

NOTE

Attualità

Dalle prevenzioni “aggettivate” ad interventi coordinati e sequenziali nel ciclo delle droghe

di Costantino Cipolla
e Linda Lombi*

This essay offers a review of intervention strategies that strive to reduce alcohol and drug consumption acting on the demand side. It should be noted that this review of responses to the use psychotropic substances could be considered a macro-area which includes several kinds of activities.

From previous studies, interventions in the drug and alcohol consumption field are generally divided into two typologies: namely supply and demand reduction. Whilst the first group of activities aims at lowering drug availability (by destruction of plantations, seizure of illegal substances, criminal sanctions to drug dealers, ecc.), the latter is focused on consumption

control and is made up of two main activities: prevention and treatment (Kumpfer and Baxley, 1997).

Specifically speaking, to prevent means “to avoid something happening” and treatment indicates a process in which a diagnosis identifies a disease and plans its therapy and rehabilitation. However, from previous studies, a debate has emerged about what can be considered prevention and what are the boundaries between prevention and treatment.

This paper gives an overview of this debate, while highlighting critical aspects of the definitions that are widespread in literature with particular reference to psychoactive substances. In conclusion an innovative heuristic model is proposed.

Key-words: prevention, harm reduction, addiction, drug, treatment, rehabilitation.

Parole-chiave: prevenzione, riduzione del danno, dipendenza, droga, trattamento, riabilitazione.

1. I precedenti: una rassegna critica

In primo luogo, che cos'è la prevenzione? Felner *et al.* (2000) definiscono

* Costantino Cipolla è professore ordinario di Sociologia della salute presso l'Università degli studi di Bologna. costantino.cipolla@unibo.it

Linda Lombi, dottore di ricerca in Sociologia, è assegnista presso l'Università di Bologna. linda.lombi2@unibo.it

la prevenzione come un'attività scientifica "intenzionale", basata cioè su teorie che analizzano i fattori di rischio e i fattori di protezione al fine di favorire l'eliminazione delle condizioni nocive promuovendo la salute e il benessere. Per fattore di rischio si deve intendere la presenza di condizioni a cui si associa una maggiore probabilità di sviluppare un comportamento lesivo o disadattativo. Per contro, i fattori di protezione rappresentano le variabili che aiutano il soggetto a far fronte in modo efficace a situazioni avverse (Coggans, 2006). Tuttavia, questa definizione risulta troppo ampia e rischia di creare confusione con un altro concetto, ossia quello di promozione della salute: con tale espressione si intende un processo che mira alla «costruzione di coscienza soggettiva e collettiva» (Saccheri, 2000, p. 46) relativa al proprio stato di benessere e da cui discende l'impegno ad adottare comportamenti volti alla conservazione ed al recupero dello stato di salute.

Sotto il profilo sociologico, possiamo dunque sostenere che prevenzione della malattia e promozione della salute rappresentano i due lati della stessa medaglia. Entrambi tendono a potenziare i fattori di protezione o a ridurre i fattori di rischio: nel caso della prevenzione si punta principalmente l'azione sui fattori di rischio al fine di evitare che si sviluppi una patologia (logica dell'anticipazione della malattia), nel caso della promozione l'intervento è maggiormente rivolto ai fattori protettivi e l'obiettivo è quello di mantenere e migliorare lo stato di salute (logica della conservazione e del miglioramento della salute).

Nel tentativo di classificare le diverse forme di intervento in campo preventivo, nel 1957 la *Commission on Chronic Illness* – composta da autorevoli rappresentanti di alcune associazioni americane che operano in campo sani-

tario, come per esempio l'American Medical Association, l'American Public Health Association e l'American Public Welfare Association – introdusse la seguente tripartizione (Gordon, 1987; Gelmi *et al.*, 2006):

1. *prevenzione primaria*: l'obiettivo è ridurre l'incidenza, ossia i nuovi casi di malattia (es. prevenzione del consumo di tabacco per diminuire i casi di cancro al polmone); il target coinvolto è rappresentato dalla popolazione sana;
2. *prevenzione secondaria*: l'obiettivo è ridurre la prevalenza, ponendosi come obiettivo l'individuazione precoce di malattie fornendo un trattamento nelle fasi iniziali con lo scopo di diminuire il tasso dei casi di una data patologia (es. promuovere il test dell'Hiv per scongiurare i casi di nuova contrazione del virus);
3. *prevenzione terziaria*: opera sulla gravità e sull'impatto, ossia il suo fine è quello di evitare o ridurre i danni derivanti da una malattia o dalla sua cronicizzazione (es. suggerire una sana alimentazione ad un alcolista onde evitare il peggioramento delle sue condizioni).

Secondo Gordon (1987), la classificazione proposta dalla *Commission on Chronic Illness* si basa su rapporto tra stadio di sviluppo della malattia e obiettivo: nella prevenzione primaria, l'intervento si realizza prima che la malattia abbia origine; nella prevenzione secondaria si agisce dopo che la malattia si è sviluppata, ma prima che essa abbia determinato uno stato di sofferenza e disabilità; infine, con la prevenzione terziaria si cerca di evitare ulteriori conseguenze legate ad una malattia già in corso.

Questa classificazione ha dato adito ad una serie di critiche (cfr. Bronfenbrenner, 1979; Gordon, 1987; Kumpfer e Baxley, 1997; EMCDDA, 2009).

In primo luogo, essa si rivela eccessivamente meccanicistica a causa del

fatto che implica la riflessione anticipata sul legame tra origine della malattia e malattia stessa, ovvero sottende, attraverso una logica viziata da determinismo, che data la presenza di alcune variabili intervenienti la malattia si svilupperà inevitabilmente e, di conseguenza, è del tutto trascurato il quadro complessivo delle condizioni del soggetto il quale rappresenta l'esito dell'azione congiunta tra fattori di vulnerabilità e fattori di protezione.

La seconda critica, strettamente connessa alla precedente, sottolinea come la classificazione della *Commission on Chronic Illness* abbia una natura semplicistica che risente in maniera evidente del paradigma biomedico, il quale considera la malattia come prodotto di una disfunzione organica a base biologica, ovvero come «cattivo funzionamento dei meccanismi biologici che vengono studiati dal punto di vista della biologia cellulare o molecolare» (Ardigò, 1997, p. 42), «alterazione fisiologica di una funzione normale» (Bertolazzi, 2004, p. 51). Al contrario, oggi le malattie prevalenti tendono ad essere di natura cronico-degenerativa (anziché a base infettiva¹), la cui origine dipende da una molteplicità di fattori e non può, al contrario, essere imputata ad un'unica causa.

Un'altra critica rivolta a questo modello risiede nel carattere in qualche modo ordinato e graduato che la classificazione pare suggerire: infatti, parlare di prevenzione primaria, secondaria e terziaria rende inclini a considerare la prima modalità come preferibile rispetto alle altre in quanto agisce su soggetti sa-

ni; al contrario, sostengono i critici, anche le altre forme di prevenzione debbono essere considerate ugualmente importanti (si pensi al valore dello screening nella prevenzione secondaria).

Ancora, secondo Kumpfer e Baxley (1997), questa classificazione si rivela inadeguata in quanto non in grado di distinguere la prevenzione secondaria (intervento precoce) dalla prevenzione primaria (che anticipa l'insorgenza della malattia) e da quella terziaria (che dovrebbe essere inclusa nel trattamento).

Riprendendo le critiche e seguendo un ordine meramente cronologico, presentiamo modelli alternativi di classificazione.

Bloom (1968) sostiene che le forme di prevenzione non debbano articolarsi sulla base degli obiettivi, quanto piuttosto della popolazione coinvolta. Egli elabora un diverso modello (poi ripreso e ampliato da Heller e colleghi (1984)), il quale è orientato non più alla fase di insorgenza del disturbo, quanto piuttosto alla popolazione target. Si individuano così tre categorie: la comunità allargata (es. tutti i soggetti che risiedono in una certa unità territoriale), i soggetti a rischio (persone che, per date caratteristiche, risultano maggiormente vulnerabili) e i soggetti che vivono una fase critica durante il proprio percorso di vita. Risulta evidente, tuttavia, il limite di questo modello nella sovrapposizione della seconda e terza tipologia.

Altro tentativo di classificazione delle tipologie di prevenzione è quello Bronfenbrenner (1979), il quale sottolinea che uno dei principali limiti ai ten-

1. Omran (1971) descrive tale cambiamento con l'espressione *transizione epidemiologica*, riferendosi al processo per il quale le malattie degenerative e croniche tendono ad avere il primato sulle malattie infettive e trasmissibili. Le malattie cronico-degenerative, la cui eziogenesi ha natura multifattoriale e multidirezionale, comportano alti livelli di disabilità, perdita di autonomia funzionale, nonché l'impossibilità di una completa guarigione e sono spesso la conseguenza di fattori modificabili legati intrinsecamente a stili di vita degli individui, alle condizioni ambientali e socio-economiche. Cfr. Battisti e Esposito (2008).

tativi classificatori in materia consiste nel concepire la prevenzione come azione orientata al singolo individuo senza considerare i contesti di vita. L'autore distingue allora interventi che operano a livello micro (relazioni diadiche), meso (relazioni tra micro-livelli) e macro (ambiente socio-culturale e sistemico)².

I tentativi classificatori sopra esposti, tuttavia, non hanno trovato sostenitori all'interno delle agenzie e delle organizzazioni internazionali che si occupano di medicina preventiva e di consumo di alcol e droghe in particolare, mentre un altro modello – che sarà presentato nel prossimo paragrafo – oggi viene assunto come dominante.

2. La prevenzione come valutazione delle condizioni di rischio

Nonostante le evidenti criticità, il modello fondato sulla suddivisione tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria ha rappresentato il quadro teorico dominante per circa quarant'anni e non si può certo affermare, allo stadio attuale, che esso sia completamente tramontato. Tuttavia, soprattutto in materie di alcol e droghe, oggi risulta maggiormente applicato un altro modello fondato su una classificazione per target anziché per obiettivi³.

Nel 1994 l'*Institute of Medicine* – organizzazione americana no-profit e non governativa, fondata nel 1970 – grazie al contributo di Gordon (1987), prima, e di Mrazek e Haggerty (1994),

in un secondo momento, introdusse la seguente distinzione:

1. *prevenzione universale*: comprende interventi rivolti all'intera popolazione o a sottopopolazioni ampie. Gli esempi più noti sono le campagne mass-mediatiche, gli interventi nelle scuole o nelle comunità (Jones *et al.*, 2006; Kumpfer, 2001). In questo modello, non si applica nessun filtro in quanto tutti i soggetti vengono considerati potenzialmente a rischio e vanno pertanto inclusi fra i destinatari dei programmi (Burkhart, 2006). Applicato al consumo di alcol e droghe, potremmo considerare la mission di questo modello di prevenzione quello di scongiurare il consumo fornendo le informazioni e le abilità necessarie a tutta la collettività;
2. *prevenzione selettiva*: è rivolta ai gruppi vulnerabili; in questo caso, il filtro è dato dalla presenza di fattori di rischio di ordine biologico, psicologico, sociale ed ambientale. In materia di consumo di sostanze psicoattive, gli interventi sono rivolti, per esempio, a immigrati, giovani che vivono situazioni problematiche in famiglia, ragazzi con abbandono scolastico precoce o problemi con la giustizia, frequentatori di party, ecc. L'obiettivo di questi interventi è quello di diffondere i fattori di protezione per ridurre la vulnerabilità individuale che pone i soggetti in una situazione di maggior rischio; spesso si tratta di programmi più strutturati e di maggior durata ri-

2. Bronfenbrenner (1979) individua tre strutture concentriche in grado di determinare l'agire umano: livello micro (riguarda i sistemi del mondo della vita più prossimi al soggetto, ovvero quelli con i quali egli ha contatti diretti e quotidiani, come per esempio la famiglia); livello meso (comprende il sistema che coinvolge due o più sistemi di micro livello nonché i loro legami, per esempio casa-scuola; famiglia-padre e famiglia-madre, ecc.); livello macro: struttura sociale che influenza i livelli micro e meso (per esempio sistema economico o culturale).

3. www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=1568

spetto agli interventi di prevenzione universale;

3. *prevenzione indicata*: rivolta a persone (anziché a gruppi) riconosciute individualmente ad altissimo rischio. Nel caso del consumo di sostanze, si tratta normalmente di soggetti che hanno già sperimentato droghe o che, come precisa l'EMCDDA (2009), hanno sviluppato problematiche che, secondo quanto rilevato dagli studi empirici condotti in materia, sono fortemente connesse al rischio di consumo di sostanze psicoattive, come per esempio problemi mentali, coinvolgimento in atti devianti e delinquenti, binge drinking e consumo di droghe di accesso⁴. La prevenzione mira non tanto a scongiurare il consumo (in quanto esso è presumibilmente già in atto) ma piuttosto lo sviluppo di una sindrome tossicomantica secondo la definizione del DSM-VI⁵ (APA, 1994).

Questa classificazione delle forme di prevenzione tende oggi ad essere accettata e condivisa tra tutte le agen-

zie e le organizzazioni internazionali che si occupano di interventi in materia di droga e alcol (CSAP, 2001; NIDA, 2003; EMCDDA, 2009). Tuttavia, è possibile individuare alcune criticità.

Il primo punto debole del modello deriva dalla presenza di contraddizioni relative alle finalità, tanto è vero che nella prevenzione universale e selettiva si mira a scongiurare l'uso di sostanze, mentre nella prevenzione indicata l'obiettivo è quello di evitare la malattia (la tossicodipendenza) come se risultasse evidente che, per taluni soggetti ad alto rischio, l'unica azione possibile possa essere orientata ad evitare che il soggetto cada in una situazione di *addiction*. Questo conflitto di finalità introduce anche discriminati significative per quanto concerne la valutazione degli interventi: se l'indicatore di esito per i programmi di prevenzione universale e selettiva è rappresentato da criteri quali "uso/non uso", nella prevenzione indicata il successo si situa nel mancato

4. Come sottolinea l'EMCDDA (2009, p. 10), con il termine «prevenzione indicata» si descrive un approccio preventivo individualizzato indirizzato a coloro che sono ad alto rischio di abuso di sostanze e dipendenza nel corso della vita. Il bisogno di prevenzione indicata è testimoniato dall'esistenza di forti indicatori che suggeriscono un'associazione tra alcune problematiche e il consumo di sostanze psicotrope, ovvero quando esistono segni o sintomi che, con forza maggiore rispetto agli indicatori considerati nella prevenzione selettiva, sono associati al consumo di sostanze psicotrope. Tali problematiche possono essere autoriferite dal soggetto oppure riportate da insegnanti, genitori, figure sanitarie.

5. Affinché sia possibile stabilire una diagnosi di tossicodipendenza, il Manuale dell'Associazione Americana di Psichiatria (APA, 1994) ritiene che debbano verificarsi almeno tre delle seguenti condizioni contemporaneamente negli ultimi 12 mesi: 1. tolleranza, ovvero bisogno di dosi maggiori per raggiungere l'effetto desiderato in quanto si rileva un effetto notevolmente diminuito con l'uso nel tempo della stessa quantità della droga; astinenza; assunzione frequente della sostanza in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto; desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso; dispendio di una grande quantità di tempo in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla, o a riprendersi dai suoi effetti; interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative; uso continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica, o psicologica, verosimilmente derivato o esacerbato dalla droga.

sviluppo di una condizione di tossicodipendenza⁶.

Punto secondo: l'idea di prevenire la malattia anziché il consumo si associa inoltre ad una scarsa considerazione degli effetti negativi non di ordine sanitario collegati al consumo come, per esempio, incidenti stradali, problemi con il sistema giudiziario, conflittualità, ridotto rendimento scolastico e/o lavorativo. Per rendere più chiaro il concetto, riflettiamo sulla seguente situazione: quale intervento può essere destinato ad un soggetto che ha già sperimentato sostanze psicoattive attraverso pattern d'uso ricreativi non associati ad uno stato di tossicodipendenza (es. uso occasionale di ecstasy ai rave party⁷)? Non essendo un soggetto affetto da dipendenza, è da escludersi che possa essere oggetto di trattamento. D'altro canto, intervenire attraverso la prevenzione indicata lascia presupporre che si abbracci un'idea di ciclo della droga⁸ che preve-

de una forte associazione tra sperimentazione delle droghe e sviluppo della tossicodipendenza, trascurando al contempo le conseguenze negative legate all'uso che si dipanano in area non strettamente sanitaria. Bisogna considerare come ci sono situazioni, oggi sempre più diffuse nell'universo drogastico, che non possiamo includere né negli interventi preventivi (in quanto manca la logica anticipatoria) né nell'area del trattamento (in quanto non c'è una diagnosi di malattia)⁹.

Su quest'ultimo aspetto, si noti come la tossicodipendenza sia una condizione patologica di difficile diagnosi soprattutto se confrontata con malattie infettive: mentre per queste ultime prevale una logica digitale (o abbiamo contratto il virus e siamo pertanto malati o non abbiamo contratto il virus quindi siamo sani), nelle dipendenze la malattia può assumere forme analogiche e non dicotomiche attraverso intensità e sintomatologie diverse¹⁰.

6. La crucialità della valutazione come fase ineludibile della programmazione di interventi in materia di prevenzione trova testimonianza nello sviluppo dell'EBP (*Evidence Based Prevention*). Parlare di approcci basati sull'evidenza (o sulle prove di efficacia) significa riferirsi ad un «processo in cui gli esperti, utilizzando criteri condivisi relativamente alle modalità di analisi di studi e di ricerche, pervengono ad un consenso circa la credibilità e la sostenibilità dei risultati della valutazione degli stessi» (Orlandini *et al.*, 2004, p. 39). I programmi afferenti alla EBP, per essere definiti tali, devono: essere basati su teorie e modelli definiti; utilizzare modalità di raccolta dati e procedure di analisi appropriate; possedere un alto livello di relazioni causa/effetto; essere capaci di raggiungere la popolazione target di riferimento (Orlandini *et al.*, 2002; 2004). Per approfondimenti, si rimanda a Lombi (2008); Leone, Celata (2006).

7. Cfr. Cipolla, Mori (2009); Lombi (2009).

8. Sul ciclo della droga, cfr. Cipolla (2007b). Secondo il Nostro, il percorso prende avvio dalla fase dell'accesso, ossia della sperimentazione della sostanza; affinché dall'accesso si acceda al consumo, è necessario un rinforzo, ossia un complesso di stimoli (psichici, biologici e/o sociali, ma anche la disponibilità della sostanza); infine, la fruizione è rappresentata dal consumo che può assumere frequenze e modalità differenti (accidentale, saltuaria, abituale, continua/desiderata e compulsiva). Il proseguo della fruizione comporta conseguenze sia nel futuro prossimo (permanenza, abbandono, accentuazione) sia nel futuro remoto (dipendenza, normalità d'uso o fuoriuscita).

9. «La diagnosi è la capacità di trovare delle connessioni tra un insieme di segni e sintomi e di "nominare" tale insieme attraverso un'"etichetta" (...) Senza diagnosi non può esserci cura» (Maturò, 2007, p. 93).

10. Per la distinzione tra digitale e analogico in materia di malattia e salute, cfr. Maturò (2007).

Un terzo aspetto critico riguarda il criterio adottato per la suddivisione, ovvero il richiamo ai fattori di rischio. Il consumo di sostanze psicoattive nella società odierna si rivela ampiamente diffuso nella popolazione giovanile e trasversale rispetto ad alcune variabili individuali come il genere, il titolo di studio, la classe sociale di appartenenza¹¹ cosicché non è possibile individuare soggetti che sono totalmente esenti da rischio, fatto che solleva difficoltà nella valutazione delle condizioni di vulnerabilità specifiche a gruppi (per la prevenzione selettiva) e a singoli individui (per la prevenzione indicata).

Da quanto detto discende una quarta criticità: ammesso anche che si individuino situazioni di alto rischio, un soggetto può essere destinatario di un intervento di prevenzione selettiva (in quanto appartenente ad un gruppo a rischio) e di prevenzione indicata (in quanto soggetto individuale ad alto rischio, se non altro per il fatto di appartenere ad un gruppo a rischio!). Si creano in tal modo sovrapposizioni non trascurabili che rendono difficili la programmazione degli interventi nonché la definizione delle risorse economiche atte ad attuarli.

Da quanto detto si evince che, fra le tre tipologie individuate nel modello, la forma di prevenzione che solleva maggiori criticità è senz'altro la prevenzione indicata. Il principale aspetto di diatriba deriva dal fatto che, come detto, essa non si pone come obiettivo quello di scongiurare il consumo di sostanze psicoattive quanto piuttosto lo sviluppo della malattia,

ovvero, in materia di droghe e alcol, della tossicodipendenza.

Con le parole di Gordon (1987), con il termine prevenzione si fa riferimento alle «misure, azioni e interventi rivolte a persone che non soffrono, allo stadio attuale, di disagi o disabilità legati alla malattia (al fine di) ridurre il rischio che i soggetti possano soffrire della malattia in futuro» (1987, pp. 108-9) e pertanto la prevenzione indicata rientra a pieno titolo fra gli interventi preventivi. Tuttavia, in questo modello si presentano punti di sovrapposizione e di difficile delimitazione con altre forme di intervento, ovvero con il trattamento e con la riduzione del danno.

Partendo dal primo punto, secondo Gordon (1987), la differenza tra prevenzione indicata e trattamento si sostanzia nel fatto che mentre quest'ultimo ha una matrice terapeutica, la prima agisce in caso di anormalità (clinicamente dimostrabile) che si presenta asintomatica con lo scopo di evitare lo sviluppo di malattia e disabilità. Mentre alcuni ritengono che la presenza di una situazione di anormalità rappresenti il primo sintomo di una malattia, Gordon precisa che sia prematuro parlare di malattia in questa fase.

In altri termini, il trattamento fornisce benefici e sollievo da una situazione di malattia diagnosticabile, mentre la prevenzione indicata si fonda sulla probabilità di sviluppo di una malattia (Kumpfer e Baxley, 1997).

Nel tentativo di chiarire il rapporto tra prevenzione e trattamento, Mrazek e Haggerty (1994) sostengono che la

11. Cfr. Cipolla, Martoni (2009). Nel volume sono discussi i risultati di un'indagine quantitativa condotta attraverso la somministrazione di questionari a giovani frequentatori di locali del *loisir* sulla costa romagnola. Dallo studio emerge come, sebbene i consumi siano maggiormente diffusi fra i giovani maschi con basso titolo di studio, i trend di fruizione rivelino un uso non trascurabile (e in aumento) anche tra le femmine e tra coloro che hanno titoli di studio elevati (soprattutto in relazione ad alcol e cannabis).

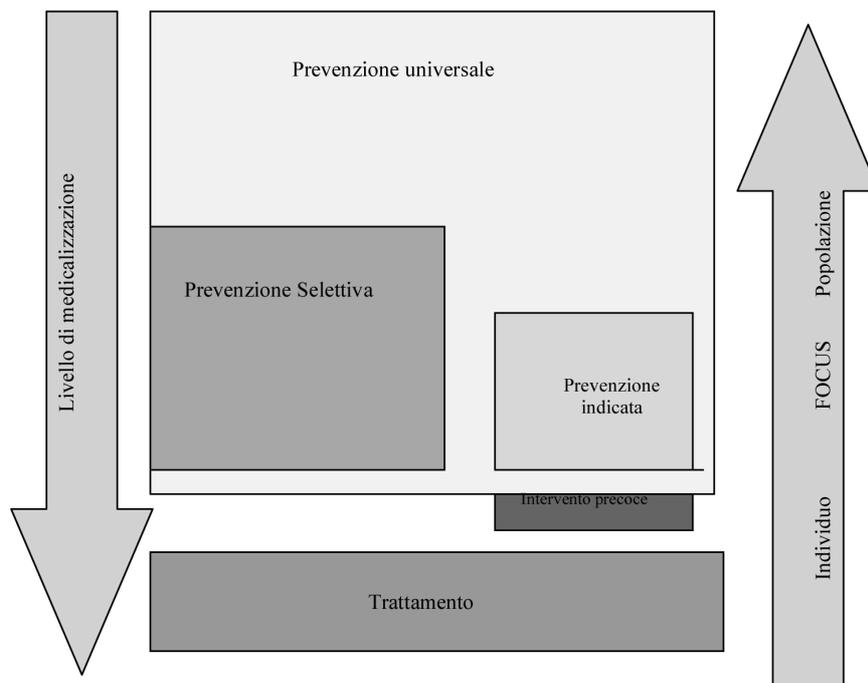
Tab. 1 - La prevenzione universale, selettiva ed indicata: un quadro di confronto

	<i>Prevenzione universale</i>	<i>Prevenzione selettiva</i>	<i>Prevenzione indicata</i>
Target	Intera popolazione	Gruppi a rischio	Individui a rischio, ovvero soggetti che hanno sperimentato le sostanze (senza aver sviluppato una tossicodipendenza) o che presentano condizioni di vulnerabilità individuali elevate per lo sviluppo di una condotta tossicomane
Scopo	Prevenire il consumo di sostanze	Prevenire il consumo di sostanze	Evitare, ritardare, contenere la progressione d'uso delle sostanze e lo sviluppo di una patologia correlata
Modalità di selezione dei partecipanti	Nessuna selezione	Sulla base del profilo di rischio di gruppo	Sulla base del profilo di rischio individuale
Coinvolgimento dei destinatari	I programmi richiedono ai destinatari poco tempo e sforzi	I programmi richiedono ai destinatari tempo e sforzi maggiori rispetto alla prevenzione universale	I programmi richiedono ai destinatari tempo e sforzi maggiori rispetto alla prevenzione selettiva
Agenti dell'intervento	Gli operatori possono essere professionisti di altri settori, come insegnanti che hanno seguito un programma di formazione	Gli operatori sono esperti in senso ampio che sanno affrontare situazioni multiproblematiche	Gli operatori sono esperti in senso ampio che sanno affrontare situazioni multiproblematiche
Costi	I costi sono ridotti e distribuiti su ampi gruppi	I costi sono maggiori rispetto alla prevenzione universale	I costi sono maggiori rispetto alla prevenzione selettiva

prevenzione (suddivisa come sopraesperto) rappresenta la prima fase del modello assistenzialistico il quale deve essere letto quale continuum composto

da tre fasi: oltre alla prevenzione, vi è una fase di trattamento (identificazione del caso e cura) e una fase di mantenimento (volta ad evitare ricadute e la ri-

Fig. 1 - La riduzione della domanda: un quadro di sintesi



Fonte: EMCDDA (2009, p. 11).

comparsa dei sintomi, garantendo al contempo la riabilitazione del soggetto).

L'EMCDDA (2009) riconosce come il confine tra prevenzione e trattamento tende a non essere così netto e presenta aree di sovrapposizione (cfr. Fig. 1): «Nel definire la prevenzione indicata, la sovrapposizione tra essa e il trattamento risulta di grande interesse, cosicché l'ambito della prevenzione e del trattamento collidono e ciò può determinare problemi della distribuzione delle risorse finanziarie, così come può far sì che un ambito consideri non di propria pertinenza la presa in carico delle subpopolazioni coinvolte» (EMCDDA, 2009, p. 10).

Per superare l'empasse, l'EMCDDA (2009) introduce l'espressione inter-

vento precoce facendo riferimento all'insieme di azioni rivolte a persone che hanno sperimentato droghe o che presentano indicatori che lasciano supporre un possibile consumo al fine di disincentivare lo sviluppo di una condotta tossicomana. L'intervento precoce si colloca a mezza via tra la prevenzione indicata e il trattamento.

Queste considerazioni permettono di elaborare un modello – sintetizzato nella Fig. 1 – che legge il percorso della riduzione della domanda come continuum composto tra prevenzione e trattamento caratterizzato, nella sua progressione, da una sempre maggior medicalizzazione e da uno spostamento del target coinvolto (da ampie popolazioni a soggetti individuali). Tuttavia,

questo chiarimento finisce per complicare il modello riducendo lo spazio d'azione della prevenzione indicata.

La seconda possibile sovrapposizione si colloca tra prevenzione indicata e riduzione del danno, dove, con tale espressione, si fa riferimento al «tentativo di migliorare le condizioni sanitarie, sociali ed economiche associate all'uso, cattivo uso e abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali senza *necessariamente* imporre la riduzione del loro consumo» (Einstein, 2007, p. 257).

In altri termini, la riduzione del danno comprende le politiche e programmi che si occupano principalmente di ridurre le conseguenze negative in termini sociali, sanitari ed economici legate ai cambiamenti che le sostanze provocano sui singoli consumatori, le loro famiglie e le loro comunità (cfr. www.ihra.net).

L'approccio fondato sulla riduzione del danno – sostiene Marlatt (1996) – considera gli effetti negativi legati al consumo di droga lungo un continuum come fossero disposti su un termometro. Gli interventi, secondo questa logica, mirano pertanto ad “abbassare la temperatura”. «In questo senso, l'astinenza è concepita come il punto finale ideale lungo un continuum ai cui vertici si collocano il rischio massimo e la mancanza di rischi» (Marlatt, 1996, p. 786)¹².

Sebbene prevenzione indicata e riduzione del danno presuppongano a livello teorico obiettivi diversi – scongiurare la tossicodipendenza, nel primo caso, e ridurre le conseguenze negative legate all'abuso, nel secondo caso – a livello operativo i punti di sovrapposizione sono degni di nota, in quanto entrambi gli interventi si rivolgono a soggetti che, in vario modo e forma, han-

no già rivelato una prossimità all'universo drogastico e hanno sperimentato l'uso, sebbene è doveroso precisare che mentre la prevenzione indicata non si rivolge a soggetti tossicodipendenti, la riduzione del danno può (anche se non necessariamente) includerli quali destinatari dell'intervento. Ci sono casi, tuttavia, dove la distinzione non è così netta. Pensiamo, per esempio, alla pratica del *pill testing*, ovvero alla pratica diffusa in alcuni paesi di fornire all'interno dei luoghi del divertimento un servizio che esamina il contenuto di alcune droghe (prevalentemente, ecstasy, ma anche cocaina o ketamina) su richiesta dei frequentatori: da un lato, tale pratica si configura come intervento di riduzione del danno in quanto ai partecipanti vengono fornite informazioni sull'uso responsabile e informato delle droghe, ma dall'altro si esercita una funzione di aggancio dei soggetti che sperimentano droghe per fornire loro informazioni sui rischi e sui possibili servizi di presa in carico di soggetti che fruiscono di droghe, al fine di evitare che un uso a scopo ricreativo ed occasionale possa determinare lo sviluppo di condotte tossicomane.

Dati i limiti della classificazione, nel prossimo paragrafo presenteremo un modello alternativo d'analisi degli interventi di riduzione della domanda in materia di alcol e droghe.

3. Articolare gli interventi per la riduzione della domanda di alcol e droghe: una proposta sostantiva

Date le criticità dei modelli precedenti, in questo paragrafo conclusivo si ipotizza un modello alternativo fondato sull'individuazione di tre fasi che compongono l'area della riduzione della

12. Cfr. Lombi (2009).

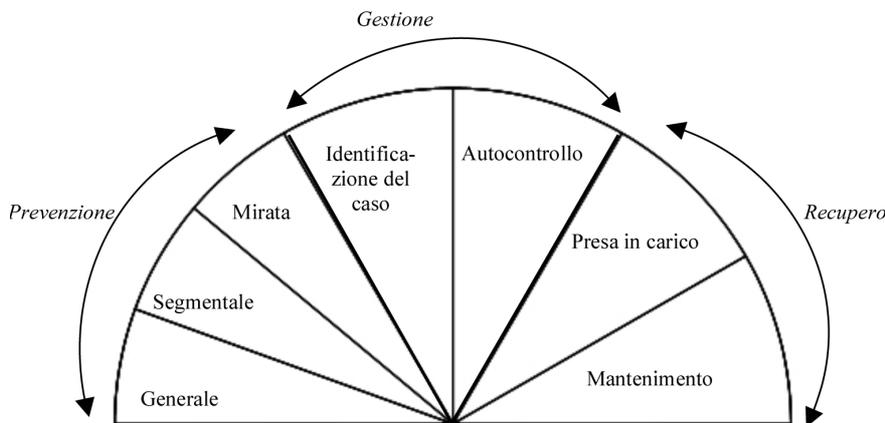
domanda. Tali fasi si contraddistinguono non in base al target di riferimento, bensì in base alle precondizioni che ne determinano la definizione e, conseguentemente, sulla base dell'obiettivo.

Rielaborando la proposta di Mrazek e Haggerty (1993), adottata dall'OMS, il modello che proponiamo è composto da tre fasi: prevenzione, gestione e recupero (cfr. Fig. 2).

La *prevenzione* dovrebbe recuperare la sua logica anticipatoria rispetto all'uso, ovvero intervenire in una fase nella quale il soggetto non ha sperimentato il consumo di sostanze psicotrope e pertanto l'obiettivo è quello di scongiu-

arne la fruizione (*inoculation*¹³). I destinatari dovrebbero essere soprattutto adolescenti e giovani in quanto, data l'alta prossimità delle droghe nella società odierna, il rischio di consumare sostanze psicotrope è, nella prime fasi della vita, democratico, per riprendere un'espressione utilizzata da Beck (2000). Rispetto alle strategie preventive, quest'area comprende sia interventi di tipo prettamente informativo (campagne mass mediatiche, interventi comunicativi volti a fornire informazioni sui rischi connessi alle sostanze psicotrope) sia interventi volti a rafforzare le abilità sociali e personali (es. *life skills*, *peer education*...¹⁴).

Fig. 2 - Il continuum del modello di assistenza



Fonte: adattato da Mrazek e Haggerty (1993, p. 23)

13. Il termine è ripreso dall'OMS (2001) il quale distingue gli interventi a seconda del momento in cui sono attuati: si parla di *inoculation* (vaccinazione) se si opera in una fase in cui il soggetto è probabilmente lontano da forme di consumo; gli interventi *early relevancy* (pertinenza anticipata) sono attuati nel periodo prossimo al possibile consumo; infine, il modello *later relevancy* (pertinenza posticipata) si realizza quando il consumo è presumibilmente già in atto.

14. I modelli fondati sull'acquisizione di *skills* (abilità) ritengono che l'informazione non sia sufficiente per scongiurare il consumo di sostanze (anzi, sono possibili effetti iatrogeni, come per esempio l'aumento di curiosità verso alcol e droghe). Al contrario, risulta più produttivo agire sull'acquisizione di competenze come per esempio la capacità di ri-

Aniché una suddivisione per profilo generico di rischio, l'area della prevenzione si suddivide in tre settori identificati sulla base della prossimità del soggetto rispetto all'universo drogastico. È possibile così identificare una prevenzione generale (rivolta a tutti gli individui); una prevenzione segmentale (rivolta a soggetti che, pur non avendo mai consumato sostanze psicotrope, hanno maggiori probabilità di farlo in quanto sviluppano forti probabilità di ricevere un'offerta: pensiamo, per esempio, agli adolescenti e giovani); una prevenzione mirata (destinata a coloro che si trovano a stretto contatto con l'universo drogastico). Per fare alcuni esempi, appartengono alla prevenzione generale le campagne mass mediatiche, mentre nella prevenzione segmentata è possibile inserire i programmi scolastici; infine, nella prevenzione mirata è possibile inserire gli interventi rivolti a figli di genitori tossicodipendenti oppure i frequentatori di *rave party* (Cipolla e Mori, 2009).

La gestione, invece, include interventi fondati sulla logica anticipatoria rispetto ai rischi, ovvero interviene quando il soggetto è già entrato in contatto con alcol e droghe e pertanto in questo caso si mira a contenere le conseguenze negative connesse al consumo attraverso interventi che sensibilizzino ad un uso responsabile (soprattutto in relazione ad alcune droghe, come l'alcol) o volto a concludersi nonostante le prime sperimentazioni (pensiamo, per esempio, a coloro che hanno sperimentato – senza tuttavia sviluppare alla fase attuale una condotta tossicomane – droghe dalle proprietà più additive, come per esem-

pio cocaina-crack o eroina), scongiurando condizioni problematiche di natura più ampia rispetto alla possibilità di acquisire lo status di tossicodipendente, ovvero evitandolo che l'uso possa minare una situazione di benessere a livello socio-psico-fisico. In questa area, intervengono, attraverso interventi detti di bassa soglia, figure professionali di diversa formazione (non solo operatori sanitari) la cui azione mira a favorire l'identificazione del caso problematico e lo sviluppo di autocontrollo e gestione responsabile. Questa fase, spesso trascurata, rappresenta un ambito di grande interesse e dalle enormi potenzialità in quanto «I servizi (...) non devono limitarsi al recupero o alla disperazione, ma allargare le proprie funzioni anche all'accesso ed al contenimento o all'anticipazione del danno. Solo così, essi coglieranno il fenomeno droga non solo come risultato o malattia, ma anche come cultura più vasta, come co-dipendenza socio-biologica, come apertura al mondo che produce a suo modo il suo drogato» (Cipolla 2008a, p. 49).

Infine, l'area del *recupero* coinvolge i soggetti che hanno sviluppato un uso problematico, ovvero condizioni negative sia a livello individuale sia a livello di contesto di vita (in famiglia, all'interno del gruppo dei pari, in ambito scolastico o lavorativo) connesse alla fruizione di alcol e droghe, tra le quali lo sviluppo di una sindrome astinenziale rappresenta solo una forma possibile. In questo caso, l'obiettivo al quale si mira è quello di reintegrare il soggetto sviluppando le condizioni per il raggiungimento di uno stato di benessere (presa in carico) ed evitando

solvere i problemi e fronteggiare le situazioni critiche (Botvin, 1994; Botvin e Griffin, 2004). La *peer education* è una strategia basata sul coinvolgimento di soggetti con caratteristiche analoghe a quelle del target destinatario al fine di favorire processi di identificazione con l'operatore e, conseguentemente, l'adozione di un comportamento virtuoso nei confronti della propria salute. Per un'analisi dei modelli preventivi, cfr. Lombi (2008a).

Tab. 2 - Un modello sostantivo di riduzione della domanda di alcol e droghe

	<i>Prevenzione</i>	<i>Gestione</i>	<i>Recupero</i>
Target	Soggetti che non hanno sperimentato l'uso di sostanze	Soggetti che hanno sperimentato l'uso di sostanze, ma che non hanno sviluppato una fruizione problematica	Individui che hanno sviluppato un uso problematico
Scopo	Sconggiurare l'uso di sostanze psicotrope	Sconggiurare i rischi connessi all'uso delle sostanze psicotrope	Reintegrazione del soggetto e recupero di uno stato di benessere socio-psico-fisico
Modello generale di intervento	Interventi informativi (campagne mass mediatiche, progetti formativi, ecc.) e programmi fondati sull'acquisizione di abilità sociali e personali	Interventi a bassa soglia	Servizi istituzionali, comunità residenziali
Metodo	Scoraggiamento verso l'uso	Scoraggiamento verso l'uso irresponsabile	Presa in carico e mantenimento
Modalità di selezione dei partecipanti	Nessuna selezione, se non quella del non uso	Individuazione di soggetti che hanno sperimentato l'uso	Sulla base della valutazione dello sviluppo di un uso problematico
Coinvolgimento dei destinatari	Impegno di tempo e di sforzo ridotti	I programmi richiedono ai destinatari tempo e sforzo maggiori rispetto alla prevenzione	I programmi richiedono ai destinatari più tempo e sforzi maggiori rispetto alla gestione
Agenti dell'intervento	Operatori multi-professionali, mass media, agenti della socializzazione primaria e secondaria	Esperti (prevalentemente non in area medica)	Esperti (prevalentemente in area medica)
Costi	Moderati	Elevati	Molto elevati

al contempo possibili ricadute nel circuito dell'abuso di alcol e droghe (mantenimento). In quest'area, gli attori coinvolti appartengono soprattutto al settore medico che agiscono nelle strutture adibite alla presa in carico di soggetti che sviluppano una condizione di uso problematico e tossicodipendenza (Ser.T, comunità terapeutiche residenziali). Lo scopo è quello di favorire la fuoriuscita da una situazione di consumo, da un lato, e incoraggiare il reinserimento sociale, dall'altro (cfr. Tab. 2).

Il modello proposto mira a superare le contraddizioni latenti evidenziate nei tentativi di classificazione precedentemente illustrati attraverso una suddivisione delle fasi d'azione maggiormente coerenti rispetto all'obiettivo dell'intervento e al presupposto che lo determina, permettendo di declinare le aree operative in azioni concrete sia in fase di progettazione sia in fase di valutazione degli interventi e sfavorendo al contempo pericolose e indebite sovrapposizioni.

Bibliografia di riferimento

- Ardigò A. (1997). *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: FrancoAngeli
- APA (American Psychiatric Association) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington
- Battisti F.M., Esposito M., a cura di (2008). Cronicità e dimensioni socio-relazionali, *Salute e Società*, a. VII, n. 3
- Beck U. (2000). *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Roma: Carocci, (ed. orig.: *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt A.M: Suhrkamp, 1986)
- Bertolazzi A. (2004). *Paradigmi sociologici della salute*. In: Cipolla C., a cura di, *Manuale di sociologia della salute. I. Teoria*. Milano: FrancoAngeli
- Bloom B. (1968). *The evaluation of primary prevention program*. In Roberts L., Greenfield N., Miller M., eds. *Comprehensive Mental Health: the challenge of Evaluation*. Madison: University of Wisconsin Press
- Botvin G.J. (1994). *Principles of Prevention*. In: Coombs R.H., Ziedonis D.M., *Handbook on Drug Abuse Prevention*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon
- Botvin G.J., Griffin K.W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions, *The Journal of Primary Prevention*, 25: 211-232
- Bronfenbrenner U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiment by Nature and Design*, Cambridge, MA: Harvard University Press (trad. it.: *Ecologia dello sviluppo umano*. Bologna: il Mulino, 1986)
- Cipolla C. (2007a). Introduzione, *Salute e Società*, a. VI, suppl. al n. 1: 11-48
- (2007b). Il consumo di sostanze psicoattive in Europa e il loro significato per il soggetto fruitore, *Salute e Società*, a. VI, Suppl. al n. 2
- (2007c). Come studiare una società di “drogati” e per quali sostanze psicoattive, *Salute e Società*, a. VI, n.2: 188-207
- (2009). *Introduzione*. In: Cipolla C., Mori L., a cura di *Le culture e i luoghi delle droghe*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C., Martoni M., a cura di (2009), *Droghe nella notte. Una ricerca empirica sulla costa romagnola*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C., Mori L., a cura di (2009), *Le culture e i luoghi delle droghe*. Milano: FrancoAngeli
- Coggans N. (2006). Drug education and prevention: Has progress been made?, *Drugs: education, prevention and policy*, October, 13(5): 417-422

- CSAP - Center for Substance Abuse Prevention (2001). *Science-Based Practices in Substance Abuse Prevention: A Guide*, December 7, disponibile al sito internet www.whitehousedrugpolicy.gov/prevent/pdf/science.pdf (ultimo accesso: 26/2/2010)
- Edmonds K., Sumnall H., McVeigh J., Bellis M.A. (2005). *Drug prevention among vulnerable young people*. Liverpool: NCCDP
- Einstein S. (2007). Harm and Risk Reduction: History, Theories, Issues, and Implication, *Substance Use & Misuse*, 42: 257-265
- EMCDDA (2009). *Preventing later substance use disordering at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, disponibile al sito: www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention (Ultimo accesso: 11/03/2010)
- Felner R.D., Felner T.Y., Silverman M.M. (2000). *Prevention in mental health and social intervention*. In: Rappaport J., Seidman E., eds., *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Gordon R.S. Jr. (1987). *An operational classification of disease prevention*. In: Steinberg J.A., Silverman M.M., eds. *Preventing Mental Disorders*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services
- Heller K., Price R., Reinharz S., Riger S., Wandersman A., D'Aunno T. (1984). *Psychology and Community Change: Challenges for The future*. Illinois: Homewood
- Jones L., Sumnall H., Burrell K., McVeigh J., Bellis M.A. (2006). *Universal Drug Prevention*. Liverpool: NCCDP
- Kumpfer K.L., Baxley G.B. (1997). *Drug abuse prevention: What works?*. National Institute on Drug Abuse, Rockville
- Gelmi G., Lavatelli M., De Cosimo L. (2006). *Gli approcci alla prevenzione e i riferimenti teorici*. In: Leone L., Celata C., *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*. Milano: FrancoAngeli
- Leone L., Celata C., a cura di (2006). *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*. Milano: FrancoAngeli
- Lombi L. (2008a). *La valutazione della prevenzione: alcune considerazioni critiche sull'uso di meta-analisi nel campo della droga*. In: Lanzetti C., Lombi L., Marzulli M., a cura di *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*. Milano: FrancoAngeli
- Lombi L. (2009). *Scena dance e consumo di sostanze psicoattive: la prevenzione e la riduzione del danno come strategia di contrasto alla disabilità*. In: Cipolla C., Mori L., a cura di *Le culture e i luoghi delle droghe*. Milano: FrancoAngeli
- Marlatt G.A. (1996). Harm Reduction: Come As You Are, *Addictive Behaviors*, vol. 21, n. 6: 779-788
- Maturo A. (2007). *Sociologia della malattia. Un'introduzione*. Milano: FrancoAngeli
- Mrazek, P.J., Haggerty R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press
- NIDA (National Institute for Drug addiction) (2003). *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents A research-based guide for parents, educators and community leaders*, disponibile al sito internet www.drugabuse.gov/pdf/prevention/redbook.pdf (ultimo accesso: 4/2/2010)

- Omran A.R. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change, *The Milbank Quarterly*, 49: 509-538
- Orlandini D., Nardelli R., Bottignolo E., a cura di (2002). *Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione*, pubblicazione dell'Az. ULSS n. 1, Grafiche Venete srl, Quarto D'Altino (Ve)
- (2004). *Prevenzione delle dipendenze in ambito scolastico. Dagli aspetti teorici agli aspetti tecnico-operativi*, pubblicazione dell'Az. ULSS n. 1, Grafiche Venete srl, Quarto D'Altino (Ve)
- Saccheri T. (2000). *L'equivoco terapeutico. Promozione della salute e negoziazione sociale*. Milano: FrancoAngeli
- Toumbourou J., Stockwell T., Neighbors C., Marlatt G., Sturge J., Rehm J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use, *Lancet*, 369(9570): 1391-1401.

Lettere al direttore

di Stefano Tomelleri*

Egregio Direttore prof. Costantino Cipolla, le scrivo a riguardo di un mio articolo *Le metafore in opera nelle pratiche mediche*, pubblicato dalla sua rivista, n. 2 del 2009, a cura di P. Conrad, A. Maturo, dal titolo *La medicalizzazione della vita*. Le scrivo per chiarire

alcuni punti in merito ad una nota dell'articolo sopracitato, dove ho scritto di aver partecipato insieme al prof. P. Donghi ad un'équipe di ricerca interdisciplinare diretta dal prof. E.A. Moja dell'Università degli studi di Milano. Più precisamente, la mia partecipazione, così come quella del prof. Giuseppe Donghi, si è limitata alla supervisione di una tesi di laurea magistrale dell'allora laureanda Valentina Scandelli, tesi dal titolo *Il racconto della malattia oncologica. L'uso della metafora nella comunicazione della diagnosi negativi*, Facoltà di Scienze della Formazione, Università degli studi di Bergamo, relatore prof. S. Tomelleri, correlatore, prof. G. Donghi, a.a. 2007/2008. Inoltre, i dati relativi all'articolo sono stati raccolti dal Centro CURA dell'Università degli studi di Milano, diretto dal prof. Egidio A. Moja, e conservati presso l'Archivio in esso presente; in particolare, l'autorizzazione allo svolgimento della ricerca è stata chiesta ed ottenuta presso il Comitato Etico dell'Ospedale San Paolo dove il Centro attualmente è ubicato; l'analisi dei materiali è stata effettuata presso il Centro CURA, per opera dei ricercatori del Centro medesimo. L'interpretazione sociologica proposta come lettura dei risultati al centro dell'articolo è da attribuirsi specificamente a me in qualità di autore; il gruppo di ricerca (e la legittima authorship del lavoro) è costituito da: S. Anania, E.A. Moja, V. Scandelli, E. Vegni. La ringrazio per avermi concesso la possibilità di questo chiarimento e le porgo i miei più cordiali saluti,

Stefano Tomelleri

* Stefano Tomelleri è professore aggregato di Sociologia presso l'Università di Bergamo. E-mail: stefano.tomelleri@unibg.it

Codice Deontologico

Società Italiana di Sociologia
della Salute

Introduzione

Articolo 1

1. La produzione, la diffusione e l'uso del sapere in ambito sociale esigono continuamente riflessioni e decisioni di tipo etico. Le Sociologhe ed i Sociologi della Salute devono essere sempre consapevoli della rilevanza etica del loro agire professionale. Ne deriva l'esigenza di un codice che consente di definire e condividere tutti gli aspetti della professione del Sociologo della Salute che assumono una rilevanza etica.

2. Il Codice Deontologico costituisce l'insieme dei principi e delle regole che ogni Sociologo della Salute deve osservare ed ai quali deve ispirarsi nell'esercizio della sua professione; tali principi e tali regole valgono in qualsiasi ambito e ruolo svolga, si tratti di ricerca, consulenza, comunicazione, progettazione, valutazione, insegnamento, praticate in modo autonomo o all'interno d'organizzazioni pubbliche o private.

3. Il complesso dei principi e delle regole del Codice Deontologico costituisce indispensabile strumento sia per una valorizzazione, sia per un controllo delle attività svolte dai Sociologi della Salute fornendo una garanzia per tutti coloro che rivolgono ad essi una domanda di conoscenza e di intervento. L'Associazione denominata, ai sensi dello Statuto, Società Italiana di Sociologia della Salute, da ora in avanti definita "Società", provvede a dare adeguata pubblicità al presente Codice Deontologico.

La professione del sociologo della salute

Articolo 2

1. La "Società", così come previsto dallo Statuto, promuove, nell'ambito dei processi di sviluppo e di modificazione del welfare sanitario e sociale, il contributo conoscitivo, metodologico ed operativo della Sociologia della Salute, a livello accademico e professionale, sui temi e problemi che concernono:

- a) la salute e la malattia nelle loro dimensioni epistemologiche;
- b) il benessere e la qualità della vita assieme alle diverse culture ed ai diversi comportamenti ed atteggiamenti che li informano;
- c) l'umanizzazione, la personalizzazione dei servizi sanitari e sociali e la loro valutazione di qualità;
- d) l'assetto e lo sviluppo dei modelli organizzativi delle aziende sanitarie e dei servizi sanitari e sociali pubblici e privati;
- e) il mutamento sociale e le diverse forme d'anomia e di devianza che possono determinare comportamenti di dipendenza e d'abuso, nonché rischi per la salute individuale e collettiva;
- f) le professioni ed i sistemi sanitari e sociali, valutati anche in modo comparativo nella realtà italiana ed internazionale;
- g) le disuguaglianze sociali nello stato di salute e nell'accesso alle cure sanitarie ed ai servizi sociali;
- h) l'evoluzione dei bisogni socio-sanitari a seguito dello sviluppo delle bioscienze e delle biotecnologie;
- i) la bioetica e la relazione curativa anche con riferimento alle medicine non convenzionali.

2. Il Sociologo della Salute utilizza gli strumenti e le tecniche che costituiscono il patrimonio teorico, epistemologico, metodologico ed operativo proprio delle discipline sociologiche per

analizzare e valutare le forme ed i modi attraverso cui, in un determinato tempo ed ambiente sociale, si definiscono la salute e la malattia, si promuove il benessere sociale e la qualità della vita e si fronteggiano le patologie, le disabilità, il malessere e i rischi per la salute.

3. Gli ambiti privilegiati d'attività che qualificano la professione di Sociologo della Salute sono:

- a) le relazioni e i fattori individuali e collettivi che concorrono a produrre salute/malattia, ovvero producono agio/disagio, inclusione/esclusione sociale, conformità/devianza, che promuovono benessere e qualità della vita nei diversi contesti ambientali, nei gruppi, nelle organizzazioni/istituzioni e in ambito familiare anche attraverso lo svolgimento di attività di mediazione;
- b) i sistemi comunicativi e relazionali, i modelli organizzativi, i processi di programmazione, gestione e valutazione nell'ambito della 'rete' degli attori sociali del welfare e dei servizi socio-sanitari;
- c) il sistema delle relazioni sociali che concorrono a produrre salute/malattia e che promuovono benessere e qualità della vita, attraverso il rapporto fra 'rete' degli attori sociali del welfare, servizi socio-sanitari, organizzazioni/istituzioni, gruppi, cittadini e territorio.

4. La professione di Sociologo della Salute si svolge attraverso lo studio, la ricerca, la consulenza, la progettazione, l'indagine sugli orientamenti dell'opinione pubblica, sui modelli di comportamento, sugli stili di vita, sugli orientamenti di valore della società complessivamente intesa ovvero nei confronti di suoi segmenti, nonché mediante lo studio dei modelli organizzativi e l'intervento, con gli strumenti dell'analisi e della pratica sociologica, sui fenomeni, sui processi, sulle istitu-

zioni sanitarie e sociali, sulle formazioni e sui gruppi anche mediante l'individuazione degli obiettivi e dei processi decisionali e la loro valutazione.

5. La professione di Sociologo della Salute include le attività di ricerca, di sperimentazione, di pianificazione, di programmazione, di progettazione, d'organizzazione, di valutazione, di formazione, di didattica, di consulenza e di mediazione, senza pregiudizio di quanto può formare oggetto dell'attività professionale d'altre categorie a norma di leggi e di regolamenti.

Compiti, doveri e responsabilità

Articolo 3

1. Compito del Sociologo della Salute è quello di produrre ed utilizzare, con competenza, responsabilità, coscienza ed indipendenza di giudizio, conoscenze fondate su teorie, metodi e tecniche propri della scienza sociologica e della Sociologia della Salute.

2. L'attività professionale del Sociologo della Salute dovrà essere svolta nel rispetto delle persone coinvolte senza soggiacere ad interessi o avvalersi di posizioni di potere, ricercando, tramite il carattere pubblico della sua attività, la maggiore obiettività possibile nell'analisi della realtà sociale in tutti i suoi aspetti.

Articolo 4

1. Il Sociologo della Salute è tenuto ad osservare quanto previsto nel Codice Deontologico e deve dare notizia delle norme che regolano la sua professione.

2. Il Sociologo della Salute deve rifiutare attività che contrastino con le norme del presente codice e con i doveri d'indipendenza, riservatezza, tutela della dignità delle persone.

3. Il Sociologo della Salute, nel suo ruolo di ricercatore, operatore, docente,

è portatore di una responsabilità sociale. Le sue raccomandazioni, decisioni, asserzioni, unitamente agli interventi che progetta e gestisce possono influenzare la vita di terzi. Deve essere consapevole di questa situazione e degli obblighi immanenti che potrebbero portare ad un abuso del suo influsso.

Articolo 5

1. Nei confronti dei committenti, pubblici o privati, il Sociologo della Salute accetterà gli incarichi che corrispondano alle sue competenze ed alle sue possibilità di realizzarli senza venir meno ai suoi doveri d'oggettività, indipendenza, veridicità, rispetto per le persone coinvolte nella sua attività.

2. Per l'acquisizione degli incarichi professionali, il Sociologo della Salute potrà legittimamente avvalersi di forme di pubblicità consentite dalle leggi vigenti, favorendo però quelle che facciano leva sui momenti di discussione scientifica pubblica del proprio lavoro, quelle che si sviluppano all'interno dell'associazione professionale, e, infine, quelle legate alla comunicazione tra persone oppure organizzazioni che si siano avvalse del suo lavoro professionale.

3. Il Sociologo della Salute che abbia assunto un incarico professionale deve mantenere fede agli impegni contrattuali, tutelando i legittimi interessi del committente e la riservatezza sulle informazioni di cui verrà a conoscenza.

4. Il Sociologo della Salute non deve accettare incarichi di lavoro finalizzati alla costituzione o all'uso di sistemi di documentazione, se non vi siano garanzie a tutela del cliente, dell'utente e del pubblico.

5. Per lo svolgimento del suo incarico di lavoro, il Sociologo della Salute richiederà un compenso equo, non subordinato ad altra condizione che alla realizzazione del suo intervento professionale. Non può accettare nessuna sovvenzione, contratto o incarico che

potrebbe violare i principi di questo codice.

6. Il Sociologo della Salute, interessato ad un progetto, stipula accordi, al momento dell'avvio dello stesso, riguardo all'assegnazione dell'incarico, ai rimborsi delle spese, all'accesso ai dati, ai diritti d'autore, così come agli altri diritti e responsabilità che devono essere accettati da tutti i partecipanti.

Articolo 6

1. Il Sociologo della Salute, nell'esercizio della sua professione, rispetta i diritti, la dignità e il valore intrinseco di tutte le persone, si propone di eliminare i pregiudizi e qualunque forma di discriminazione basata su caratteristiche personali, su appartenenze culturali, sociali e religiose.

Articolo 7

1. Il Sociologo della Salute, nell'esercizio del suo ruolo professionale, deve comunicare la sua identità professionale, spiegare la natura e gli obiettivi della sua attività. Deve esplicitare, secondo lo specifico ambito lavorativo, lo stato delle conoscenze, esperienze, metodi e delle proprie competenze.

2. Le informazioni, relative a singoli, gruppi, organizzazioni, istituzioni, devono essere accolte osservando il principio della volontarietà, evitando che, per qualunque causa, si creino situazioni d'obbligo o di manipolazione.

Articolo 8

1. Il Sociologo della Salute, nella raccolta, utilizzo e divulgazione delle informazioni, connesse alla propria attività professionale, non deve recare pregiudizio a coloro che le forniscono ed a coloro ai quali tali informazioni sono rivolte, salvaguardando il diritto delle persone alla riservatezza e all'anonimato.

2. Il Sociologo della Salute deve essere a conoscenza degli obblighi di ri-

servatezza derivanti dalle norme stabilite dalla legge ed è tenuto ad informare coloro dai quali attinge informazioni confidenziali.

3. Il Sociologo della Salute deve comunicare a coloro che forniscono informazioni riservate l'uso che di esse si intende fare, garantendo comunque la massima protezione e riservatezza anche sulle fonti delle stesse.

4. Il Sociologo della Salute deve chiedere il consenso per l'utilizzo di tecnologie elettroniche nella raccolta e per la diffusione dei dati. A questo scopo devono essere protetti gli archivi d'informazioni ed i dati raccolti, sotto il vincolo del segreto e dell'anonimato.

Articolo 9

1. Il Sociologo della Salute è responsabile dei risultati del proprio lavoro e delle modalità della loro divulgazione. Nel rendere pubblici tali risultati il Sociologo della Salute indicherà le fonti riguardanti studi, teorie, metodologie, strumenti di ricerca ed intervento che ha utilizzato e le collaborazioni di cui ha usufruito, anche in previsione di valutare i risultati della ricerca e dell'intervento e per giudicare i confini della loro validità.

2. Nelle presentazioni, nelle pubblicazioni sociologiche, nelle conclusioni dei risultati delle analisi, ricerche, interventi, i contenuti devono essere esposti in modo appropriato, comprensibile e senza alcuna omissione. In particolare nelle pubblicazioni devono essere indicate le eventuali fonti finanziarie e le condizioni nelle quali si è lavorato.

Articolo 10

1. Il Sociologo della Salute ha il dovere di contribuire allo sviluppo della professione attraverso la ricerca scientifica, il miglioramento continuo del proprio livello professionale attraverso corsi di formazione e aggiornamento, la docenza, nelle sue diverse forme, la

diffusione diretta, ove possibile, dei risultati raggiunti, la denuncia delle manipolazioni che egli riscontri nella scelta, nell'uso, nell'interpretazione di dati ed informazioni.

2. Nell'esercizio dell'attività di docenza è dovere del Sociologo della Salute presentare agli studenti le diverse teorie e gli approcci propri della disciplina, così com'è suo dovere rendere chiare le implicazioni deontologiche del lavoro del Sociologo della Salute.

Articolo 11

1. La partecipazione alla "Società" è limitata solo a chi abbia conseguito titoli professionali, nello svolgimento della rispettiva attività, o abbia conseguito una formazione scientifica adeguata rispetto alle attività professionali inerenti alla Sociologia della Salute. La "Società" prevede gli strumenti idonei per garantire un'attività sistematica di valutazione delle competenze dei Soci.

2. Gli appartenenti alla "Società" hanno l'obbligo di procedere all'aggiornamento professionale costante. La "Società" predispone gli strumenti idonei ad accertare l'effettivo assolvimento di tale obbligo.

Rapporti professionali e scientifici

Articolo 12

1. I rapporti di lavoro del Sociologo della Salute con professionisti d'altre discipline devono essere improntati ai principi della cooperazione, della valorizzazione, dell'integrazione disciplinare e professionale, garantendo le autonomie e le competenze specifiche di ciascuna area e professionalità.

2. Nell'esercizio della sua professione il Sociologo della Salute ha l'obbligo di rispettare la dignità personale ed il lavoro dei colleghi, ma anche di valorizzare il loro contributo, attraverso la diffusione d'informazioni, conoscen-

ze, strumenti di lavoro, senza violare gli impegni di riservatezza.

Articolo 13

1. Qualora, per lo svolgimento del lavoro, sia necessario l'apporto d'altri Sociologi o di collaboratori, il Sociologo della Salute ha il diritto-dovere che essi siano qualificati e di sua fiducia.

2. Nei confronti dei collaboratori il Sociologo della Salute ha il dovere del rispetto della promozione professionale, dell'equità nei compensi, del riconoscimento del loro contributo nelle pubblicazioni.

Articolo 14

1. Il Sociologo della Salute esprime valutazioni e giudizi professionali solo se basati sulla conoscenza diretta o su dati affidabili.

2. Il Sociologo della Salute non fa dichiarazioni ingannevoli e qualora venga a conoscenza di dichiarazioni ingannevoli, fatte da altri, prende le necessarie iniziative per contestarle.

Articolo 15

1. Il Sociologo della Salute non utilizza le persone da lui dipendenti a proprio vantaggio personale, economico, o professionale e tiene nei loro confronti un atteggiamento rispettoso.

2. Il Sociologo della Salute che, nell'espletamento della professione è chiamato a valutare o a selezionare colleghi o altre figure professionali, deve esprimere il suo giudizio in modo autonomo, indipendente e obiettivo, attenendosi esclusivamente a criteri di formazione scientifica e competenza professionale.

Articolo 16

1. Il Sociologo della Salute provvede al tirocinio e alla supervisione di studenti, tirocinanti e collaboratori che a lui fanno riferimento e prende le misure adeguate affinché essi possano

svolgere la loro attività in modo responsabile, competente, eticamente irreprensibile.

2. Il Sociologo della Salute, sotto la propria supervisione, delega alle persone di cui al comma precedente solo quelle responsabilità che possono portare a termine in modo competente, in rapporto alla loro formazione ed esperienza.

Articolo 17

1. Nella sua attività di docenza, di didattica e di formazione il Sociologo della Salute stimola negli studenti, allievi e tirocinanti l'interesse per i principi deontologici, anche ispirando a questi stessi principi la propria condotta professionale.

Articolo 18

1. Il Sociologo della Salute contrasta l'esercizio abusivo della professione e segnala al Consiglio Direttivo della "Società" i casi d'abusivismo o d'usurpazione di titolo di cui viene a conoscenza. Parimenti, utilizza il proprio titolo professionale esclusivamente per attività con questo pertinenti, e non avalla attività ingannevoli o abusive.

Violazione delle norme di deontologia professionale, procedimento disciplinare e sanzioni

Articolo 19

1. Ai sensi dell'articolo 11 dello Statuto, al Consiglio di Deontologia e per la Certificazione Professionale, quale Organismo dotato della necessaria autonomia funzionale, competono le funzioni di controllo generale sul rispetto del Codice Deontologico che regola l'esercizio professionale.

2. Le decisioni adottate dal Consiglio di Deontologia e per la Certificazione professionale a seguito del procedimento previsto dall'art. 11 dello

Statuto devono essere comunicate alle parti in causa e al Consiglio Direttivo per la loro esecuzione.

3. Avverso tali decisioni, entro il termine perentorio di 30 giorni dal loro ricevimento a mezzo di posta raccomandata con avviso di ricevimento, tutti gli interessati potranno chiedere la nomina di un arbitro unico che sarà nominato dal Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione ha sede la "Società" e che deciderà in base a quanto espressamente previsto nell'art. 18 dello Statuto, entro il termine di giorni 45 dal ricevimento formale di tutta la documentazione necessaria da parte del Consiglio di deontologia e per la certificazione professionale.

4. Ai sensi dell'art. 18, comma 1, dello Statuto, le controversie che dovessero insorgere tra i Soci in relazione ad interessi e diritti riconosciuti a favore di questi ultimi nella loro qualità di Soci e/o fra i Soci e la "Società", nonché tra gli eredi di un Socio defunto e gli altri Soci e/o la "Società" connessi all'interpretazione ed all'applicazione dell'atto costitutivo e/o, più in generale all'esercizio dell'attività della società, saranno deferite ad un Arbitro unico, che deciderà in via rituale secondo diritto, da nominarsi dal Presidente del Tribunale nella cui circoscrizione ha sede la "Società", su richiesta della parte più diligente.

Disposizioni finali

Articolo 20

1. I presenti articoli costituiscono l'integrazione delle norme legislative e regolamentari, disciplinanti la professione del Sociologo della Salute e devono essere osservati scrupolosamente e in perfetta buona fede dagli iscritti, sotto comminatoria di provvedimenti disciplinari che potranno essere presi, secondo la gravità delle infrazioni,

abusi e atti comunque lesivi dell'Etica Professionale.

2. Per assicurare lo scopo di cui il comma precedente, il Consiglio di Deontologia e per la Certificazione Professionale provvede ai sensi di legge e in base alle norme dell'ordinamento della professione di Sociologo della salute.

Articolo 21

1. Il presente Codice Deontologico ha valore nei confronti di tutti i Soci della "Società" e potrà essere in seguito integrato e/o modificato per adeguarlo alle leggi o ad altre fonti normative.

2. La Società Italiana di Sociologia della Salute si adopererà affinché il Codice Deontologico assuma la più ampia diffusione, condivisione e quindi costituisca orientamento, garanzia e vincolo nello svolgimento della professione di Sociologo della Salute.

Regolamento di funzionamento del Centro di studi avanzati sull'umanizzazione delle cure e sulla salute sociale

Università degli studi di Bologna
Polo scientifico-didattico di Forlì

Art. 1 - Istituzione

Presso l'Università di Bologna Polo scientifico-didattico di Forlì è istituito ai sensi dell'art. 14, comma 3, dello Statuto di Ateneo, il Centro di studi avanzati sull'umanizzazione delle cure e sulla salute sociale.

Il Centro è costituito su iniziativa del Polo scientifico-didattico di Forlì e

dai Dipartimenti di Sociologia, di Scienze dell'Educazione, di Scienze anatomiche umane e fisiopatologia dell'apparato locomotore.

Sostengono il Centro i seguenti Enti: Provincia di Forlì-Cesena, Provincia di Ravenna, Provincia di Rimini, Ausl Bologna, Ausl Cesena, Ausl Ferrara, Ausl Forlì, Ausl Ravenna, Ausl Rimini, Comune di Forlì, Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì, Ser.In.Ar., Ceub (Centro Universitario Residenziale Bertinoro), Cup2000, Fipes Group.

Il Centro ha la propria sede presso il Polo scientifico-didattico di Forlì.

Art. 2 - Finalità

Il Centro promuove e coordina studi e ricerche, anche con finalità applicative, sugli aspetti umani, relazionali, colti nell'ottica del cittadino, della salute/malattia, delle componenti organizzative, valutative e sociali del Sistema Sanità, nonché delle modalità attraverso le quali la salute viene condizionata dalle nostre modalità di convivenza economico-civile. Il Centro si propone come luogo di ricerca interdisciplinare in grado di catalizzare risorse, energie ed idee, a livello nazionale ed internazionale, con l'obiettivo di contribuire alla realizzazione dei suddetti obiettivi secondo una logica di soddisfazione prioritaria delle esigenze del territorio.

Art. 3 - Attività istituzionali

Il Centro si pone l'obiettivo di promuovere, organizzare e gestire:

- a) singoli corsi di alta formazione, convegni, seminari, nonché altre iniziative di educazione permanente volte allo sviluppo di nuovi profili professionali su questioni attinenti alle finalità del Centro, da tenersi anche su richiesta ed in collaborazione con

Amministrazioni pubbliche o con associazioni e soggetti privati;

- b) impostare ed attuare studi e ricerche nelle materie attinenti alle finalità del Centro;
- c) instaurare collaborazioni e proporre convenzioni con altre istituzioni universitarie e di ricerca pubbliche e private, italiane ed estere.

Art. 4 - Gestione

Il centro non ha autonomia di bilancio. La gestione amministrativa contabile è assicurata dal Polo scientifico-didattico di Forlì, ai sensi dell'art. 26 dello Statuto generale d'Ateneo, mediante attivazione di un centro di responsabilità all'interno del bilancio del Polo medesimo.

Il Polo, su proposta del Comitato scientifico, provvede anche a stipulare convenzioni relative alle attività del Centro con soggetti terzi.

Art. 5 - Organi

Sono organi del Centro:

- a) il Comitato istituzionale;
- b) il Comitato scientifico;
- c) il Presidente del Comitato scientifico.

Art. 6 - Comitato istituzionale

1. Il Comitato istituzionale è composto da un rappresentante per ciascuna delle istituzioni aderenti al Centro di cui all'art. 1 comma 2 e dal Presidente del Comitato scientifico, che ne assume la presidenza. Partecipano inoltre, con voto consultivo, un rappresentante per ciascuna delle istituzioni di cui all'art. 1 comma 3.

2. Il Comitato istituzionale
 - assolve ad una funzione di monitoraggio complessivo dell'andamento

- delle attività del Centro, nonché di supporto allo stesso e di indirizzo generale del Centro stesso;
- ha funzioni consultive su richiesta del Comitato scientifico;
 - approva il Regolamento interno che disciplina il funzionamento e l'organizzazione del Centro.
3. Il Comitato istituzionale ha la medesima durata prevista per la carica del Presidente e i suoi membri sono rieleggibili.

Art. 7 - Comitato scientifico

1. Il Comitato scientifico è composto da tre rappresentanti per ciascuna delle strutture universitarie di cui all'art. 1, comma 2, nominati dal Consiglio del Polo scientifico-didattico di Forlì fra docenti incardinati nei Poli di Forlì e Cesena su proposta di tali strutture. Qualora tali strutture non dispongano di docenti incardinati nei Poli di Forlì e Cesena potranno essere proposti altri docenti.
2. I membri del Comitato scientifico restano in carica tre anni e possono essere rinominati.
3. Il Comitato scientifico:
- formula proposte organizzative e di spesa al Polo scientifico-didattico di Forlì;
 - delibera sulle attività del Centro descritte all'art. 3 del presente Regolamento sulla base delle linee di indirizzo del Comitato istituzionale;
 - elegge fra i propri membri un Presidente ed un Segretario Scientifico.
4. Il Comitato delibera a maggioranza relativa dei presenti. In caso di parità prevale il voto del Presidente.

Art. 8 - Presidente del Comitato scientifico

1. Il Presidente del Comitato scientifico, eletto dal Comitato scientifico, è

nominato con Decreto del Rettore, che può a ciò delegare il Presidente del Polo di Forlì e resta in carica fino alla scadenza del Comitato scientifico che lo ha eletto. Il Presidente del Comitato scientifico non può essere rieletto consecutivamente più di una volta.

2. Al termine del mandato, ovvero quando il Presidente si dimetta prima della naturale scadenza del suo mandato, il professore di ruolo o fuori ruolo più anziano tra i membri del Comitato del Centro convoca tempestivamente il Comitato stesso per l'elezione del nuovo Presidente. Il nuovo Presidente, eletto in sostituzione del Presidente dimissionario, resta in carica fino alla scadenza del Comitato che lo ha eletto.

3. Il Presidente rappresenta il Centro, è responsabile del suo funzionamento e sovrintende alla realizzazione dei programmi e delle attività del Centro.

In particolare, il Presidente, coadiuvato dal Segretario scientifico:

- convoca e presiede le riunioni del Comitato scientifico;
- intrattiene rapporti con i terzi in nome del Centro, nei limiti dell'autonomia riconosciuta dal presente Regolamento di funzionamento;
- presiede il Comitato istituzionale.

Art. 9 - Finanziamenti del Centro

Costituiscono entrate del Centro:

- i contributi ordinari deliberati dagli enti di cui all'articolo 1 comma 3;
- i proventi delle iscrizioni ai corsi promossi dal Centro al netto della quota di oneri generali stabilita dagli Organi Accademici;
- i finanziamenti pubblici e privati;
- le liberalità e le donazioni;
- le eventuali dotazioni accordate al Centro dall'Ateneo e dai Poli scientifico-didattici dell'Università di Bologna.

Art. 10 - Ammissione di nuovi enti o Istituzioni di sostegno

L'accoglimento delle richieste di sostegno al Centro di ulteriori Enti o Istituzioni, compete al Comitato scientifico, che delibera a maggioranza assoluta dei propri componenti. Gli ulteriori Enti o Istituzioni di sostegno al Centro designano un proprio rappresentante nel Comitato istituzionale di cui all'art. 6, comma 3.

Art. 11 - Rinvio al Regolamento interno del Centro

Per quanto non stabilito dal presente Regolamento di funzionamento, si rinvia al Regolamento interno che viene adottato dal Comitato istituzionale ai sensi dell'art. 6 del presente Regolamento.