relazione al procedimento, dei consulenti tecnici e loro ausiliari, nè a quelle tra i medesimi e le persone da loro assistite. (2)

6.Sono vietati il sequestro e ogni forma di controllo della corrispondenza tra l'imputato e il proprio difensore in quanto riconoscibile dalle prescritte indicazioni, salvo che l'autorità giudiziaria abbia fondato motivo di ritenere che si tratti di corpo del reato.

7.Salvo quanto previsto dal comma 3 e dall'articolo 271, i risultati delle ispezioni, perquisizioni, sequestri, intercettazioni di conversazioni o comunicazioni, eseguiti in violazione delle disposizioni precedenti, non possono essere utilizzati. Fermo il divieto di utilizzazione di cui al primo periodo, quando le comunicazioni e conversazioni sono comunque intercettate, il loro contenuto non può essere trascritto, neanche sommariamente, e nel verbale delle operazioni sono indicate soltanto la data, l'ora e il dispositivo su cui la registrazione è intervenuta. (3)

(1) Il presente comma è stato così modificato dall'art. 1, L. 07.12.2000, n. 397 (G.U. 03.01.2001, n. 2) a decorrere dal 18.01.2001. Si riporta di seguito il testo precedente: " 2. Presso i difensori e i consulenti tecnici non si può procedere a sequestro di carte o documenti relativi all'oggetto della difesa, salvo che costituiscano corpo del reato ."

(2) Il presente comma è stato così modificato dall'art. 1, L. 07.12.2000, n. 397 (G.U. 03.01.2001, n. 2) a decorrere dal 18.01.2001. Si riporta di seguito il testo precedente: " 5. Non è consentita l'intercettazione relativa a conversazioni o comunicazioni dei difensori, consulenti tecnici e loro ausiliari, nè a quelle tra i medesimi e le persone da loro assistite."

(3) Il presente comma è stato così modificato dall'art. 2, D.Lgs. 29.12.2017, n. 216 con decorrenza dal 26.01.2018 ed applicazione alle operazioni di intercettazione relative a provvedimenti autorizzativi emessi dopo il 31 luglio 2019. Si riporta di seguito il testo previgente:

" 7. Salvo quanto previsto dal comma 3 e dall'articolo 271, i risultati delle ispezioni, perquisizioni, sequestri, intercettazioni di conversazioni o comunicazioni, eseguiti in violazione delle disposizioni precedenti, non possono essere utilizzati."

Bibliografia

- Amen, D. G. & Waugh, M. High resolution brain SPECT imaging of marijuana smokers with AD/HD. *Journal of Psychoactive Drugs*;30, 1998 209-14.
- Ashtari M, Cervellione K, Cottone J, Ardekani BA, Kumra S. Diffusion abnormalities in adolescents and young adults with a history of heavy cannabis use. *Journal of Psychiatric Research* 43 (2009) 189–204.
- Burkhardt G. (2001), Intervenciones preventivas en la primera infancia en Europa, in <>, 13(1), pp. 89-100
- Burkhardt G. (2004), Report on selective prevention in the European Union and Norway. EMCDDA, Lisbon.
- Burkhardt G. (2007), Prevenzione in Europa, EMCDDA, Lisbona.
- Burkhardt G. & Hillebrand, J. (2008), Resource tool for using evidencebased prevention and evaluation in practice, *Drugs: Education, Prevention & Policy* 15(4), pp. 424-428.
- Croce M., Cassese C., Grosso L., Racca L., Rupo M. e Laboratorio “Giovani e consumi” di Vicenza (2014), Fare prevenzione sui consumi giovanili di “sostanze”, inserto del mese di <<Animazione Sociale>>, n.1 pp. 37-79.
- Dipartimento Politiche Antidroga (2018), Relazione annuale al Parlamento 2018: uso disostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia
- Goldstein, R.Z., Volkow, N. (2002) Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002, 159: 1642-1652.
- Grosso L. (2012), Prevenire senza mai abbandonare, in << Animazione sociale>>, n. 267, pp. 28-39.
- EMCDDA (2013), Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations: issues raised by 33 case studies, OEDT, Lisbon.
- EMCDDA (2018), Relazione annuale: evoluzione del fenomeno della droga in Europa, OEDT, Lisbona.
- Lopez-Larson MP, Bogorodzki P, Rogowska J, McGlade E, King JB, Terry J, Yurgelun-Todd D. Altered prefrontal and insular cortical thickness in adolescent marijuana users. *Behav Brain Res.* 2011 Jun 20;220(1):164-72.
- NIDA (2003), Preventing Drug Abuse among Children and Adolescent. A research – based guide for parents, educators and community leaders, disponibile al sito internet: www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf
- Hillebrad J., Olszewski D. & Sedefov R. (2010), Legal Highs on the Internet, <<Substance Use & Misuse>>, vol.45 n.3 pp. 330-340. US Department of Health and Human Services. Proposed revision to mandatory guidelines for federal workplace drug testing programs.
- Serpelloni G.; Diana M.; Gomma M.; Rimondo C. Cannabis e danni alla salute - - Gennaio 2011
- Serpelloni G, Gomma M, Rimondo C. Early Detection - Diagnosi e intervento precoce - - Novembre 2011
- Serpelloni G., Genetti B. e Roberto M. (2013), I diversi fattori di rischio per l'uso disostanze illecite tra le adolescenti 15-19 anni e i
- Serpelloni G et al., Neuroscienze delle dipendenze: il Neuroimaging, Verona 2012
- Serpelloni G., Rimondo C. e Candio D. (2012), Droghe e internet. Risultati di un indagine sul mercato online italiano, in <<the Italian Journal on Addiction>> vol.2 n. 5-6, pp.13-18. coetanei maschi, in <<the Italian Journal Addiction>> vol.3, n.2, pp. 37-44.
- Tapert, S. & Schweinsburg, A.D. (2005). The human adolescent brain and alcohol use disorders (pp 177-197). In M. Galanter(Ed.), *Recent developments in alcoholism: VolXVII*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Volkow ND et al., Changes in brain glucose metabolism in cocaine dependence and withdrawal. *Am J Psychiatry* 1991; 148:621-626.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S. & Wang, G. J. (2003) The addicted human brain: insights from imaging studies. *Journal of Clinical Investigation*, 111, 1444 -1451.