

Una buona pratica da cui imparare

L'Icelandic Prevention Model

Lara Bassi
Assistente sociale, Udine

Il modello di prevenzione islandese risulta essere un'importante buona pratica nella lotta all'abuso di sostanze fra gli adolescenti. L'elemento chiave è il lavoro di comunità e di rete che viene implementato nell'ottica di una efficace pianificazione e progettazione di interventi. Una ricerca scientifica attenta al dato di realtà, una politica presente e l'azione concreta degli stakeholder del territorio sono gli elementi chiave dell'Icelandic Prevention Model, da cui il contesto italiano può imparare e a cui può ispirarsi.

Parole chiave

Abuso di sostanze stupefacenti – Adolescenti – Islanda – Modello di prevenzione – Rete – Ricerca scientifica – Politica – Comunità – Stakeholder.

Introduzione

Il passaggio dalla fase adolescenziale all'età adulta comporta cambiamenti fisici e psicologici comuni a ogni singolo individuo. Quello che cambia è il modo in cui questi cambiamenti possono essere vissuti dall'adolescente durante il processo di costruzione della propria identità, all'interno del proprio contesto di appartenenza. Le relazioni sociali, familiari e amicali che si creeranno nella vita dell'adolescente risulteranno essere l'elemento fondamentale che determinerà l'attaccamento ai valori e alle norme sociali da parte dell'adolescente (Kristjánsson, 2010). Al giorno d'oggi, la difficoltà nel reperire

modelli identitari di riferimento solidi, nel proprio contesto di vita, rappresenta un fattore di rischio che può accrescere la condizione di disagio psicologico e relazionale dell'adolescente e che può sfociare anche nell'abuso di sostanze come droga o alcol. Queste forme di disagio possono scaturire da diversi aspetti della vita di una persona, da quello affettivo, psicologico, familiare, a quello scolastico o sociale. Il disagio in ogni sua forma può portare l'individuo, in questo caso l'adolescente, a non trovare nel proprio contesto sociale di riferimento «un riscontro sociale del valore di se stessi, come individui e come gruppo, rischiando fortemente di adagiarsi su comportamenti [...] che denotano passività, auto-esclusione, disimpegno, insubordinazione, rifiuto di ogni limite e insoddisfazione» (Bertelli, 2009, pp. 53-54). Gli attori di riferimento quali la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari e la società stessa devono quindi porsi come soggetti responsabili della creazione e del mantenimento di un ambiente sociale, relazionale e di vita positivo e protettivo per la crescita e lo sviluppo degli adolescenti. Quanto esposto finora sottolinea come il complesso legame tra l'individuo e la società ricopra un ruolo fondamentale nella prevenzione dei comportamenti a rischio nell'età adolescenziale.

Dunque, non si può pensare di poter affrontare il tema del disagio giovanile trovando come risposta un unico intervento, isolato e di breve termine, come purtroppo troppo spesso accade nel panorama italiano. Gli attori della politica, della comunità, delle scuole, delle associazioni sportive, i genitori e i ragazzi stessi dovrebbero essere coinvolti direttamente e attivamente all'interno di un lavoro di rete. Questo può concretizzarsi in un insieme di ruoli, risorse, energie e competenze che si integrano fra loro. Il lavoro di rete risulta essere più una mentalità da adottare, un modo di lavorare dove il livello individuale e il livello comunitario si fondono per superare le differenze metodologiche e di competenze, incrementando la quantità e la qualità delle relazioni. Questo potrà avvenire solo se alla base verranno individuati priorità e ruoli tra cui: la ricerca scientifica *evidence-based*, che deve aiutare a cogliere i dati scientifici rilevati e descritti relativamente al contesto sociale di riferimento nell'ottica di fornire informazioni dettagliate di partenza; la politica, che deve svolgere un ruolo di guida e di garante economico, valoriale e istituzionale, proponendo un indirizzo politico da perseguire; gli stakeholder privati e pubblici del territorio, che devono mettere in pratica ciò che viene stabilito dalle linee politiche, diventando così il fulcro della pratica che si dovrà realizzare mediante una rete di collaborazioni e comunione d'intenti; inoltre, la società stessa, che deve essere coinvolta sia in quanto destinataria, sia in quanto protagonista degli interventi e delle linee politiche. Come spiega Folgheraiter (1994), il lavoro di rete consiste nell'attivare, stimolare e rinforzare le reti già esistenti, promuovendo al tempo stesso nuovi legami. Queste connessioni tra ricerca, politica e società possono produrre strategie atte a produrre relazioni significative nell'ottica finale di un empowerment che non coinvolga solo il singolo ma anche la collettività.

Il modello islandese

Quanto descritto può sembrare un'utopia, ma è stato realizzato in Islanda attraverso un modello d'intervento comunitario e una buona prassi metodologica

di prevenzione, primaria e di comunità, dal nome di *Icelandic Prevention Model*. L'Icelandic Prevention Model ha avuto inizio alla fine degli anni Novanta, quando l'abuso di sostanze tra gli adolescenti ha iniziato ad essere considerato un problema molto importante, motivo per il quale è iniziata una ricerca scientifica per avere una fotografia della situazione reale e degli interventi adottati fino a quel momento. I dati statistici che prendevano come riferimento il periodo dal 1992 al 1998 descrivevano la seguente situazione: gli adolescenti compresi tra i 15-16 anni che fumavano erano aumentati dal 15% al 23% (Sigfúsdóttir et al., 2009), e nel medesimo periodo coloro che avevano dichiarato di far uso di sostanze come l'hashish erano aumentati dal 7% al 17% (Kristjánsson et al., 2010). Oltre l'80% aveva provato alcol una volta nella vita e il 17% degli adolescenti quindicenni aveva sperimentato il cosiddetto *binge drinking* (ossia l'assunzione di più bevande alcoliche in un intervallo di tempo più o meno breve), fenomeno che era diventato la normalità (Sigfúsdóttir et al., 2011). Queste percentuali erano considerate le più alte registrate in Islanda. Gli interventi adottati fino a quel momento in Islanda erano prevalentemente afferenti all'area dell'educazione degli adolescenti negli ambienti scolastici, con un focus specifico sulla spiegazione degli effetti negativi generati dall'abuso di sostanze (Kristjánsson et al., 2010), metodo che stando ai dati si è rivelato inefficiente. Un'altra problematica portata alla luce era l'assenza di comunicazione e interazione efficace sul tema fra i vari attori istituzionali, portando dunque allo sviluppo di interventi isolati, inefficaci e nel tempo nemmeno sottoposti a monitoraggio.

Supportato dall'allora sindaco di Reykjavík, dal Ministero dell'Educazione, delle Scienze e della Cultura e da altre istituzioni islandesi, il Centro di Ricerca ICSRA – Icelandic Centre for Social Research and Analysis dell'Università di Reykjavík ha deciso di costruire e attuare un nuovo approccio comunitario e focalizzato non più sui fattori di rischio del comportamento giovanile, bensì su quelli di protezione. Così, nel 1997, in seguito a un'attenta analisi sociologica e psico-sociale del fenomeno dell'abuso di sostanze in letteratura e delle caratteristiche che presentava lo stesso territorio, è iniziato il percorso islandese. Una collaborazione tra ricercatori scientifici, *policy makers* ed esperti del settore, finalizzata a individuare e capire quali fossero le cause e i fattori sociali che sottostavano al fenomeno dell'abuso di sostanze fra gli adolescenti, per poi individuare le strategie necessarie da implementate a livello locale per contrastarlo. L'approccio adottato è stato, ed è ancora oggi, quello evidence-based, secondo cui le decisioni professionali devono essere supportate dalle evidenze scientifiche, raccolte sistematicamente, in modo tale da poter rendere la pratica maggiormente rispondente ai bisogni del destinatario e del suo contesto ambientale e organizzativo. Il modello islandese è stato pensato anche come un approccio *community-based*, ovvero come un lavoro di comunità. Come spiega Twelvetrees, «il lavoro di comunità viene inteso come quel processo tramite cui si aiutano le persone a migliorare le loro comunità di appartenenza attraverso iniziative collettive» (Twelvetrees, 2006, pp. 13-14). In altre parole, una comunità orientata al miglioramento non può esimersi dalla propria partecipazione attiva al processo di cambiamento; quest'ultimo, in particolare, non può arrivare a compimento se non è presente una forma esperta alle spalle che sorregga il tutto. L'approccio *community-based* prevede un lavoro per la comunità e con la

comunità al tempo stesso. Le municipalità islandesi coinvolte al giorno d'oggi sono 14, all'interno delle quali sono presenti circa 150 scuole primarie e circa 30 scuole secondarie, coprendo l'85% della popolazione islandese (Kristjánsson et al., 2015).

Alla luce di un'analisi dell'approccio islandese, gli elementi chiave che lo caratterizzano sono i seguenti. Il primo è la scelta di un *intervento sul lungo termine*: è stato prediletto un intervento nel medio-lungo periodo, in quanto ritenuto più appropriato ad apportare un cambiamento possibile e reale all'interno di una comunità. Cercare di intervenire sull'offerta delle sostanze da dipendenza risulta essere utopico, in quanto si tratta di un mondo permeato di elementi fuori dal raggio d'azione del sociale, come la criminalità organizzata e l'economia che le gira attorno. Cambiando prospettiva e spostando l'oggetto di intervento su come ridurre la domanda, ovvero guardando agli adolescenti e alle motivazioni, legate anche al contesto, per cui si avvicinano all'uso di sostanze, l'intervento si poggia su elementi più concreti e su cui è più possibile intervenire nel lungo termine per apportare un cambiamento sociale più profondo.

Il secondo elemento chiave è *l'importanza data al contesto*: l'individuo viene considerato come inserito in un insieme di aspetti che impattano nella sua vita, in modo diverso l'uno dagli altri (Sallis et al., 2006). Questo vale ancora di più per gli adolescenti, perché sono frutto e risultato dello stesso contesto sociale nel quale sono inseriti. Proprio per questo, secondo l'approccio islandese risulta essere compito degli esperti, degli adulti, dei politici e della comunità lavorare affinché quello stesso ambiente sia il migliore possibile per la crescita dell'adolescente stesso: abbandonare la visione della «responsabilità del singolo» come scelta dell'abuso di sostanze, per ricercare invece una «responsabilità nella comunità» (Kristjánsson, 2018a). L'adolescente non può, e non deve, essere responsabile per la propria salute, gli adulti lo sono. Si propone qui una semplice ma esplicativa riflessione di Kristjánsson: se davanti ai nostri occhi avessimo 100 bambini appena nati e ci chiedessero quali di questi potrebbero essere più soggetti al disagio, nessuno di noi potrebbe rispondere immediatamente. Ma se di questi 100 bambini si specificasse chi di loro vive in una famiglia frammentata, in un quartiere sottosviluppato, dove non sono presenti scuole e opportunità di praticare attività extracurricolari, ecc., allora sì che si potrebbe, a grandi linee, individuare quelli che sono i bambini potenzialmente soggetti a situazioni di disagio nel futuro (Kristjánsson, 2018b).

Il terzo elemento chiave dell'approccio islandese riguarda la *vision* adottata, ovvero la *prevenzione primaria e comunitaria*, intesa come quell'insieme di programmi che ha come destinatario una popolazione ampia, finalizzato a sviluppare competenze, valori, norme sociali e capitale sociale (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). L'obiettivo dell'approccio islandese è stato fin dall'inizio quello di prevenire, o ritardare, la possibilità di abuso di sostanze nella popolazione degli adolescenti, evitando così un possibile futuro rischio di sviluppo di una dipendenza. Prevenire dunque significa promuovere situazioni di salute, tanto quanto ridurre i rischi che un certo comportamento può produrre (Bertelli, 2009). Guardando alla comunità stessa come a un attore dotato di risorse in grado di far fronte ai bisogni e alle problematiche socio-relazionali, la prevenzione primaria può avere anche una connotazione comunitaria.

La recente teoria di Thomas Frieden riguardante la «Health Impact Pyramid» aiuta a capire meglio questo concetto. Nella figura 1 (Kristjánsson et al., 2020a) vengono illustrati le azioni e gli interventi pubblici del settore socio-sanitario, secondo Frieden, che dall'alto verso il basso richiedono una minore presenza dell'individuo e contestualmente un maggior coinvolgimento della comunità nella sua totalità. L'intervento del modello di prevenzione islandese si ispira al secondo livello dal basso ovvero: «Cambiamento del contesto al fine di rendere la decisione predefinita dell'utente più salutare». Quindi l'interazione individuo-contesto viene presa in considerazione come la relazione più importante su cui poter intervenire. In Islanda la prevenzione dell'abuso di sostanze ha avuto come obiettivo quello di fornire agli adolescenti gli strumenti adatti a sviluppare le migliori condizioni ambientali nel quale essi possano vivere, intervenendo appunto sul contesto di vita (Eriksson, 2015), riducendo i fattori di rischio e rafforzando i fattori di protezione. Gli interventi devono essere quindi tarati sulla dimensione comunitaria, sugli individui, sulle norme, sulle strutture, sui servizi, concepiti in modo integrato, coerente e coordinato, creando una circolarità operativa che attivi un processo che dia sostanza alla prevenzione primaria, che fonda le sue radici nella comunità.

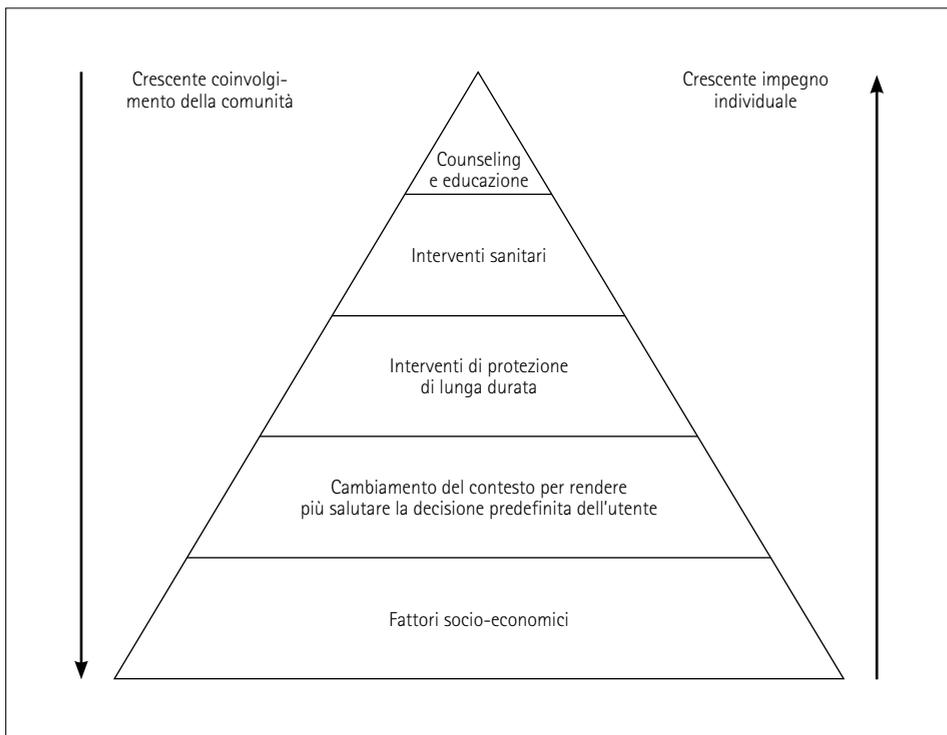


Fig. 1 Azioni e interventi pubblici del settore socio-sanitario secondo il modello della «Health Impact Pyramid».

Il lavoro di rete e di comunità

Partendo da tutti questi elementi alla base dell'Icelandic Prevention Model, la creazione di una rete di lavoro integrata e collaborativa sembra essere la risposta alla problematica complessa dell'abuso di sostanze fra gli adolescenti. Ogni attore deve avere il proprio ruolo e una propria responsabilità d'azione in termini di coordinamento e comunione d'intenti, secondo appunto il modello di rete. Sono tre i principali attori che si articolano in collaborazione e coordinamento costante per la buona riuscita di questo modello di prevenzione, come da figura 2 (Kristjánsson, 2018a).

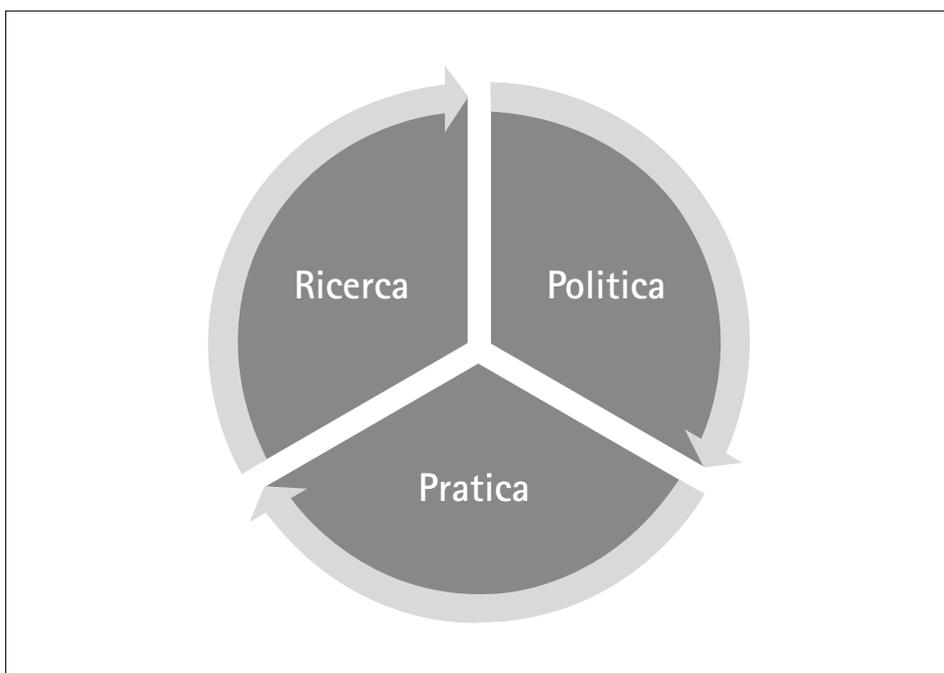


Fig. 2 Stakeholder all'interno dell'Icelandic Prevention Model.

La ricerca, spesso non valorizzata come dovrebbe, risulta essere un attore molto importante. Essa ha il compito di orientare la pratica e fornire alla comunità politica il dato di realtà più attendibile e coerente con la situazione della problematica che si vuole analizzare. Fornisce le informazioni necessarie affinché il complesso degli organi decisionali possa scegliere la risposta più utile e rispondente alle necessità della comunità stessa. Con riferimento a questo, il lavoro di ricerca nell'Icelandic Prevention Model si è assunto i seguenti compiti (Kristjánsson, 2018b):

- costruire un questionario da diffondere nelle scuole e a un target di adolescenti (indicativamente dai 10 ai 16 anni), definendo i fattori di rischio e i fattori di

protezione in quattro aree d'intervento (famiglia, scuola, gruppo dei pari e tempo libero);

- raccogliere, processare e analizzare i dati;
- creare report statistici a livello nazionale, municipale e scolastico da disseminare in tempi rapidi, non oltre i 2-3 mesi dopo la raccolta dei questionari;
- presentare e tradurre i risultati ottenuti, al fine di massimizzare l'influenza e l'importanza del dato.

Una volta raccolti i dati rilevanti e utili a una valutazione, entra in campo la politica, che deve promuovere leggi e direttive in tema di prevenzione e promozione di benessere. Ha il compito di destinare e raccogliere fondi appropriati, a livello nazionale e locale, per sostenere la realizzazione e il sostentamento della pianificazione e della programmazione degli interventi.

Qui entra in gioco la pratica, ovvero tutti i diversi professionisti della prevenzione e del settore socio-sanitario e scolastico, nonché associazioni, scuole ed enti del Terzo settore, così come viene chiamato in Italia. Queste figure chiave hanno il principale compito di facilitare il dialogo tra le istituzioni e la comunità, sostenendo la partecipazione ai processi decisionali e facendosi portavoce e promotori delle strategie e degli obiettivi per gli interventi in fase di progettazione e quindi attuazione pratica delle linee guida.

L'implementazione del modello

Per quanto riguarda l'implementazione vera e propria, il modello di prevenzione islandese è articolato in diverse azioni che si susseguono all'interno di un ciclo annuale. La partecipazione delle municipalità, inoltre, è sottoscritta all'interno di un contratto di impegno della durata di cinque anni, stipulato tra ICSRA e ogni singola municipalità che partecipa alla implementazione del questionario, nel quale si stabiliscono gli scopi comuni, il mantenimento e la formazione continua nel mantenere coalizioni collaborative fra i ricercatori sociali, gli stakeholder di ogni municipalità ed esperti del settore (scuole, associazioni sportive e associazioni di genitori).

In sintesi, un ciclo annuale d'intervento si articola così (Kristjánsson et al., 2020b):

1. ricerca scientifica e identificazione del problema: i ricercatori sociali e politici in rete identificano la portata del problema attraverso l'analisi dei dati statistici in possesso e, successivamente, delineano le linee guida politiche e la conseguente linea d'intervento, tramite l'individuazione di fattori di rischio e di protezione;
2. implementazione e raccolta dei dati statistici tramite un questionario inviato alle scuole islandesi;
3. analisi e restituzione dei dati statistici soprattutto a livello locale agli stakeholder della comunità, quali la municipalità, le scuole, le organizzazioni sportive, i genitori e altre figure di riferimento per gli adolescenti;

4. implementazione e monitoraggio delle attività stabilite a livello locale e nazionale sulla base dei dati statistici rilevati a livello locale;
5. riflessione finale in termini di efficacia ed efficienza, dal punto di vista del processo attuativo e degli obiettivi stabiliti e/o raggiunti.

Bilancio e conclusioni

Perché l'Icelandic Prevention Model ha funzionato? Le piccole dimensioni dell'Islanda e l'alta densità di popolazione nelle zone abitate hanno sicuramente contribuito a questo risultato, ma questo non può essere considerato come l'unico fattore che ha giovato alla buona riuscita del modello. Uno dei punti chiave del successo del modello di prevenzione islandese è stato sicuramente l'utilizzo di un approccio basato sulla teoria e sulla ricerca scientifica, ovvero un lavoro sistemico di ricerca accurata del fenomeno degli adolescenti al fine di comprenderne le sfumature (Kristjánsson et al., 2010). L'approccio di ricerca evidence-based ha fatto la differenza, avendo come obiettivo non tanto quello di monitorare l'abuso delle sostanze fra gli adolescenti, bensì quello di monitorare l'incidenza dei fattori di protezione e di rischio presi in considerazione dal modello islandese. I questionari che vengono a tutt'oggi sottoposti agli adolescenti nelle scuole non riguardano solamente l'abuso di sostanze, ma la totalità dell'ambiente in cui sono inseriti. Le domande del questionario vertono sulla comprensione del fenomeno dal punto di vista dell'adolescente, catturando la percezione personale e l'influenza degli attori importanti della loro vita, quali la famiglia, i pari e la scuola. Un altro punto molto importante che ha permesso il successo del modello di prevenzione islandese è sicuramente la grande importanza data alla rete di collaborazione e dialogo tra i diversi stakeholder della comunità: il coinvolgimento degli attori, a livello orizzontale e verticale, ha giocato un ruolo fondamentale, in quanto è l'elemento che ha rinforzato la densità di capitale sociale che intercorre tra i diversi stakeholder (Sigfúsdóttir et al., 2011). Ricercatori, policy maker ed esperti dei diversi settori operano a stretto contatto fra di loro per permettere così di rinforzare e consolidare i legami sociali significativi che costituiscono l'ambiente di vita dell'adolescente e al tempo stesso della comunità in senso più ampio.

I dati statistici ci mostrano gli effetti positivi del modello in Islanda dal 1998 ai giorni nostri (figura 3).

Questo successo ha portato l'Icelandic Prevention Model a evolversi in «Planet Youth», ovvero la diffusione informativa e l'esportazione anche in altri contesti del modello islandese, considerato come uno dei più articolati ed efficaci progetti di promozione della salute riguardanti l'abuso delle sostanze negli adolescenti in Europa e nel mondo. Il centro di ricerca islandese ICSRA si pone quindi come una fonte di supporto offrendo un'opportunità di partenariato nell'ottica di accompagnare gli attori locali nel percorso di implementazione iniziale. L'obiettivo è quello di offrire informazioni su come adattare al meglio il modello islandese nel proprio contesto di riferimento, adattandolo ai propri bisogni e alle proprie caratteristiche socio-culturali. Si vuole diffondere così un approccio totalmente diverso, ovvero quello di cercare di cambiare

il contesto più che l'individuo, grazie a una politica interessata alla tematica, una approfondita ricerca scientifica e una buona coordinazione dei diversi livelli coinvolti.

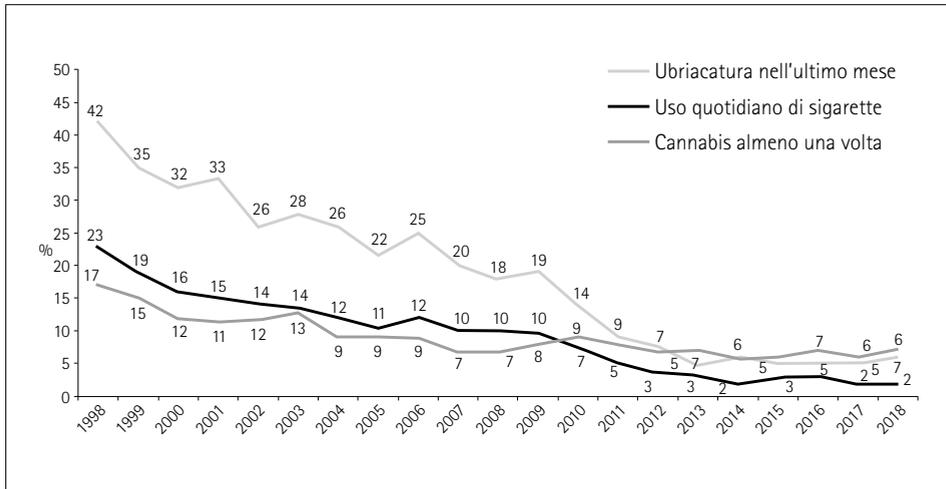


Fig. 3 Adolescenti (14-16 anni) che hanno provato cannabis almeno una volta, che hanno fatto uso di sigarette quotidianamente e che hanno vissuto un episodio di ubriacatura negli ultimi 30 giorni. Dati percentuali sul totale della popolazione.

La domanda sorge spontanea: sarebbe possibile replicare il modello nel contesto italiano, in una realtà locale o in una città? È importante ricordare che i progetti di comunità, come quello islandese, devono essere compresi all'interno del loro specifico contesto di riferimento, in quanto permeati da tratti peculiari culturali, storici, ambientali, economici, sociali, ecc. (Bertelli e Lovaste, 2015). Questo elemento complica la possibilità di trasportare un modello con l'aspettativa che si raggiungano i medesimi risultati, ma è necessario trovare la combinazione ottimale che risponda alle esigenze di ogni singola comunità interessata. Complicato, ma non impossibile. Nel contesto italiano sicuramente bisognerebbe partire nell'operare una rivoluzione a livello mentale, di approccio alle problematiche.

A parere della scrivente, troppo spesso manca la mentalità del confronto, dell'integrazione tra servizi e operatori, tra enti pubblici ed enti privati che invece permetterebbe di rispondere in modo unitario ai bisogni emergenti e alle problematiche considerate rilevanti. Un operato condiviso porta a una trasparenza di informazioni, di risultati e di risorse impiegate. In questo senso, la presenza fisica degli esperti del centro di ricerca ICSRA nella prima fase di strutturazione di questo grande «cambiamento» aiuterebbe a far capire ai membri della comunità, agli stakeholder soprattutto, che il lavoro di rete non significa dover rinunciare alle risorse o alla libertà: la partecipazione attiva nella rete agisce come moltiplicatore di opportunità e quindi di risorse, che genera un «ritorno» di qualità nell'intervento, in grado di ripagare tutti gli investimenti effettuati nel lungo periodo.

Troppo spesso questi sono concetti solo espressi a parole e non in pratica. Una volta operato un cambiamento nel modo di approcciarsi al problema, è importante conoscere le risorse disponibili. A fronte della sempre maggiore difficoltà nel reperimento delle risorse, economiche soprattutto, è proprio qui che è indispensabile il lavoro di rete. Questo permetterebbe di superare l'eccessiva rigidità delle istituzioni in generale, che porta a difficoltà di comunicazione, scarsa trasparenza e lentezza nei progressi. Il lavoro di rete potrebbe evitare che l'Ente pubblico e locale, le università, gli enti di ricerca, le associazioni di Terzo settore, le fondazioni e le più piccole associazioni presenti sul territorio si pongano come semplici erogatori di prestazioni, divenendo invece facilitatori del sistema sociale e della progettazione di interventi e servizi a favore della comunità. L'Ente locale, con il supporto delle Regioni di competenza, si dovrebbe proporre come promotore e sponsor primario, in modo tale da fare propria la mission da perseguire per poi diffondere linee guida politiche chiare e realizzabili. Questo dovrebbe essere supportato da un ente di ricerca, che potrebbe essere l'Università, che dovrebbe strutturare un'analisi a livello locale per studiare quelli che nel contesto si individuano come fattori di rischio e di protezione. In seguito a un dialogo tra ricerca e politica, potrebbe entrare in campo l'associazionismo di famiglie, genitori ed enti che si occupano della promozione del benessere fisico e psicologico nel mondo degli adolescenti. Tutti questi attori dovrebbero riunire competenze, risorse e persone nell'ottica di costruire un'azione strategica volta a un intervento nel lungo termine.

Questo più di tutto è da trarre come spunto dall'Icelandic Prevention Model: il successo di un progetto di prevenzione, in questo caso sull'abuso di sostanze negli adolescenti, deriva proprio dal fatto che è la comunità stessa che si mobilita per e con gli adolescenti, al fine di affermare valori positivi di partecipazione, solidarietà e benessere (Bertelli, 2009). Solo in questo modo le risorse e le diverse competenze messe in campo possono portare a una vera svolta: non si parla di sola prevenzione, ma di promozione della responsabilità atta a produrre un cambiamento di coscienza e responsabilità sociale nell'individuo e nella società.

Abstract

The Icelandic Prevention Model turns out to be an important good practice in the fight against substance abuse among adolescents. The key element is the community work and the network that is implemented with the aim to create an effective planning of interventions. A scientific research focused on reality, a real policy and the concrete action of local stakeholders are the key elements of the Icelandic Prevention Model, from which the Italian context can learn and to which it can be inspired.

Keywords

Drug abuse – Adolescents – Iceland – Prevention model – Network – Scientific research – Policy – Community – Stakeholders.

Bibliografia

- Bertelli B. (2007), *Prevenzione primaria delle dipendenze patologiche*, Trento, Provincia autonoma di Trento, Valentina Trentini.
- Bertelli B. (2009), *Devianze emergenti e linee preventive*, Trento, Valentina Trentini.
- Bertelli B. e Lovaste R. (2015), *Droghe illegali. Percorsi e riflessioni fra cura e prevenzione*, Vol. 1, Trento, Valentina Trentini.
- Eriksson C. (2015), *The importance of prevention: An introduction*. In L. Nilsson e E. Leijonmark (a cura di), *Future of drug policy. Real solutions grounded in global evidence*, Drug Policy Futures, World Federation Against Drugs e European Cities Action Network for Drug Free Societies (ECAD), pp. 11-29.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention> (consultato il 27 luglio 2020).
- Ferrario F. (1999), *Il lavoro di rete nel servizio sociale. Gli operatori fra solidarietà e istituzioni*, Roma, Carocci.
- Folgheraiter F. (1994), *Interventi di rete e comunità locali. La prospettiva relazionale nel lavoro sociale*, Trento, Erickson.
- Frieden T. (2010), *A framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid*, «American Journal of Public Health», vol. 100, n. 4, pp. 590-595.
- Hjørland B. (2011), *Evidence based practice: An analysis based on the philosophy of science*, «Journal of the American Society for Information Science and Technology», vol. 62, n. 7, pp. 1301-1310.
- Kristjánsson A.L. (2010), *Building the basis for primary prevention: Factors related to cigarette smoking and alcohol use among adolescents*, PhD Thesis, Solna, Karolinska Institutet.
- Kristjánsson A.L. (2018a), *Primary prevention and community development of Planet Youth – Iceland as demonstrative example*, ICSRA Workshop Planet Youth, 30/31 maggio, Reykjavík.
- Kristjánsson A.L. (2018b), *Primary prevention as building blocks for healthy communities*, ICSRA Workshop Planet Youth, 30/31 maggio, Reykjavík.
- Kristjánsson A.L., James J.E., Allegrante J.P., Sigfúsdóttir I.D. e Helgason A.R. (2010), *Adolescent substance use, parental monitoring, and leisure-time activities: 12-year outcomes of primary prevention in Iceland*, «Preventive Medicine», vol. 51, n. 2, pp. 168-171.
- Kristjánsson A.L., Sigfúsdóttir I.D., Thorlindsson T., Mann M.J., Sigfusson J. e Allegrante J.P. (2015), *Population trends in smoking, alcohol use and primary prevention variables among adolescents in Iceland, 1997-2014*, «Addiction», vol. 111, n. 4, pp. 645-652.
- Kristjánsson A.L., Mann M.J., Sigfusson J., Thorisdóttir I.E., Allegrante J.P. e Sigfúsdóttir I.D. (2020a), *Development and guiding principles of the Icelandic model for preventing adolescent substance use*, «Health Promotion Practice», vol. 21, n. 1, doi: 10.1177/1524839919849032.
- Kristjánsson A.L., Mann M.J., Sigfusson J., Thorisdóttir I.E., Allegrante J.P. e Sigfúsdóttir I.D. (2020b), *Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use*, «Health Promotion Practice», vol. 21, n. 1, doi: 10.1177/1524839919849033.
- Sallis J.F., Certero R.B., Ascher W., Henderson K.A., Kraft M.K. e Kerr J. (2006), *An ecological approach to creating active living communities*, «Annual Review of Public Health», vol. 27, pp. 297-322.
- Sigfúsdóttir I.D., Thorlindsson T., Kristjánsson A.L., Roe K.M. e Allegrante J.P. (2009), *Substance use prevention for adolescents: The Icelandic Model*, «Health Promotional International», vol. 24, n. 1, pp. 16-25, epub 2008.

- Sigfúsdóttir I.D., Kristjánsson A.L., Guðmundsdóttir M.L. e Allegrante J.P. (2011), *Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland*, «Global Health Promotion», vol. 18, n. 3, pp. 23-26.
- Twelvetrees A. (2006), *Come costruire progetti partecipati. Il lavoro sociale di comunità*, Trento, Erickson.