



La necessità di un intervento di prevenzione

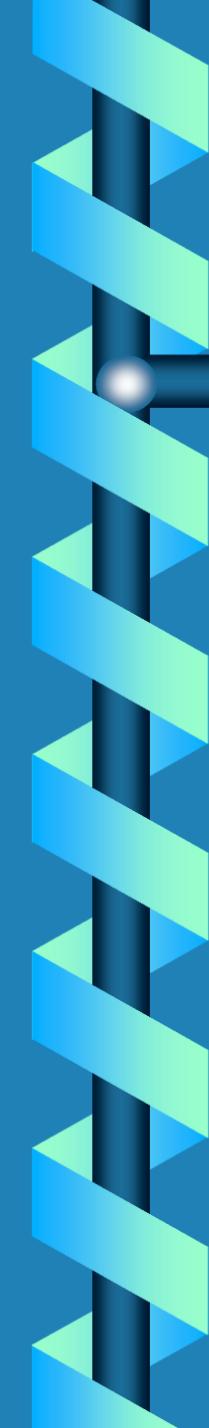


La necessità di un intervento di prevenzione

a Quante persone sono interessate dal problema (tossicodipendenza, abuso, uso) in un determinato periodo di tempo nell'area geografica di riferimento dell'intervento? Qual è l'incidenza e la prevalenza di casi rispetto alla popolazione target?

La prevalenza è il numero dei casi che presentano una determinata condizione o caratteristica nella popolazione di una particolare area geografica in un dato momento (ad esempio, il numero di persone che sono state sottoposte ad un trattamento metadonico negli ultimi 12 mesi).

L'incidenza è il numero di nuovi casi di un fenomeno particolare che si manifestano in una zona geografica specifica nel corso di una data unità di tempo. Si tratta di una misura di frequenza che stima la velocità del cambiamento di una determinata condizione della popolazione.



b. Cosa ci si aspetta nel caso non si faccia alcun tipo di intervento? e per quali motivi?

E' un esercizio che serve nella fase iniziale per chiarire gli obiettivi del proprio lavoro disegnando anche gli scenari che ci si aspetta nel caso non si cerchi di prevenire un fenomeno di cui si prevedano conseguenze negative.

c. Descrivere i motivi per cui è necessario intervenire

Indipendentemente dal numero delle persone toccate dal fenomeno, si dovranno comunque giustificare le motivazioni che sostengono l'intervento di prevenzione programmato.



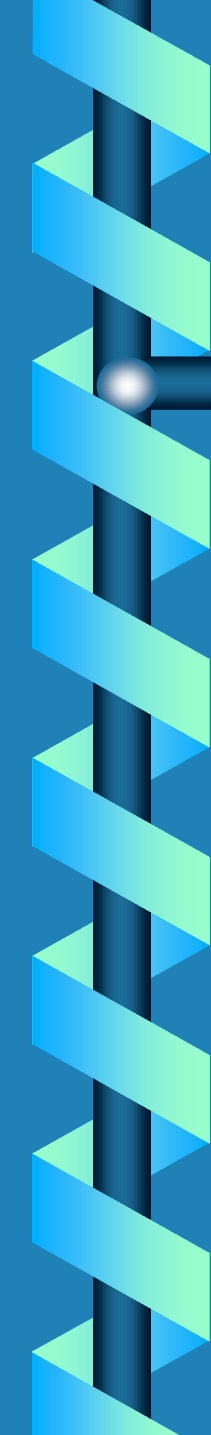
Analisi dei bisogni

L'analisi dei bisogni è la valutazione sistematica del fenomeno percepito e dell'opportunità dell'intervento proposto. Essa è essenziale per evitare errori nel giudicare le dimensioni del problema e quindi per valutare la necessità dell'intervento specifico.

Per la valutazione dei bisogni si possono usare diverse tecniche:


- del *testimone significativo/privilegiato* che consiste nell'identificazione, selezione e consulenza di esperti operanti nel settore. Il valore di questa tecnica è dato dalla possibilità di delineare un quadro di massima delle esigenze e dei servizi necessari per il **gruppo dei destinatari**. Il limite consiste nel fatto che il quadro di massima delineato potrebbe essere basato su pregiudizi o informazioni errate degli esperti. E' quindi buona regola redigere un piano strutturato di domande specifiche e concrete (chi, dove, che cosa e come) da utilizzare con tutti gli esperti, che consentirà di confrontare opinioni diverse in merito allo stesso fenomeno.
- della *consulta dei gruppi rappresentativi non istituzionali* che si basa su incontri con gruppi organizzati a vario titolo di membri della comunità e può essere impiegato per raccogliere informazioni sulla **prevalenza** e sull'**incidenza** di un problema e sulle caratteristiche del **gruppo target**. Anche in questo caso, come nel precedente metodo, è importante porre quesiti specifici per assicurare la **validità** dell'informazione.
- delle *indagini ad hoc* che è il modo più diretto e spesso più preciso per valutare la natura e la portata del problema specifico e, quindi, la necessità dell'intervento.
- degli *indicatori* che stima la popolazione obiettivo sulla base di dati epidemiologici provenienti da fonti statistiche ufficiali, nazionali regionali o locali.

Infine, va considerata la possibilità di attuare, per analogia, un intervento di prevenzione svolto in un'altra comunità, che presenta caratteristiche molto simili alla comunità nella quale si sta per intervenire.



*Vi sono molte teorie che spiegano l'abuso di sostanze stupefacenti da parte dei giovani sotto i vent'anni. Benché tutte abbiano una propria validità, le più accettate sono quelle relative all'interazione col sociale. Il presupposto principale è che il comportamento dei giovani sia fortemente influenzato dai genitori e dai coetanei e, da questo punto di vista, la prima esperienza con la droga è il risultato sia dell'esposizione a modelli consumistici che di una forma di **vulnerabilità** alla pressione sociale.*

(Da Linee Guida Europee, "Esempi", 1.2 a)



Olanda	USA
Riduzione del danno, accettazione del “consumo sicuro”	Proibizione per tutte le sostanze psicotrope: “L’unico uso sicuro è <i>non farne uso</i> ”
Normalizzazione del consumo e del consumatore	Denormalizzazione del consumo e del consumatore
Definizione prevalente dei problemi di tossicodipendenza	
Problemi sanitari	Problemi morali e sociali
<i>Giudizio morale</i>	
Relativamente debole	Forte

Alfred Springer, in “Modelli di valutazione della prevenzione primaria in Europa”.



Guerra alle droghe – Filosofie di riferimento

- *Obiettivo primario:* dissuasione per impedire alle persone di fare anche una sola esperienza con gli stupefacenti
- *Finalità primaria:* permettere agli individui di condurre un'esistenza nella quale non si faccia assolutamente uso di alcool, tabacco, droghe illegali e steroidi
- *Strategia primaria:* coordinamento della prevenzione insieme al trattamento e all'applicazione delle normative repressive all'interno di una strategia globale

Alfred Springer, in "Modelli di valutazione della prevenzione primaria in Europa".



Prevenzione delle tossicodipendenze secondo l'approccio europeo

Area 1

Uso responsabile di sostanze psicotrope

Accrescere/rafforzare la consapevolezza delle **regole sociali** riguardanti il consumo:

- rinunciare al consumo di determinate sostanze (droghe illegali, ecc.)
- rinunciare al consumo di droghe legali in determinate circostanze (...)
- assumere sostanze in maniera moderata e in situazioni accettabili

Migliorare la capacità di presa di coscienza relativa alla funzione dell'assunzione di stupefacenti: solo consumo

Nessuna assunzione come sostitutivo delle esigenze individuali o per risolvere i problemi

Area 2

Livello elevato di competenze generali

Migliorare la capacità per identificare i fattori di stress e affrontarli

Rafforzare la fiducia e la stima in se stessi

Migliorare le capacità di comunicazione

Comparazione dei sistemi di prevenzione primaria

<i>Modello europeo</i>	<i>Modello USA – Guerra alle droghe</i>
<i>Obiettivi</i>	
Educazione sanitaria Prevenzione della tossicodipendenza	Educazione sugli stupefacenti Prevenzione del consumo
<i>Strategie</i>	
Focalizzato sulla personalità Educazione sanitaria Nessuna direttiva forte contro l'assunzione di stupefacenti	Focalizzato sulle sostanze Influenza diretta/formazione Forti direttive contro l'assunzione di stupefacenti
<i>Filosofia</i>	
Enfasi sulla riduzione del danno Possibile “ consumo sicuro ”	Nessuna riduzione del danno Proibizione
<i>Sistema di riferimento teorico</i> <i>Teorie di riferimento</i>	
Approccio eclettico, sistemico (Teoria dell'apprendimento sociale, teorie psicodinamiche/di conflitto)	Behaviorismo Teoria dell'apprendimento Nessuna teoria di conflitto

Alfred Springer, in “Modelli di valutazione della prevenzione primaria in Europa”.



USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

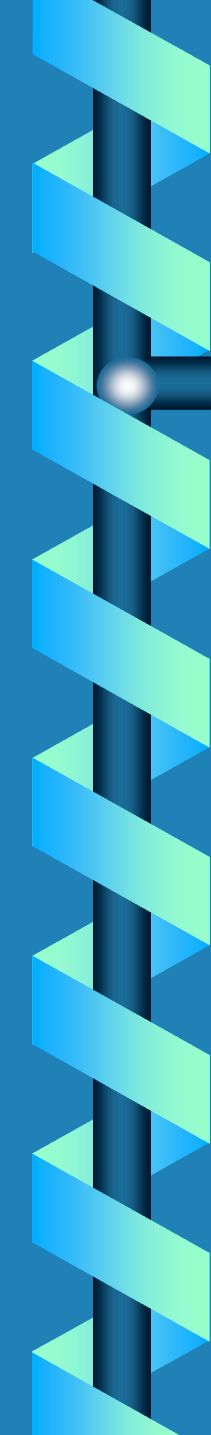
TERAPEUTICO

NON TERAPEUTICO

USO (saltuario)

ABUSO

DIPENDENZA

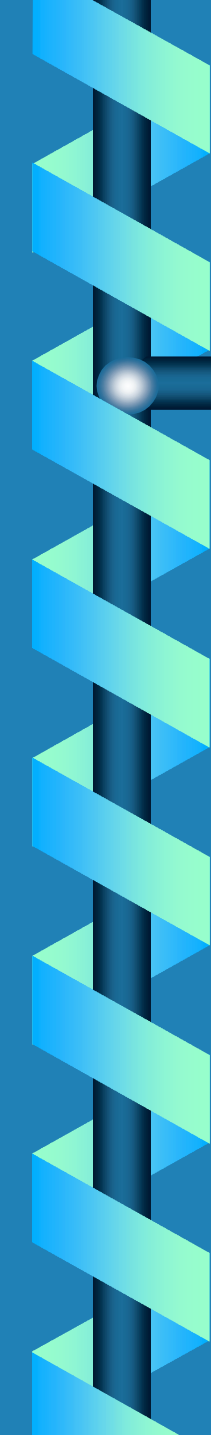


“...Purtroppo i dati disponibili sull’efficacia della passata educazione su alcol e droga sono scoraggianti. Dorn ha affermato che ‘non si può dire che alcun metodo conosciuto di educazione sulla droga ne riduca l’uso’ (1981, p.281). Questo desolante punto di vista è supportato da una vasta serie di evidenze. Le maggiori rassegne sull’educazione alla prevenzione di alcol e droga hanno raggiunto conclusioni coerenti (...). Questi autori hanno inferito che le iniziative educative *che sono state valutate (e la maggior parte **non lo sono state**)* sono state inefficaci. Alcune sono risultate **addirittura controproducenti**. Inoltre, è stato suggerito che i giovani che sono meglio informati sulle droghe illegali possono considerare queste ultime non come più pericolose, ma come meno dannose (...). Pickens (1983) ha suggerito che con tutta probabilità l’educazione sulla droga risulta irrilevante se fornita a giovani interessati a o coinvolti nell’uso di droghe. Se è successiva a un tale uso, è probabile che sia inefficace.

...

Le notizie non sono tutte negative. Alcuni studi hanno prodotto risultati più incoraggianti. E’ evidente che l’educazione alla salute *può aumentare i livelli di conoscenza reale, **anche se l’impatto di tali cambiamenti sul comportamento è imprevedibile.***

Da M. e M. Plant, *Comportamenti a rischio negli adolescenti*, Ed. Erickson, 1997



In ogni caso, la probabilità che ogni azione preventiva ha di ottenere risultati apprezzabili, è legata al maggiore o minore grado di conoscenza e di certezza sulle radici dei fenomeni da contrastare. I successi più eclatanti della prevenzione, in medicina, provengono dalla lotta a malattie dalle cause univoche e ben identificabili: per prevenire la malaria, o il vaiolo, la conoscenza precisa del fattore patogeno ha facilitato la messa a punto di procedure definite ed efficaci. E' invece assai arduo compiere interventi preventivi su disturbi dall'eziologia oscura o, quantomeno, complessa. La tossicodipendenza rientra senza dubbio in tale categoria. Questo ha portato gli studiosi a pensare in termini di “**causalità multifattoriale**” (Price), ovvero a tentare di identificare i fattori di rischio piuttosto che ricercare la singola causa del problema.



MODELLO EZIOPATOGENETICO MULTIFATTORIALE DELLA TOSSICODIPENDENZA:

Il problema nasce dall'incontro tra due **condizioni causali primarie** che devono **necessariamente coesistere**:

1. DISPONIBILITA' DI DROGA

2. COMPORTAMENTO DI ASSUNZIONE

sul quale influiscono

- Fattori Biologici
- Fattori Psicologici
- Fattori Ambientali

Che contribuiscono a determinare il livello di **vulnerabilità individuale**.

Questi elementi, in connessione alle caratteristiche specifiche delle diverse sostanze, sono alla base della condizione di tossicodipendenza.