

Giornata di studio e confronto:

Consumo di sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro:  
Prevenzione e gestione

***Prevenzione :***

***Approcci teorici e metodologie***

***Enrico Tempesta***

***Perugia, 28 gennaio 2011***

## *Prevenzione: Approcci teorici e metodologie*

- ✓ La dimensione epistemologica;
- ✓ La riduzione del danno/rischio;
- ✓ Gli interventi di salute pubblica;

# La Dimensione Epistemologica

EVOLUZIONE DELLE DEFINIZIONI DI  
**DIPENDENZA, ABUSO E USO**

<u><i>DSM Criteri</i></u>	Sottogruppo dei disordini di personalità	Sottogruppo dei disordini nell'uso di sostanze
DSM I & II	Omosessualità Nevrosi Alcolismo	
DSM III & IV		Abuso di alcol Dipendenza

# Dal DSM III al DSM IV

- DSM III – R: Abuso vs Dipendenza

- **1987:** categoria di dipendenza (sintomi fisiologici: tolleranza e astinenza)

- Categoria di abuso = categoria residua per coloro che non soddisfano mai i criteri per la dipendenza, ma che bevono nonostante i problemi alcol-correlati di tipo fisico, sociale, fisiologico od occupazionale o che bevono in situazioni pericolose.



- DSM IV: Abuso vs Dipendenza

- **1994:**

**Idem**

- La categoria di abuso si é ampliata ad includere il « bere » nonostante problemi ricorrenti di tipo sociale, interpersonale e legale come risultato dell'uso di alcol.
- *N.B. « Ansietà o depressione possono essere correlate all 'uso individuale di alcol o di altre droghe ».*

# ICD (WHO)

- 
- **L'ICD 8 (1967) classifica l'alcolismo insieme ai disordini di personalità e le nevrosi. L'alcolismo include il bere eccessivo episodico, il bere abituale eccessivo, la dipendenza da alcol (compulsione a bere, sintomi di astinenza).**
  - **L'ICD 9 include i criteri separati per l'abuso di alcol e la dipendenza e in più nota che l'uso di alcol in assenza di dipendenza « merita una categoria separata in virtù di questi effetti dannosi sulla salute ».**
  - **Nell'ICD 10, la dipendenza da alcol è definita in modo simile al DSM (craving, tolleranza, astinenza, uso di alcol per alleviare i sintomi dell'astinenza).**
  - **L'ICD 10 include «l'uso nocivo» al fine di non trascurare i problemi di salute correlati all'uso di alcol e di altre droghe. « Uso nocivo » = uso di alcol che causa sia i danni di tipo fisico che mentale.**

# I fondamenti epistemologici delle classificazioni mediche

Prendiamo l'esempio di un insieme di orologi che funzionano più o meno bene ...



## 1- Classificazione basata sui problemi apparenti (sintomatologia) - diagnosi:

Orologi che non funzionano più nemmeno quando vengono riparati;

Orologi che hanno un tic-tac irregolare;

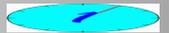
Orologi che non indicano l'ora esatta...



## 2- Classificazione basata sulle ragioni dirette delle disfunzioni (patogenesi) - terapia:

Orologi che hanno delle molle non fissate bene al loro punto di ancoraggio;

Orologi che hanno un pezzo difettoso (es. ingranaggi)...



## 3- Classificazione basata sulle cause dei problemi e delle disfunzioni (eziologia) - prevenzione:

Orologi che hanno avuto un'usura normale;

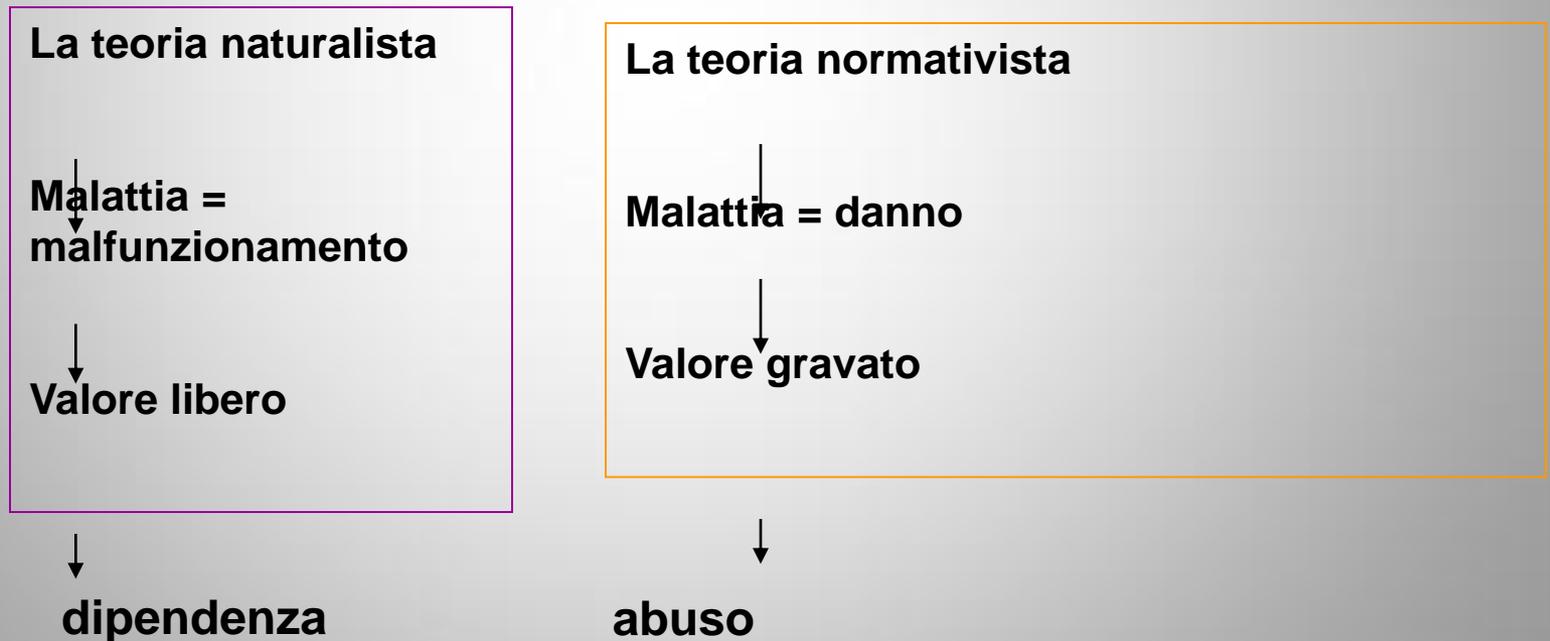
Orologi che non vengono utilizzati regolarmente ...



# Le teorie naturaliste e normative in medicina

## I concetti di *funzione* e di *danno*

(da Reznek, L. (1987), *The Nature of Disease*, Routledge & Kegan Paul.



# I criteri attuali di dipendenza e di abuso sono in rottura o continuità con i paradigmi storici ?

## L'esempio delle due vie dell'alcolismo

### Origine anglo-sassone

Rush (1785) : La malattia dell'ubriachezza

Trotter (1804): La malattia della mente; la malattia della volontà

*dipendenza*

Modello « A.A. »:  
Causalità = endogena  
Concezione del rischio = restrittiva

Approccio clinico +  
Centrato sul soggetto e la sua vulnerabilità specifica

Jellinek (1952): il concetto di dipendenza

OMS (Jellinek, 1960):

Il concetto di alcolismo

un compromesso empirico che fallisce nel dare una definizione unitaria di alcolismo

### Origine europea

Huss (1850)

Il concetto di alcolismo cronico

*intossicazione*

Modello « Via Libera »  
Causalità = esogena  
Concezione del rischio = estensiva

Approccio di sanità pubblica +  
Centrato sul prodotto e l'influenza dell'ambiente

# La Dimensione Epistemologica

	<b>Dipendenza</b>	<b>Abuso</b>
<b>Modello di classificazione</b>	<i>patogenetico</i>	<i>sintomatologico</i>
<b>Tipo di problema</b>	<i>disfunzione</i>	<i>danno</i>
<b>Teoria medica</b>	<i>Naturalista</i>	<i>Normativa</i>
<b>Localizzazione dei problemi</b>	<i>Interno (soggetto)</i>	<i>Esterno (ambiente)</i>

## La dimensione epistemologica

L'OMS tende ad inquadrare come malattia sia la dipendenza che l'abuso di sostanze (incluso alcol, tabacco e sostanze legali) come malattia eziologica, connotando nella sostanza d'uso la causa eziologica e mettendo in secondo piano la dimensione psico-sociale ed il ruolo della vulnerabilità individuale.

Le conseguenze di questa scelta sono di privilegiare una politica di salute pubblica di massa rispetto ad un approccio preventivo centrato sulla persona.

La riduzione del danno/rischio

L'approccio preventivo orientato sulla persona:

- Politica di riduzione del danno
- Politica di riduzione del rischio

# I fondamenti per una efficace politica di contrasto alla droga

- Riduzione della offerta e repressione del traffico
- Riduzione della domanda, prevenzione
- Trattamento, riabilitazione, inserimento sociale
- Riduzione del danno, minimalizzazione del rischio

# Riduzione del danno

Target:

- popolazione tossicodipendente con dipendenza da uso cronico di sostanze iniettate e socialmente emarginata
- ( principio di beneficiabilità)

# Minimalizzazione del rischio

## Target:

- Popolazione “normale” con stili di vita che comportano rischi individuali e collettivi per uso ,saltuario e/o continuato, di sostanze legali e illegali

# Riduzione del danno/rischio

- Obiettivi:
- Ridurre le patologie infettive trasmesse per via iniettiva e sessuale
- Ridurre la mortalità acuta(overdose o colpo di calore) diretta o conseguente
- Ridurre gli eventi dannosi per la salute (violenza , traumi,malattie)
- Ridurre l'esclusione sociale
- Tenendo conto che:
  - Non tutti i consumatori vogliono o sono in grado di smettere
  - Non tutti i consumatori vogliono o sono in grado di accedere ai servizi
  - I consumatori sono PERSONE titolari di diritti e doveri
  - In larga maggioranza i consumatori sono in grado di esercitare scelte di cambiamento pur continuando l'uso di sostanze

# Riduzione del danno/rischio

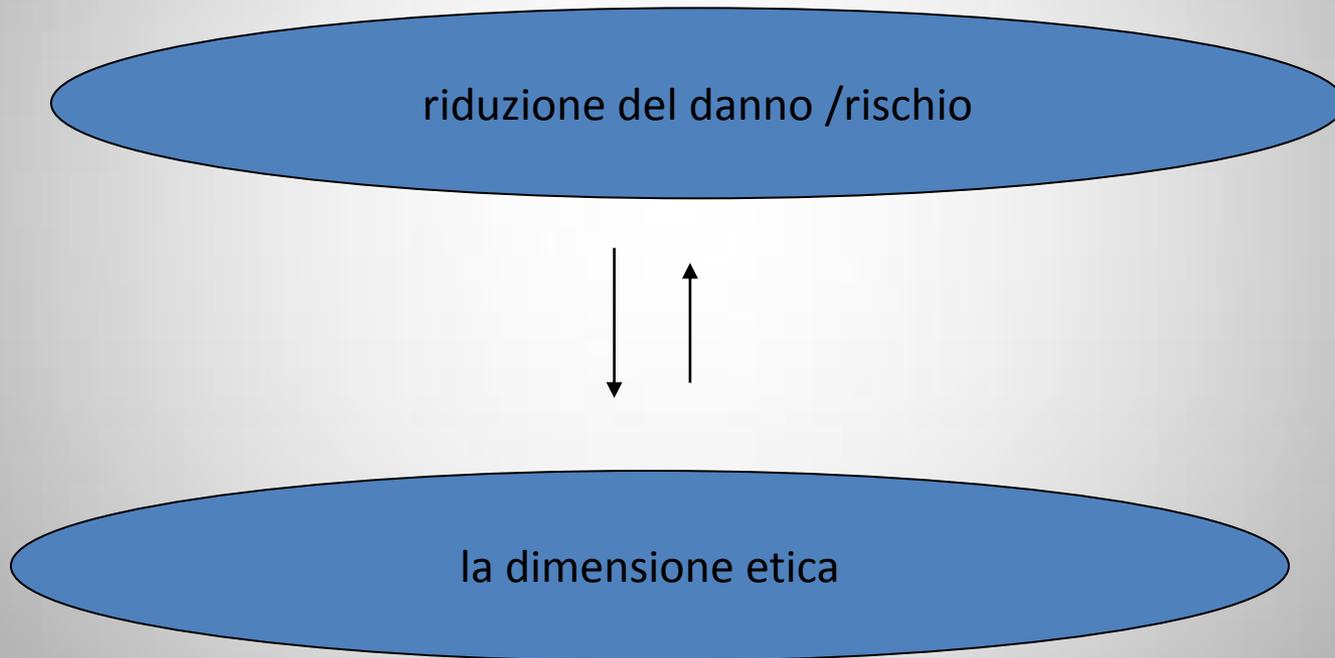
- Strategie di intervento:
- Facilitare il contatto tra consumatorie il sistema di trattamento, incontrando le persone nei loro luoghi di aggregazione e di divertimento
- Migliorare il livello di conoscenza e di consapevolezza sui rischi del consumo e nello stesso tempo conoscere i modelli di consumo che cambiano rapidamente
- Facilitare l'accesso ai materiali di profilassi e farmaci salvavita
- Migliorare la **qualità di vita**
- Facilitare l'accesso ai trattamenti

# Riduzione del danno/rischio

- livello individuale
- livello comunitario
- livello sociale

# Riduzione danno/rischio

- La problematica etica

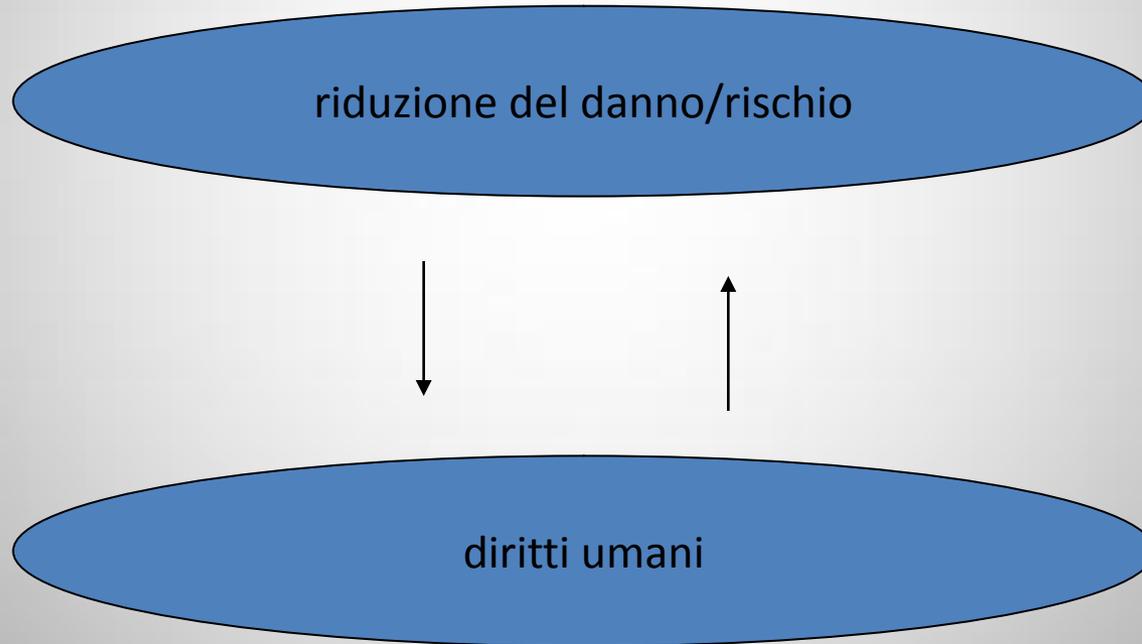


# Riduzione del danno/rischio - etica

- La R.D. rivendica una posizione di neutralità rispetto alla morale :
- “l’obiettivo primario è la riduzione dei danni correlati all’uso di sostanze piuttosto che l’uso delle sostanze per se”
- L’approccio è razionale, pragmatico, contestuale piuttosto che ideologico.
- Questa apparente neutralità entra in conflitto con il giudizio morale espresso generalmente per l’uso di sostanze illegali ( e per le legali?)
- Gli interventi di R.D.R. mettono in discussione il significato sociale e legale dell’uso di droghe
- Nei fautori della R.D.R. c’è un impegno crescente a sviluppare un fondamento “morale” a certe scelte pragmatiche
- Un punto di incontro può essere visto nello sviluppo di una
- **MENTALITA’ DELLA TEMPERANZA**

# Riduzione danno/rischio

- La dimensione giuridica



# Riduzione del danno/rischio - diritti umani

- Le politiche rigidamente proibizionistiche minacciano la libertà dei consumatori di sostanze illegali specie se dipendenti, ne fanno di soggetti marginali e stigmatizzati che vengono esclusi dalle normali categorie di cittadinanza, con gravi danni per la salute individuale e collettiva.
- La R.D.R. sfida la demonizzazione dell'uso di sostanze illecite promovendo forme di organizzazione sociale che rispettino la facoltà di vivere la propria vita secondo la propria "filosofia di vita" nel rispetto delle leggi
- Il rispetto del Principio di Autonomia come valore fondante della libertà individuale
- L'enfasi sul rispetto del principio di autonomia del consumatore entra in conflitto speculare con un'altra serie di diritti quali ad esempio:
  - Il diritto dei bambini di avere genitori non consumatori e non tossicodipendenti
  - Il diritto dei non consumatori di essere protetti dall'uso pubblico di sostanze e dai danni per la salute per la sicurezza che ciò comporta
  - Il diritto di coloro che pagano le tasse di protestare per i costi medici conseguenti all'uso di sostanze

# Riduzione del danno/rischio—diritti umani

- Un possibile terreno di mediazione potrebbe essere estendere la R.D.R al concetto di
- **RIDUZIONE DELLA VULNERABILITA**
- vulnerabilità intesa come l'insieme di fattori individuali, collettivi e sociali che sottostanno, predispongono e/o aumentano il rischio
- Ciò impone allo Stato /Collettività di individuare questi fattori e di intervenire in maniera adeguata e flessibile
- Ciò impone di includere nella R.D.R. aree come l'educazione ,il lavoro ,etc

# Riduzione danno/rischio

- La dimensione di “policy”



# Riduzione del danno/rischio – salute pubblica

- Se apparentemente gli interventi di riduzione del danno possono sembrare “antiterapeutici” e “libertari”, sotto il profilo di salute pubblica paradossalmente hanno anticipato quella che attualmente viene chiamata **Medicina di Sorveglianza** Cioè un regime disciplinare che ponendo al centro la salute collettiva( e i suoi costi) tende a controllare e regolare gli stili di vita dei singoli individui (fumo ,obesità, alcol,vaccinazioni obbligatorie per adolescenti, etc)
- L'enfatizzazione , attraverso le conoscenze epidemiologiche, di categorie come “anormale” da sempre più potere alla medicalizzazione del controllo dei comportamenti e degli stili di vita.
- In questo senso la proposta dell'OMS di rinforzare il concetto di malattia nell'uso e dipendenza da sostanze è una ulteriore spinta alla adozione di paradigmi “medici”a scapito di altre dimensioni del fenomeno.
- E' in nome della “salute pubblica” più che nell'interesse del singolo, che anche nella R.D.R vanno collocate certe iniziative come lo scambio di siringhe,la somministrazione controllata di eroina , etc. La riduzione dei danni sociali, la riduzione dei costi sanitari , la riduzione della diffusione delle malattie infettive nella collettività prevalgono sull'interesse del singolo.
- Questa nuova dimensione della politica di salute pubblica pone di nuovo una serie di questioni etiche tra le quali il bilanciamento tra autonomia dell'individuo e “bene” della collettività

# Riduzione Danno/rischio

- La prevenzione



## Riduzione del danno/rischio prevenzione e riduzione della domanda

- I Mass-media e gli estremismi di certe posizioni hanno contribuito a creare nell'immaginario collettivo la convinzione che R.D.R. sia una sorta di abdicazione ai concetti di "sobrietà", "astinenza"
- La definizione della certa dei diritti delle persone dipendenti da sostanze non è un messaggio di "normalizzazione" dell'uso di sostanze, è invece il riconoscimento dei diritti, come persona, di cittadinanza al pari di altri individui.
- In questo clima si pone il problema di come articolare gli interventi di prevenzione e di educazione
- Quale "credibilità" dare ai messaggi preventivi specie quelli destinati agli adolescenti ?

# Gli interventi di salute pubblica

---

*“ Coloro che stabiliscono le politiche sanitarie ed i ricercatori medici devono far capire meglio al pubblico che non si può mai essere sicuri di niente”*

Geoffrey Rose

# Gli interventi di salute pubblica

---

*I programmi di prevenzione di massa che mirano a modificare gli stili di vita aprono una serie di problemi etici veri, di ampie dimensioni e di difficile soluzione che raramente vengono discussi.*

# Gli interventi di salute pubblica

---

*Lo scenario:*

*Efficacia delle modifiche degli stili di vita.*

*Negli USA fra il 1980 ed il 2000 il crollo dei decessi per cardiopatie (da 542,9 a 266,8 per centomila abitanti) è dovuta solo per il 47 % alle nuove modalità diagnostiche e terapeutiche e per il 44% alla diminuzione dei fattori di rischio ottenuta modificando gli stili di vita.*

*Earl S. Ford et alii "Explaining the decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980-2000" The New England Journal of Medicine, June 7, 2007.*

# Gli interventi di salute pubblica

---

*Modificare gli stili di vita diviene così per lo stato una delle più promettenti opzioni praticabili per ridurre il peso della spesa sanitaria.*

*Karl Popper:*

*“Lo Stato è un male necessario: i suoi poteri non devono essere moltiplicati oltre necessità”*

# Gli interventi di salute pubblica

---

## *Uno Stato passivo?*

*mutare uno stile di vita è un processo che vede come attori non solo il cittadino (futuro paziente) e il suo medico curante ma l'intero corpo sociale.*

*“Tackling Obesity by Creating Healthy Residential Environments”*

*Edited by: S. Schoeppe and M. Braubach, World Health Organization , Regional Office for Europe, 2007.*

# Gli interventi di salute pubblica

---

- *alcuni dei fattori di rischio che vanno combattuti sono sostenuti da forti interessi commerciali.*
- *le campagne sugli stili di vita hanno un effetto più marcato sulla quota socialmente più elevata della popolazione che è in grado di modificare i propri comportamenti pericolosi più ampiamente e più celermente delle fasce più deboli. (Donald Acheson)*

# Gli interventi di salute pubblica

---

## ***I successi della politica coercitiva***

### ***Obbligo di utilizzo di caschi su ciclomotori***

- *uso del casco in Nord-Italia del 95,7 %*

### ***Divieto di fumo nei locali pubblici***

- *nello 0,3% dei locali era visibile del fumo;*
- *nel 2% c'era odore di fumo;*
- *nello 0,4% si è osservato almeno un fumatore;*
- *Il 92% dei gestori ha riportato che tutti i propri clienti rispettano il divieto.*

# Gli interventi di salute pubblica

---

*L'individuazione da parte dello Stato di un intervento efficace di modifica di uno stile di vita che costituisca effettivamente un rischio di massa per la salute.*

*che questo stile di vita sia percepito anche dalla maggioranza della popolazione e dai diretti interessati come pericoloso e modificabile.*

# Gli interventi di salute pubblica

---

- *Utilizzare la partita degli stili di vita come momento tecnico/politico di incremento dell'autonomia di decisione dei cittadini rafforzando, non indebolendo, il diritto di scelta individuale.*
- *Tentativo di far sperimentare ad ognuno che i limiti di legge non sono arbitrari ma corrispondono realmente ad una diminuzione della propria capacità di risposta ad un pericolo esterno.*

# Gli interventi di salute pubblica

---

*lo Stato dovrebbe mantenere un “confine mobile di imposizione” ed:*

- *intervenire , anche in modo coercitivo, nei confronti di quel tipo di atteggiamenti di provata efficacia che non sono ancora diventati patrimonio collettivo;*
- *abbandonare, invece, un atteggiamento impositivo man a mano che l’adesione culturale e sociale può garantire da sola un buon risultato preventivo.*

# Conclusioni

- La riduzione del danno è divenuta in questi anni un pilastro importante nella lotta alla droga. La sua presenza non è in contrasto con le altre aree di intervento, ma ne è una parte integrante.
- L'esperienza accumulata in questi anni attraverso ricerche , sperimentazioni, iniziative sociali ha contribuito ad allargare e ,senza dubbio, arricchire il dibattito sulle strategie di intervento sull'addiction.
- Le contraddizioni e le provocazioni poste dalla politica di riduzione del danno sono una risorsa in quanto:
  - Stimolano alla riflessione sul senso e sulla validità e adeguatezza di quanto viene messo in opera. Ciò risulta prezioso nel momento in cui ci si confronta con un fenomeno complesso , continuamente mutevole dove le poche certezze necessitano di continui adattamenti.
  - Spingono all'approfondimento degli aspetti etici dell'addiction. Gli operatori si trovano continuamente di fronte ,nella pratica quotidiana ,a scelte etiche e bioetiche senza il supporto di una "dottrina" che possa indirizzare il loro operare.

# Conclusioni

- L'approfondimento degli aspetti etici, in uno spirito di ascolto, di tolleranza e di rispetto reciproco può aiutare ,al di fuori delle strumentalizzazioni ideologiche/partitiche a migliorare le scelte di politica sanitaria in particolare e di lotta alla droga in generale.
- L'approfondimento etico aiuta a ricordare a tutti( policy makers, operatori, etc.) che stiamo affrontando problemi che interessano PERSONE che in quanto tali ,nella maggior parte dei casi, soffrono non solo per l'uso di sostanze ma anche per altre VULNERABILTA'che ne condizionano la salute mentale e fisica e la qualità di vita.