

accessibilità, di confortevolezza ecc. Qualsiasi sia l'ambito di utilizzo degli indicatori oppure la componente qualitativa da valutare, l'approccio valutativo è triplice e può riguardare: la struttura, il processo, gli esiti (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).

- ☛ Nella ricerca sociale empirica, uno dei problemi di maggior rilevanza per la corretta impostazione del disegno complessivo dell'indagine è quello relativo alla scelta degli indicatori: riguarda cioè la possibilità di stimare il valore di una variabile in relazione al valore di altre variabili, al fine di determinare la formazione di un dato quantitativamente definito e qualitativamente apprezzabile per la misurazione e l'interpretazione del fenomeno considerato. In altri termini, un indicatore esprime una funzione dinamica rispetto alla variabile (o all'insieme di variabili) di cui è rappresentativo poiché dà modo di verificare l'andamento nel tempo e nello spazio della variabile stessa e, quindi, del fenomeno ad essa riferito (OEDT, 1997).
- ☛ Elementi di misurazione collegati agli obiettivi ed espressi in numeri, che consentono di seguire l'evoluzione del cambiamento previsto in relazione alla situazione iniziale (OEDT, 1997)
- ☛ L'indicatore può essere qualificato anche in base all'obiettivo per cui viene utilizzato; ad es. gli indicatori valutativi permettono di valutare se e in che misura sono stati raggiunti gli obiettivi di un'attività programmata. A sua volta si parla di indicatori di processo se vengono utilizzati per valutare le modalità d'implementazione del progetto e d'indicatori di esito se vengono utilizzati per la valutazione degli esiti finali dell'intervento; gli indicatori di esito possono a loro volta suddividersi in indicatori di efficacia, d'impatto e di efficienza a seconda che vengano utilizzati per stimare rispettivamente l'efficacia, l'impatto o l'efficienza di un intervento (Leone, Prezza, 1999).
- ☛ Possibilità di stimare il valore di una variabile in relazione al valore di altre variabili al fine di determinare la formazione di un dato quantitativamente definito e qualitativamente apprezzabile, per la misurazione e l'interpretazione del fenomeno. Esistono, dunque, indicatori quantitativi e qualitativi, indicatori di risultato, di processo, di qualità.

## INFLUENZA SOCIALE

- ☛ Processo psicologico che agisce sulle attività intellettuali, sulle emozioni e sulle azioni di una persona o di un gruppo modificandoli in conformità alle attese di un'altra persona o gruppo. (Uopd)
- ☛ La teoria dell'apprendimento sociale postula che la persona, l'ambiente e il comportamento interagiscono influenzandosi reciprocamente. Apprendere dall'osservazione è un elemento importante della teoria: se le persone sono in grado di imparare dalle esperienze che compiono, così come dimostrato dagli studi sul condizionamento, esse possono imparare anche dall'esperienza delle altre persone. Secondo questa prospettiva gli individui assumono delle droghe perché si aspettano di ottenerne degli effetti positivi. Essi apprendono tali aspettative nel corso del processo di socializzazione, soprattutto in rapporto alle influenze intergenerazionali esercitate dagli adulti e a quelle intragenerazionali dei coetanei. Tali influenze si realizzano tramite due processi fondamentali: l'imitazione e il rinforzo sociale. Grazie a questi processi gli adolescenti fanno proprie le definizioni della realtà condivise nell'ambiente in cui vivono e adottano comportamenti e valori approvati da altri significativi. (Ravenna 1997).
- ☛ Capacità di modificare atteggiamenti giudizi e comportamento di individui o gruppi sulla base del potere informativo o normativo di chi si propone di convincere gli altri (Arcuri, 1995).

## INFORMAZIONE

- ☛ Il dare notizie (De Agostini, 1998).
- ☛ E' una conoscenza su qualche cosa o su qualcuno. Informarsi significa raccogliere delle notizie, aggiornarsi per dare una forma, una struttura, un significato ad alcuni avvenimenti o a una situazione. Informarsi vuol dire cercare di comprendere ciò che accade per intervenire il più lucidamente possibile (o per evitare di intervenire senza cognizione di causa) (Martiny, Cataldo, Antonello, pag.48-49, 1999).



## INTEGRAZIONE SOCIALE

- ☛ Indica la disponibilità degli individui a coordinare i propri comportamenti in modo da ridurre al minimo la conflittualità considerata il primo elemento di disintegrazione. In questo ambito si parla di integrazione sistemica a proposito delle regole che sono alla base della coesione sociale, e di integrazione sociale per i gruppi emarginati da integrare nel tessuto sociale. A proposito dell'integrazione sistemica esiste l'ipotesi di T. Parsons secondo cui l'integrazione dipende dalla diffusione di disposizioni comuni derivanti da modelli di valore interiorizzati attraverso l'educazione. L'ipotesi di E. Durkheim per il quale l'integrazione è un prodotto contrattuale derivante dall'interdipendenza connessa alla divisione del lavoro; l'ipotesi di C. Levi-Strauss secondo cui è il risultato dello scambio tra individui di beni economici e culturali di ogni tipo. (Galimberti, 1997)
- ☛ Disponibilità degli individui che compongono una società a coordinare regolarmente ed efficacemente le proprie azioni, mantenendo ad un livello tollerabile i propri conflitti. I sociologi positivisti attribuivano all'intervento umano nella storia, con guerre, rivoluzioni, politiche statali, la mancata integrazione sociale che invece l'osservanza delle leggi di evoluzione della società avrebbe permesso. La moderna sociologia dell'integrazione inizia con Durkheim e Simmel, i quali negano la naturalezza dell'ordine sociale. Sono state così formulate diverse teorie che individuano i fattori di integrazioni comuni a tutte le società o specifici di società preindustriali o industriali. Il termine integrazione è però utilizzato anche in un'accezione più debole riferita all'inserimento di una parte nel tutto: integrazione degli immigrati in una città industriale, di una nuova generazione, ecc. (Enciclopedia Garzanti, 1981)

## INTERVENTO DI PREVENZIONE

- ☛ Gli interventi di prevenzione sono quelle attività volte ad ostacolare l'insorgenza di una situazione problematica e a promuovere negli individui e nei gruppi forme di autotutela, incrementando le risorse personali e quelle ambientali. Gli interventi preventivi presentano un'ampia casistica che varia relativamente al target, ai metodi utilizzati, all'ottica teorica nella quale si inseriscono e all'approccio psicosociale adottato (OEDT, 1997).
- ☛ Attività od insieme di attività dirette ad un gruppo al fine di modificarne il comportamento. Nella prevenzione delle dipendenze, gli interventi a livello individuale o ambientale possono essere utilizzati al fine di prevenire od abbassare la percentuale di coloro che abusano di sostanze o dei problemi correlati (glossario Samhsa 2002).

## INTERVENTI DI PREVENZIONE BASATI SULLA SCIENZA

- ☛ Quando si parla di "science-based" ci si riferisce ad un processo in cui esperti, utilizzando criteri condivisi relativamente alle modalità di analisi di studi e ricerche, prevengono ad un consenso circa la credibilità e la sostenibilità dei risultati della valutazione degli stessi ([www.northeastcapt.org/science/framework/glossary.asp](http://www.northeastcapt.org/science/framework/glossary.asp)). Questo termine è utilizzato non solo per descrivere il processo, ma anche per indicare il singolo programma che risulta essere efficace. "Basato sull'evidenza" e "basato sulla ricerca" spesso sono utilizzati come sinonimi di "basato sulla scienza". I criteri che caratterizzano programmi "science based" sono: - essere basati su teorie e modelli ben definiti; - utilizzare modalità di raccolta dati e procedure di analisi appropriate; - possedere un alto livello di relazioni causa-effetto; - poter raggiungere la popolazione di riferimento. L'approccio alla prevenzione delle dipendenze basato sull'evidenza scientifica permette di individuare pratiche preventive che possano garantire risultati soddisfacenti ed efficaci (Orlandini et al., 2003).

## INTERVISTA

- ☛ L'intervista è uno strumento della ricerca sociologica e permette di ottenere dati di prima mano, direttamente vissuti. Le interviste differiscono secondo il grado di standardizzazione (non strutturata, semi-strutturata, strutturata), la tipologia di conduzione (diretta, telefonica, scritta), il numero di persone intervistate (individuate o di gruppo) (OEDT, 1997).

## INTERVISTA LIBERA O DE-STRUTTURATA

- ☛ Costituisce uno degli strumenti fondamentali del lavoro psicosociale, sia per le potenzialità esplorative che la stessa offre che per la sua apparente semplicità e adattabilità a tutte le situazioni. In realtà si tratta di uno strumento complesso e controverso che richiede un livello molto alto di professionalità, sia rispetto al controllo della dinamica relazionale relativa al setting, sia con riguardo all'analisi ed alla formalizzazione dei contenuti (Liciardello, 1994).

## INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

- ☛ Viene condotta sulla base di una lista di tematiche pre-determinate che il ricercatore può adattare alle caratteristiche degli intervistati, alle esigenze della situazione ect., cambiando sia l'ordine dei quesiti proposti sia la formulazione dei medesimi, fermo restando, però, l'obiettivo di raccogliere tutte le informazioni previste dalla ricerca (Liciardello, 1994).

## LAVORO DI GRUPPO

- ☛ Attività collegiale avente per obiettivo il massimo utilizzo delle competenze di ogni membro per raggiungere un obiettivo comune (Glossario Az. Ussl 19 Adria).

## LAVORO DI STRADA (OUTREACH)

- ☛ E' un'attività orientata alla comunità al fine di contattare individui o gruppi non contattabili tramite canali tradizionali quali l'educazione della salute nelle scuole, i servizi socio-sanitari, ecc. (Hartnoll et al., 1990).
- ☛ Il lavoro di strada si pone in una nuova ottica d'intervento sociale che porta il focus dell'azione direttamente nella strada. In parte il lavoro di strada è una risposta al bisogno di trovare nuove forme di intervento sociali capaci di superare l'insuccesso, nonostante i tentativi effettuati negli anni '80, delle politiche socio-educative centrate sulla costruzione di servizi e di centri di accoglienza per la persona (Bertolino, Gocci, Ranieri, 2000).

## LOCUS OF CONTROL

- ☛ Rotter (1966) teorizzò un tratto di personalità legato all'attribuzione esterna (l'ambiente, la situazione, gli altri) o interna (proprio volere, capacità, ecc) di quelle che la gente vede come le cause o i fattori guida del proprio comportamento. Il locus of control è il grado con cui le persone si aspettano che il rinforzo o il risultato delle loro azioni sia contingente al loro stesso comportamento o dipenda dalle caratteristiche personali piuttosto che essere in funzione del caso, della fortuna o del destino, o sia sotto controllo degli altri, o semplicemente imprevedibile (Rotter, 1990).
- ☛ Beavious e Doise (1988), giungono alla conclusione che non è un tratto di personalità, ma una variabile promossa dal contesto normativo sociale. I cosiddetti locus interni, infatti, appaiono più attivi, più inclini a nuove esperienze, più esperti, più competenti, meno sensibili alla persuasione altrui, più popolari. Si tratta quindi non di una caratteristica della persona, ma di una valorizzazione socialmente appresa di quelle posizioni che valorizzano il ruolo sociale dell'attore, cioè di quello che definiscono una norma di internalità. Una norma creata da un meccanismo di riproduzione ideologica che tende ad esaltare la libertà decisionale del soggetto. (Amerio, 1995)

## MAPPATURA

- ☛ Sul piano operativo, per costruire una mappa del territorio, da cui ricavare successivamente la mappa dei gruppi presenti in ciascun contesto, si può procedere attraverso una sequenza di operazioni successive, che consistono sia nella raccolta di materiale statistico (nonché di documenti scritti ed orali concernenti la cultura locale), sia nell'osservazione attenta dei fenomeni della vita sociale che si svolgono nel territorio preso in esame (Martini e Sequi, 1988).
- ☛ La mappatura consiste nella conoscenza dell'ambiente, considerato nei suoi vari aspetti: eco-



nomico, sociale, urbanistico, ecc. Generalmente tale conoscenza avviene tramite attività di ricerca-intervento, osservazione partecipante, raccolta di bibliografie di vita. Successivamente l'osservazione diventa più mirata, in modo da ottenere un quadro conoscitivo del territorio in cui si vuole operare e la costruzione di vere e proprie mappe territoriali (Bertolino, Gocci, Ranieri, 2000).

- ☛ Fare una mappa geografica e sociale significa evidenziare in che punto della regione, della città o dei quartieri possono essere trovati gruppi di consumatori di sostanze, e quali sono le loro caratteristiche e/o problemi. Solitamente è il primo passo di un progetto di un lavoro di strada, in quanto aiuta a definire obiettivi e priorità rispetto al gruppo target (E.M.C.D.D.A. 1999).

## MEDIAZIONE

- ☛ La mediazione è un processo attraverso il quale due o più parti si rivolgono liberamente ad un terzo neutrale, il mediatore, per ridurre gli effetti indesiderabili di un grave conflitto. La mediazione mira a ristabilire il dialogo tra le parti per poter raggiungere un obiettivo concreto: la realizzazione di un progetto di riorganizzazione delle relazioni che risulti il più possibile soddisfacente per tutti. L'obiettivo finale della mediazione si realizza una volta che le parti si siano creativamente riappropriate, nell'interesse proprio e di tutti i soggetti coinvolti, della propria attiva e responsabile capacità decisionale (Castelli, 1996).
- ☛ Un processo di cooperazione in vista della risoluzione di un conflitto, durante il quale un terzo imparziale viene sollecitato dai protagonisti per aiutarli a trovare una composizione amichevole soddisfacente (Bastard, Cardia-Vonèche, 1988).
- ☛ La mediazione è collocata tra le modalità di gestione/soluzione del conflitto che rientrano nella sfera delle decisioni private assumibili dalle parti e rappresenta, in certo modo, l'ultima possibilità che queste hanno di risolvere la situazione in piena autonomia prima di far intervenire un terzo che, in varia forma ed a vario titolo, assume una decisione in loro vece. Sembra utile soffermarsi brevemente su un uso diverso del termine mediazione che, spesso, ingenera taluni equivoci, non sempre e non del tutto ingiustificati. Nella sua origine latina, il termine mediare esprime, infatti, una pluralità di significati che vanno dal collocarsi in una posizione mediana, all'atto del dividere o dell'interporsi, concetto quest'ultimo che, secondo de Briant e Palau (1999), può essere definito come l'azione di mettere in relazione due termini o due soggetti (Luison, Liaci, 2000).
- ☛ Altre fonti invece esaltano l'aspetto comunicativo del processo come Castelli (1996) che lo definisce "mirato a fare evolvere dinamicamente una situazione di conflitto, aprendo canali di comunicazione che si erano bloccati"; o Melamed (2000) per il quale la mediazione è tour court "comunicazioni facilitate rivolte ad un accordo" o semplicemente "negoziazione facilitata" (Luison, Liaci, 2000).
- ☛ Nella promozione della salute, la mediazione è un processo grazie al quale i differenti interessi (personali, sociali ed economici) degli individui e delle comunità e dei diversi settori (pubblico e privato) sono conciliati in modo da assicurare la promozione e la protezione della salute.  
Il cambiamento degli stili di vita e delle condizioni di vita degli individui accende inevitabilmente dei conflitti tra i differenti settori ed interessi di una popolazione. Tali conflitti possono per esempio risultare come preoccupazioni riguardanti l'ottenere, l'utilizzare e il ripartire delle risorse. Per eliminare questi conflitti in modo da favorire la salute, potrebbe essere necessario che coloro che sono impegnati nella promozione della salute facciano degli sforzi considerevoli, utilizzando le loro abilità nel condurre un'azione di sensibilizzazione della salute (OMS, 1999).
- ☛ La mediazione quando viene fatta dal genitore o da adulti significativi favorisce la comprensione fra il mondo degli adulti e quello dei giovani. La mediazione, quindi, è uno strumento che permette di trovare un interesse comune quando c'è conflittualità. Tuttavia per arrivare alla soluzione è necessaria una negoziazione che è dunque uno strumento della mediazione sociale. Può essere utilizzata in ambiti preventivi diversi: nella comunità, in ambito scolastico e nel lavoro di strada.

## METODO

- ☛ Criterio e norma direttivi secondo i quali si fa, si realizza o si compie qualcosa (Il Nuovo Zingarelli, 1986).
- ☛ Metodo o approccio usato nel processo di valutazione. Comprende sia i metodi quantitativi che gli approcci qualitativi (glossario Oedt 2000).
- ☛ Metodo: è un termine il cui significato è condiviso. È però interessante sottolineare come nella pratica esso non sia considerato solo come strumento quantitativo o qualitativo ma usato anche nell'accezione di procedimento, processo, modalità pratica di intervento.

## METODO QUALITATIVO

- ☛ Si applica il metodo qualitativo alla valutazione per capire gli atteggiamenti di tipo soggettivo e gli orientamenti di valore associati ad un programma di prevenzione. L'approccio qualitativo mira ad una descrizione particolareggiata e ad una comprensione approfondita dell'oggetto del programma attraverso l'utilizzo di tecniche che poggiano sull'osservazione diretta, sulle interviste in profondità e sull'analisi della casistica. Può essere conveniente applicare il metodo da solo o in combinazione con tecniche quantitative quando un programma produce dati e risultati riferiti al singolo individuo partecipante, quando vi è preoccupazione per la qualità del programma o quando gli obiettivi sono piuttosto vaghi (OEDT, 1997).
- ☛ I metodi qualitativi applicati alla valutazione si pongono come obiettivo la comprensione di un programma, o di particolari aspetti dello stesso. Invece di affrontare lo studio nell'ottica di un insieme di aspettative preesistenti e riguardanti l'analisi e la valutazione di processi e risultati (metodi quantitativi), l'enfasi viene posta in una descrizione dettagliata e una comprensione completa derivante dal contatto diretto e dall'esperienza con il programma ed i suoi partecipanti. I dati qualitativi vengono raccolti attraverso l'osservazione, le interviste, gli studi di casi, ed altri strumenti di lavoro. Questo metodo può essere utilizzato in modo appropriato da solo o in combinazione con i metodi quantitativi, per esempio, quando il programma enfatizza risultati individuali, quando riguarda la qualità del programma o quando gli obiettivi del programma non sono ben definiti. I dati qualitativi non sono facilmente riassumibili in termini numerici, ma possono essere trasformati in dati quantitativi (Glossario Oedt 1999).

## METODO QUANTITATIVO

- ☛ Si applica il metodo quantitativo alla ricerca sociologica quando è possibile lavorare su dati statistici, provenienti da fonti ufficiali, da risposte a questionari strutturati, da interviste guidate, ecc. La quantificazione dei dati è possibile laddove le informazioni rispondano ai criteri di omogeneità, di ripetitività e complessità. Non è necessario in molti casi che i fenomeni siano globalmente simili; i processi di quantificazione possono infatti limitarsi ad analizzare le sole variabili che presentano un sufficiente livello di omogeneità, trascurando le altre e lasciando che vengano studiate con tecniche diverse. Non si può introdurre processi di quantificazione quando il fenomeno esaminato non ha un certo livello di ripetitività nel contesto. E' difficile definire il numero minimo dei casi che rendono opportuna una raccolta di dati secondo parametri quantitativi: molto spesso tale valutazione è strettamente legata al numero di variabili che si intendono prendere in considerazione nell'ambito dell'universo studiato e al numero di incroci che si intende operare. Per complessità si vuole indicare la presenza di elementi difficilmente quantificabili o la cui quantificazione determinerebbe un eccessivo impoverimento dei contenuti. E' questo il problema che molto spesso si presenta nel caso di interviste in profondità, o anche nell'elaborazione dei questionari con domande aperte, o con risposte particolarmente ricche di notizie (OEDT, 1997).
- ☛ I dati quantitativi sono osservazioni che possono essere facilmente rappresentate a livello numerico, come ad esempio le risposte a questionari strutturati. I metodi quantitativi nella valutazione riguardano in primo luogo la misurazione di un numero finito di risultati specifici. L'enfasi è sul misurare, riassumere, aggregare e comparare misurazioni e sull'identificare il significato delle analisi quantitative. Disegni sperimentali ed utilizzo di gruppi di controllo sono tecniche spesso utilizzate nei metodi quantitativi (Glossario Oedt 1999).



## MISSIONE (MISSION)

- ☛ Nella gestione aziendale indica la dichiarazione generale con cui un'organizzazione dichiara perché esiste (gli scopi, gli obiettivi generali che si propone). In altri termini dovrebbe rappresentare una definizione chiara, breve e stimolante della direzione da prendere (Morosini, Perraro, 2001).
- ☛ Missione deriva dal verbo latino mittere, inviare, mandare. Dunque spedizione, invio e, innanzitutto, incarico. Missione, sta per "attribuzione di ruolo", "mansione affidata", "compito attribuito". Si potrebbe quindi affermare che ognuno, e ogni organizzazione, ha la sua mission. Anche nell'ambito del sistema sanitario nazionale è indispensabile che ciascuna azienda sanitaria indichi il sistema di valori nel quale crede e lo espliciti chiaramente. La mission non deve diventare un documento informativo, ma deve costituire un fattore di comunicazione e di mobilitazione di tutti i livelli aziendali, perché è ormai provato che uno dei fattori di eccellenza di una organizzazione è l'allineamento tra valori dell'azienda, la sua mission e la sua vision e quella del singolo. Più i valori e gli obiettivi dell'azienda sono vicini a quelli dell'individuo, più l'individuo riconoscerà nella propria attività uno strumento di autorealizzazione (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).
- ☛ È l'impostazione complessiva con cui si opera, la propria epistemologia di riferimento che porta ad una teoria e ad un modello ben precisi. È stato proposto di sostituire questo termine con "schema di riferimento", cioè l'insieme di idee, immagini, esperienze che permette al soggetto di interpretare la realtà in maniera consapevole.

## MODELLAMENTO (MODELING)

- ☛ E' un'interazione in cui l'alunno viene progressivamente condotto da una regolazione esterna delle sue facoltà cognitive (la guida dell'insegnante) a un'autoregolazione cognitiva, adottando gradualmente tali attività come parte del suo repertorio (Galimberti, 1992).
- ☛ Secondo alcuni autori è una tecnica per l'incremento delle abilità sociali, che si basa sulla possibilità di imparare osservando un modello. Il modeling richiede che sia presente un soggetto considerato come modello, degli spettatori che osservano i suoi comportamenti e almeno un giudice in grado di evidenziare la corrispondenza tra le prestazioni manifestate da questi ultimi e quella presentata dal primo. Il "modello", per ricoprire effettivamente questo ruolo, deve dimostrare competenza nell'abilità oggetto di insegnamento ed essere in grado di controllare gli stimoli che provengono dall'ambiente. Il ricorso al modeling sembra particolarmente adeguato nel far apprendere abilità complesse e nuove che non appartengono, cioè, al repertorio usuale del soggetto. I modelli proposti possono essere presenti in carne e ossa, e in questo caso si parlerà di modellamento in vivo, o videoregistrati, o possono assumere la forma di cartoni animati o di pupazzi, dando vita a situazioni di modellamento simbolico; essi, in ogni modo, devono comportarsi in modo chiaro, accurato, facilmente riproducibile e adeguato alla situazione. Dopo che il modello è stato osservato e replicato dal soggetto "osservatore" è particolarmente importante fornire feedback e rinforzi e che si proceda con un'analisi accurata delle prestazioni attivate (Nota, Soresi, 1997).

## NEGOZIAZIONE

- ☛ Interazione verbale che mira a raggiungere un accordo tra due parti divise da interessi contrastanti e non immediatamente omogenei (Galimberti, 1992).

## NORME SOCIALI

- ☛ Le norme sono i valori e le credenze relative a modalità di condotta o a mete dell'esistenza ritenute particolarmente desiderabili. I valori o norme si suddividono in tre categorie : utopici ideali (mete rilevanti per l'individuo, per la vita collettiva e relative alla dimensione etica), finalizzati all'autorealizzazione (relativi al successo personale), centrati sull'interazione sociale (responsabilità, onestà, sicurezza familiare, fede religiosa) (Glossario Oedt 1997)
- ☛ Introdotto da Durkheim, con questo concetto si intendono le prescrizioni in cui ogni società o

gruppo traduce i valori nei quali si riconosce e sui quali fonda la propria cultura o sub-cultura: formulate con la finalità di far conformare a tali valori la condotta dei propri membri, le norme indicano i comportamenti a cui attenersi, o da evitare in determinate circostanze. Per tale via si tende a regolare ed integrare la vita sociale. Lo studio delle norme ne ha individuato quattro tipi (Summer, 1906): di uso, di costume, morali e tecniche (Enciclopedia Garzanti, 1989).

## OBIETTIVI

- ☛ Per obiettivo si intende lo scopo e i fini desiderati per cui viene realizzato un programma o un progetto; il termine è comunque piuttosto generico, ed è opportuno connotarlo per distinguere vari tipi di obiettivi: obiettivo generale, obiettivo specifico, obiettivo operativo (o altri termini analoghi) (Bezzi, 2001).
- ☛ In un progetto si possono generalmente distinguere diversi livelli di obiettivi: uno scopo generale od obiettivo generale, che indica un'aspirazione, una direzione, una formulazione generica e abbastanza astratta; e alcuni sottoobiettivi. Quando l'obiettivo o scopo generale è molto ampio, prima di passare alla definizione degli obiettivi specifici, sarà utile scinderlo in più sottoobiettivi, dai quali poi discenderanno gli obiettivi specifici. I sottoobiettivi sono ancora abbastanza ampi, ma già delimitano e definiscono meglio gli scopi che s'intende raggiungere. Gli obiettivi specifici indicano con chiarezza i cambiamenti o risultati attesi. Da ogni sottoobiettivo discendono uno o più obiettivi specifici (Leone, Prezza, 1999).
- ☛ Gli obiettivi sono affermazioni specifiche e misurabili in merito ad un risultato desiderato dell'intervento di prevenzione. Al fine di attuare un processo di valutazione, la formulazione di obiettivi deve specificare le variabili su cui si vuole agire e stabilire criteri di misurazione del successo. Le attività del programma e gli obiettivi devono essere legate da assunzioni verificabili e plausibili, e gli obiettivi devono essere legati con i risultati attesi. Obiettivi non ben definiti devono essere trasformati in obiettivi specifici, in quanto in assenza di quest'ultimi non risulta possibile implementare adeguatamente un intervento o valutarne l'efficacia (AA.VV., 2002).
- ☛ Le finalità di un intervento di prevenzione devono essere rese esplicite traducendole in obiettivi concretamente raggiungibili. Quindi, gli obiettivi devono risultare coerenti con le finalità, devono essere realistici e centrati sullo scopo che si intende raggiungere, oltre ad essere verificabili (OEDT, 1997).
- ☛ Obiettivo è un termine consolidato che va distinto da finalità. Il primo, infatti, ha un carattere più pragmatico mentre le finalità rappresentano gli scopi generali. È necessario mantenere distinti i due aspetti: da un lato, quindi, gli obiettivi specifici e dall'altro le finalità generali. È importante sottolineare che le finalità devono essere tradotte in obiettivi raggiungibili.

## OBIETTIVO GENERALE

- ☛ Obiettivo relativo ad effetti di lungo termine; generalmente espresso in termini generali (Bezzi, 2001).
- ☛ Scopo globale, soluzione o modifica del problema stabilito. La sua definizione dovrebbe comprendere una breve descrizione del cambiamento previsto, preferibilmente una misura quantificabile dei risultati, con riferimento alla popolazione, e quando si prevede che verrà raggiunto (glossario Oedt 2000).

## OBIETTIVO SPECIFICO

- ☛ Risultato intermedio necessario per raggiungere l'obiettivo generale. E' legato a diversi aspetti del problema stabilito. Dovrebbe essere preferibilmente quantificabile, in relazione alla popolazione specifica, e può essere definito in termini di tempo (glossario Oedt 2000).
- ☛ Obiettivo misurabile, valutabile, per il quale sono stati determinati criteri, indicatori, e soglie di raggiungimento. Si ricorda che, secondo l'acronimo SMART, gli obiettivi specifici dovrebbero essere: Specifici, Misurabili (cioè il loro grado di raggiungimento dovrebbe essere valutabile in modo riproducibile), Accettabili (condivisi), Realistici, Temporizzati (Morosini, Perraro, 2001).



## OPERATORE DI STRADA

- ☛ L'operatore di strada rappresenta, nelle sue molteplici possibilità di impiego, una figura dinamica per natura e finalità, che può contribuire ad estendere la rete dei servizi e a connetterli con le domande e le risorse del territorio, domande e risorse spesso ignorate perché informali (AA.VV., 2000).
- ☛ Alcuni requisiti di base che un operatore di strada deve possedere sono un'alta tolleranza alla frustrazione unito ad un atteggiamento di fiducia; una capacità di analisi critica e lucida della realtà, scevra da ideologie rigide e schematismi mentali; una buona capacità di ascolto attraverso un atteggiamento paziente, senza voler imporre assolutamente il proprio punto di vista; la riservatezza di quanto viene comunicato; una buona capacità di lavorare in una équipe multidisciplinare, rispettando i propri limiti e le altrui competenze professionali e nel contempo facendo rispettare le proprie; la consapevolezza dei rischi che comporta il lavoro di strada ed un conseguente atteggiamento prudentiale; facilità a socializzare ed a familiarizzare in un ambiente complesso ed ostile; possedere una buona stima di sé tale da non avere eccessive difficoltà a riconoscere i propri ed inevitabili errori (Serpelloni e Rossi, 1996).

## OPINIONE

- ☛ Ciò che si pensa di qualcuno o di qualcosa, pur senza la certezza assoluta di essere nel giusto. Idea, credenza. (Diz. Garzanti)
- ☛ Secondo il classico lavoro di Stoetzel (1943), l'opinione è un'asserzione valutativa su una questione controversa che mostra caratteri di instabilità, plasticità e specificità. Tra opinioni e condotta esiste un rapporto aleatorio e non costringente (Moscovici, 1963); la diffusione delle opinioni, in quanto sistema di comunicazione, non fornisce modelli unitari e globali, ma piuttosto temi ordinati in maniera debole, che insistono su un punto o su un altro ma non indicano la necessità di un'azione (Polmonari 1991).
- ☛ Conoscenza o credenza che non include alcuna garanzia di verità. Per lo studio delle opinioni i principali strumenti utilizzati sono le inchieste e i sondaggi. Viene chiamata inchiesta l'insieme delle tecniche che permettono di interrogare con colloqui diretti o con questionari standardizzati una o più persona sull'argomento oggetto dell'inchiesta, mentre, quando gli interrogatori sono effettuati secondo un piano preciso, ordinato nella forma del questionario, allora si parla più correttamente di sondaggio.(Uopd)

## OPINION LEADER

- ☛ Nell'ambito sociale e sanitario sono coloro la cui influenza risulta determinante per la diffusione di un certo modello culturale di intendere e programmare la sanità in un determinato territorio come, ad esempio, gruppi di volontariato, associazioni varie, gruppi culturali) (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).

## OSSERVAZIONE

- ☛ L'osservazione è la tecnica più semplice di cui ci serviamo quando vogliamo fare qualsiasi tipo di ricerca, poiché è sulla base di una certa quantità di dati osservati che si costituisce la successiva indagine scientifica (Antonini, Pansera, 1986).
- ☛ In primo luogo il termine osservazione viene utilizzato secondo un significato piuttosto ampio. In senso stretto, il termine si riferisce a forme di raccolta dei dati che utilizzino la "vista", al contrario dell'inchiesta che si basa prettamente sul rapporto verbale. Non resta che pensare all'osservatore come qualcuno che interagisce, che fa domande, che crea situazioni, che quindi in qualche modo modifica il corso naturale delle cose. Anche il termine partecipante viene usato per situazioni diverse fra loro. Esso, infatti, sembra implicare una particolare simbiosi dell'osservatore con l'ambiente o il gruppo che osserva (Niero, 1995).

## OSSERVAZIONE PARTECIPANTE

- ☛ Lo scopo dell'osservazione partecipante è quello di scoprire quegli elementi che tendono a



mantenere fisso un comportamento ad un dato quadro culturale di riferimento, elementi che simbolizzano l'esperienza di un certo gruppo sociale nel suo tempo e nel suo spazio storico (OEDT, 1997).

## PARTECIPAZIONE SOCIALE

- ☛ Partecipazione è un termine fortemente ambiguo e una rapida esamina delle definizioni che ne vengono date rivela questa ambiguità: nel dizionario della lingua italiana si legge prendere parte, aderire, dare od ottenere in parte. Un dizionario di sociologia fornisce una connotazione più precisa, indicando come partecipazione "le attività dei cittadini, singoli o associati, che intenzionalmente influenzano dall'esterno le condotte dei centri di decisione della politica, dell'economia e delle istituzioni socio-culturali connesse, soprattutto in riferimento alla distribuzione e allocazione di risorse umane e materiali, nonché delle ricompense o sanzioni secondo valori" (Colozzi, 1987).
- ☛ Le due polarità entro le quali si snoda il concetto di partecipazione sono partecipazione come esserci, far parte, cioè polarità significativa per la dimensione dell'appartenere e quindi per la definizione di un noi; partecipare come contare, influenzare in termini di potere, e quindi sulle decisioni, per la definizione di un noi soggetto politico e attore sociale (Berruti et al., 1996).
- ☛ Questo termine, visto nell'applicazione operativa e nell'ambito preventivo, fa emergere nuove sfumature, ad esempio, il protagonismo dei giovani. L'attivazione della partecipazione, è una tecnica, che si avvale di diversi strumenti, perché mira al coinvolgimento diretto dei gruppi giovanili nella realizzazione di eventi formativi e del tempo libero.

## PEER EDUCATION

- ☛ La peer education è la comunicazione fra coetaneo e coetaneo. Il suo utilizzo sistematico risale ai primi anni del 1800: gli alunni imparavano a tenere lezioni al cospetto di altre scolaresche su temi che avevano già appreso. Intorno agli anni '60 negli U.S.A. ha avuto una vera e propria rinascita. Negli anni '70 tale metodo si è diffuso prevalentemente nel Nord America e mirava principalmente a modificare comportamenti specifici e a sviluppare specifiche abilità. Teoricamente il metodo traeva ispirazione dalla teoria dell'apprendimento sociale. I giovani vengono preparati a fornire aiuto e consulenza ad altri giovani. La peer education è un metodo in base al quale un piccolo gruppo di pari, numericamente inferiore al gruppo di appartenenza, opera per informare il resto del gruppo che è numericamente superiore (Baggio, 2002).
- ☛ L'educazione attraverso i pari consumatori avviene attraverso la comunicazione di messaggi preventivi, in particolare in merito all'uso sicuro di sostanze e al sesso protetto, effettuata da pari a pari utilizzando il linguaggio della propria subcultura di riferimento. Tale tecnica è molto importante per il lavoro di strada con i consumatori di nuove droghe (OEDT, 1999).

## PEER GROUP (GRUPPO DEI PARI)

- ☛ Sono gruppi composti da amici o conoscenti che si riuniscono regolarmente, che hanno delle norme e dei valori comuni, in cui le idee ed i comportamenti di uno dei partecipanti sono importanti anche per gli altri membri del gruppo (Serpelloni e Rossi, 1996).

## PERCEZIONE DEL RISCHIO

- ☛ La percezione del rischio è una valutazione dei pericoli e dei problemi per la propria salute associati alla propria condotta, in cui intervengono numerosi processi psicologici che portano ad errori sistematici di giudizio, ad una fiducia ingiustificata nelle proprie possibilità, a negare l'incertezza degli avvenimenti. Vi sono comunque altri fattori che concorrono a determinare l'accettabilità dei rischi, come la familiarità, il controllo percepito, il potenziale catastrofico, l'equità e il livello di conoscenza (Uopd).
- ☛ I principali elementi che vanno a definire la "percezione del rischio" sono la sottovalutazione dei rischi e la sopravvalutazione delle proprie capacità di controllo, ovvero la percezione di



invulnerabilità, insieme al biases di falso consenso e alla sovrastima della diffusione del consumo nel proprio ambiente di vita, (Rumiati, 1998).

## **PERTINENZA**

- ☛ Un indicatore è pertinente se misura una caratteristica essenziale del fenomeno che si vuole rilevare. Più l'indicatore è pertinente, meno probabili saranno errori del tipo falsi negativi, cioè affermare che non esiste una condizione, ad es. difficoltà di lettura, quando invece esiste (Leone, Prezza, 1999).

## **PIANIFICAZIONE**

- ☛ Pianificazione, Progettazione e Programmazione sono tre termini che si trovano spesso insieme e sono strettamente interconnessi. La pianificazione è legata alla formulazione di un piano e della sua attuazione, la programmazione all'inclusione di un programma e la progettazione alla costruzione in toto di un progetto. A questi termini va affiancata la riprogettazione, fase di un progetto che prevede di modificare l'intera struttura dell'intervento, o parti della stessa, in itinere o alla fine dello stesso.

## **PREVALENZA**

- ☛ Il numero di tutti i casi, nuovi e vecchi, di una patologia o di un problema relativo ad un particolare periodo di tempo, di solito espresso con una stima con il numero di casi al numeratore e la popolazione a rischio al denominatore. Le percentuali di prevalenza sono spesso rappresentate riferite al numero di casi per una popolazione di 100.000 persone (Glossario Samhsa 2002).
- ☛ 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 (OEDT, 1997).
- ☛ La prevalenza è la percentuale di persone in una popolazione che risulta essere interessata da una particolare condizione patologica o essere caratterizzata da un determinato comportamento (ad esempio fumare cannabis) in un determinato periodo di tempo (AA.VV., 2002).

## **PREVENZIONE**

- ☛ Il concetto di prevenzione ha le sue radici nel mondo della medicina, ed in particolare dell'igiene, e fa riferimento al modello causa-effetto, ad esempio virus o agente patogeno-malattia, che da una parte implica una logica di tipo lineare e dall'altra presuppone un'idea di patologia facilmente identificabile. La prevenzione di fenomeni sociali come le tossicodipendenze, l'abbandono scolastico, il disagio giovanile in genere non può seguire questa logica lineare, perché ci si trova di fronte a fenomeni complessi e multideterminati. (Chavis, De Pietro e Martini 1994).
- ☛ La caratteristica peculiare della prevenzione è il suo orientamento al futuro. Essa si prefigge di intervenire su qualcosa che sta per accadere ma non è ancora successo: l'inizio di un disturbo, il suo andamento e aggravarsi, i danni e gli handicap che ne conseguono. Assumere un approccio preventivo è semplicemente estendere la gamma di attività di un servizio per coprire in modo più adeguato lo spettro delle possibilità di ridurre i disturbi e le loro conseguenze (Orford 1995).
- ☛ Caplan (1964), uno psichiatra, ha elaborato la prima e più conosciuta classificazione delle attività preventive, distinguendo i programmi per ridurre:
  - l'incidenza di ogni tipo di disturbi mentali in una comunità (prevenzione primaria)
  - la durata di un significativo numero di disturbi (prevenzione secondaria)
  - i danni che possono derivare da alcune forme di malattia (prevenzione terziaria).
- ☛ La prevenzione primaria è volta a ridurre l'incidenza. I destinatari sono coloro che sono ancora liberi da questo disturbo, sebbene possano essere considerati particolarmente a rischio. La prevenzione secondaria ha lo scopo di individuare precocemente i disturbi conclamati. I destinatari sono quindi attivamente ricercati tra i soggetti che stanno sviluppando un disturbo, con una modalità di lavoro basato sulla ricerca del caso. La prevenzione terziaria interviene sui

danni ed i problemi creati dal disturbo. L'idea è che il disturbo non debba necessariamente provocare disabilità e la disabilità non debba necessariamente diventare handicap (Orford 1995)

☛ Zani e Palmonari (1996) propongono questa classificazione:

- prevenzione primaria: intesa come l'insieme degli interventi rivolti a impedire l'insorgenza di malattie latenti nell'uomo sano odì situazioni sociali capaci di turbare l'equilibrio psicologico e le condizioni sociali dell'individuo
- prevenzione secondaria: che si identifica nel complesso delle attività tese ad individuare nell'uomo, presunto sano, i sintomi del primissimo insorgere della malattia; si rivolge all'uomo portatore di alterazioni evidenziate con indagini particolari, che ancora non danno disturbi soggettivi ma che possono costituire la fase clinica precoce della malattia. Strumenti della prevenzione secondaria sono la diagnosi e la cura precoce
- prevenzione terziaria: che si identifica praticamente con la cura e la riabilitazione, in quanto tende a impedire il progredire di una malattia conclamata e di handicap fisici e psichici, oltre che la morte

☛ Entrando nello specifico della prevenzione delle dipendenze, una classificazione proposta è quella fra:

- Prevenzione primaria delle farmacodipendenze: si intendono quegli interventi atti a evitare (o ridurre al minimo), l'uso scorretto e l'abuso delle droghe per farne un uso più razionale, sviluppando le condizioni psicologiche e sociali che evitino alle persone il ricorso a sostanze potenzialmente pericolose, come soluzione effimera ed artificiale ai problemi reali
- Prevenzione secondaria delle farmacodipendenze: è l'insieme di interventi atti ad aiutare le persone che già stanno facendo uso o abuso di droghe. Sono, ad esempio, gli interventi che forniscono a chi si trova in momenti di crisi informazioni sulle alternative alla droga, consigli su un uso razionale delle droghe ed indicazioni per un eventuale ricorso ai servizi di cura e riabilitazione (Monarca, Modolo, Bartoli e Scotti, 1986)

☛ Regogliosi (1999) propone quella tra:

- Prevenzione potenziale o promozione: interventi per migliorare la qualità della vita promuovendo salute, cultura e socializzazione;
- prevenzione aspecifica del disadattamento: interventi per sviluppare i fattori protettivi e contenere i fattori generali di disagio personale e sociale sia per coloro che si trovano a dover affrontare i normali problemi di crescita evolutiva sia per coloro che sono potenzialmente "a rischio";
- prevenzione specifica primaria: interventi sui fattori di rischio favorenti lo sviluppo di abuso e/o dipendenza da sostanze psicoattive;
- prevenzione specifica secondaria e terziaria: interventi diretti a soggetti con in atto una situazione di abuso, di dipendenza o di problemi alcol-correlati già strutturati.

## PROBLEM SOLVING

- ☛ Ricerca di una via di uscita in una difficoltà, una modalità per riuscire ad aggirare l'ostacolo, ottenere una soluzione che non può essere ottenuta immediatamente (Polya, 1968).
- ☛ Tecnica manageriale per la soluzione dei problemi che prevede la formulazione di ipotesi sulla loro genesi, la scelta della soluzione più conveniente nel contesto considerato, la progettazione dell'intervento per realizzare l'opzione prescelta e la verifica dei risultati (glossario Az. Ussl 19 Adria).
- ☛ Situazione pratica o teorica che attende una soluzione. Il cognitivismo si è particolarmente applicato alla soluzione di problemi distinguendo quelli ben definiti che hanno un obiettivo chiaramente espresso e quelli non ben definiti che richiedono una riformulazione (Galimberti, 1992).
- ☛ D'Zurilla e Golfried si riferiscono, con questa espressione ad una qualsiasi situazione di vita che richiede una risposta efficace, non immediatamente chiara o disponibile all'individuo per mantenere un buon livello di adattamento. L'individuo percepisce una discrepanza tra ciò che è, ovvero le contingenze attuali e ciò che dovrebbe essere, ovvero le contingenze che sono richieste o desiderate (D'Zurilla e Golfried, 1971).



## PROGETTAZIONE

- ☛ Il complesso delle attività per organizzare ed elaborare un progetto (Dizionario De Agostini, 1998).
- ☛ Quando pensiamo alla progettazione ci riferiamo ad un processo cognitivo e ad una attività che si esprime in innumerevoli modi e che è presente in molteplici ambiti. Pur nella diversità dei campi di applicazione, la progettazione è tuttavia un'attività fondamentalmente unitaria, orientata all'invenzione e realizzazione di artefatti anche molto complessi. L'urgenza di progettare e di governare in modo deliberato ambiti sempre più vasti e complessi del nostro mondo sociale stimola un interesse teoretico e pratico per gli aspetti progettuali dell'azione umana. Le forme emergenti di organizzazione sociale sono la risultante dei progetti, solo in parte deliberati e coordinati, di un gran numero di attori sociali. Ogni attore che si ponga il problema dell'innovazione, o semplicemente dell'intervento in una situazione per modificarla, ha di fronte a sé un problema di progettazione (Lanzara, 1985).
- ☛ La progettazione può essere definita, prima di tutto, un'attività cognitiva, che guida il cambiamento, che parte dal "problem posing" ed arriva al "problem solving". Essa può essere considerata adeguata solo se legata ad un esame di realtà e se si salvaguarda la fattibilità (Orlandini, Nardelli, Bottignolo, 2002).
- ☛ Il progettare è spesso inteso come prefigurazione dell'azione, del processo, quindi delle sequenze di atti che dovrebbero portare ad un risultato anticipato predefinito: l'obiettivo. Il termine progetto rimanda a volte più alla dimensione ideativa, altre volte più al modo di realizzarla. E' un termine di derivazione francese e ancor prima latina che discende da *proiectare* (esporre) e da *proicere* (gettare avanti) (Orsenigo, 1999).
- ☛ La progettazione intesa come attività cognitiva sposta l'attenzione sulle competenze progettuali possedute dagli attori sociali (singoli, gruppi o organizzazioni) e viene definita come "attività di produzione di mondi possibili", come "attività esplorativa e costruttiva volta alla ricerca e alla definizione di problemi", come "indagine pratica" (Lanzara, 1993).
- ☛ Vi sono tre approcci alla progettazione: quello della pianificazione, quello del problem solving, e quello della progettazione dialogica. A livello generale, nei primi due è possibile constatare la certezza di poter controllare, guidare e manipolare l'incertezza e l'ambiguità dei processi organizzativi attraverso una ragione assoluta o limitata, mentre il terzo è sorretto da orientamenti culturali e metodologici. Nella quotidianità la progettazione implica un processo di discussione, dialogo, scambio, conflitto, contrapposizione, rischio. Queste dimensioni mettono in evidenza come la progettazione sia un processo di inter-azione in cui tutti gli attori coinvolti nel progetto sono emotivamente e cognitivamente co-implicati (AA.VV., 1999).

## PROGETTO

- ☛ Piano d'azione che richiede capacità di valutare il futuro anticipandolo a partire da una corretta valutazione del presente e del passato (Galimberti, 1992).
- ☛ La stessa parola "progetto" può essere utilizzata con due significati diversi: progetto come percorso di realizzazione di un intervento (verifica preprogettuale, ideazione, realizzazione, gestione e verifica/valutazione) e progetto come stesura su cartaceo di un disegno d'intervento (Orlandini, Nardelli, Bottignolo, 2002).

## PROGRAMMAZIONE

- ☛ Specificazione degli obiettivi e definizione di programmi dettagliati relativi alle attività e alle risorse fisiche e finanziarie necessarie (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).

## PROMOZIONE

- ☛ La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo deve essere capace di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è quindi una risorsa per

la vita quotidiana, non è l'obiettivo del vivere. (OMS 1986)

- ☛ Il punto focale della promozione della salute non sta nel divenire sani, ma nello sviluppo di un concetto positivo misurato dalla capacità di valorizzare la dignità, di incrementare il controllo e le risorse della gente, di apprendere modalità utili a far fronte ai bisogni secondo le proprie aspirazioni, in qualunque condizione fisica il soggetto si trovi. La salute diventa risorsa, incremento di potenzialità, processo in divenire. E' il contesto quindi che specifica la salute delle persone, e che ne definisce il carattere ecologico, cioè il rapporto fra individuo e nicchia ambientale nel quale si svolge la sua vita giorno dopo giorno (Ingrosso, 1992).
- ☛ Secondo Green (1998) al centro dell'approccio abilitante della promozione della salute sta il concetto di restituzione alle comunità, all'individuo, alle famiglie e all'intera popolazione, del potere, delle conoscenze, delle abilità e delle risorse loro necessarie e che interessano il conseguimento della salute.

## PSICOLOGIA DI COMUNITA'

- ☛ La psicologia di comunità è nata nel 1965 come movimento di pensiero antiistituzionale in campo psichiatrico ed è andata caratterizzandosi come un tentativo di comprendere e migliorare la qualità dei rapporti uomo-ambiente. Le basi fondamentali della psicologia di comunità possono essere riassunte in questo schema:
  - Assunti sulle cause dei problemi: Un'interazione nel tempo tra individui, setting e sistemi incluse le strutture di potere e di sostegno sociale.
  - Livelli d'analisi: Dal micro al macro, con particolare enfasi sulle organizzazioni, i quartieri e le comunità.
  - Metodi di ricerca: Disegni quasi sperimentali, ricerca qualitativa, ricerca-intervento e il metodo dei casi.
  - Dove si pratica: Nei contesti sociali rilevanti, nei luoghi dove vivono gli utenti.
  - Approccio alla pianificazione dei servizi proattivo, volto alla valutazione dei bisogni e dei rischi in una comunità.
  - Strategie di intervento professionale: Enfasi sulla prevenzione rispetto alla terapia. Atteggiamento verso la condivisione delle conoscenze e delle competenze psicologiche Si incoraggiano tutte le modalità formali ed informali di condivisione, compresa la consulenza
  - Atteggiamento verso i contributi non professionali: Forte sostegno ai gruppi di auto-aiuto, di volontariato e non professionali. (Orford 1996)
- ☛ Una definizione proposta da Levine e Perkins (1987), la ritiene un orientamento e un modo di pensare, un insieme di credenze che pongono attenzione alle condizioni di vita della persona, e che richiedono perciò concezioni teoriche diverse da quelle utili per comprendere un singolo individuo, in quanto basate su unità di analisi più ampie.

## QUALITA'

- ☛ Caratteristica o insieme di caratteristiche che sono proprie di un individuo o di una cosa come segno distintivo rispetto a individui o a cose dello stesso genere (Dizionario De Agostini, 1998).
- ☛ L'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono a esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite (ISO 9000). Questa descrizione del concetto di qualità comunemente usata è molto sintetica e limitativa. Oggi, il concetto di qualità, così come quello di servizio, si presta a definizioni, usi e interpretazioni tutt'altro che univoci. Ad esempio la ASQC (American Society for Quality Control), definisce la qualità come globalità degli aspetti e delle caratteristiche di un prodotto/servizio da cui dipendono le sue capacità di soddisfare completamente un dato bisogno: caratteristiche fisiche, aspetto, durata, utilizzabilità, affidabilità, manutenibilità, supporto logistico, riparabilità, praticità, spedibilità. Questa definizione, molto estensiva, meglio si adatta alle logiche della qualità nel mondo dei servizi, in quanto i termini di paragone non si riferiscono più solo a standard numerici, non si limitano a caratteristiche quantificabili, misurabili, provabili ma si estendono a bisogni, attese, desideri (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).



- ☛ Insieme delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che gli conferiscono la capacità di soddisfare bisogni espressi o impliciti (include precedenti definizioni parziali quali conformità alle specifiche, idoneità all'uso, idoneità allo scopo, capacità di soddisfare il cliente (ISO 8004) (Morosini, Perraro, 2001).
- ☛ ISO (International Standard Organization). Norme fissate da organismi non governativi ma ufficiali in tutto il mondo. Linee guida volontarie, che cioè soggiacciono a una richiesta volontaria dell'azienda. La ISO fu fondata a Londra nel 1947 e ha come scopo la promozione della normativa nel mondo per facilitare gli scambi di beni e servizi. La sua attività si estende a tutti i settori eccetto quello elettrico ed elettronico. Dal punto di vista giuridico, si tratta di un organismo non governativo costituito dagli enti normativi di 124 nazioni. In Italia questa standardizzazione viene studiata e monitorata dall'UNI (Ente Nazionale Italiano di Unificazione) (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).

## QUALITA' DEI SERVIZI SANITARI

- ☛ L'insieme delle caratteristiche di un'entità che ne determina la capacità di soddisfare esigenze espresse ed implicite. Le esigenze implicite andrebbero identificate e definite. In molti casi le esigenze possono cambiare nel tempo; ciò implica riesami periodici dei requisiti per la qualità. Ogni Azienda traduce questo concetto di qualità in una propria definizione operativa (glossario Az. Ussl 19 Adria).
- ☛ La più bella definizione, anche se molto astratta, è quella di Donabedian: rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili (Morosini, Perraro, 2001).

## QUALITA' DEI DATI

- ☛ Insieme delle caratteristiche capaci di rendere un dato potenzialmente idoneo a soddisfare le esigenze conoscitive di chi lo utilizza (Bezzi, 2001).
- ☛ Le scienze sociali incontrano difficoltà nel misurare concetti qualitativi che dovrebbero spiegare la relazione tra il maggior numero possibile di variabili che definiscono un fenomeno. Nei processi di quantificazione, per garantire la qualità dei dati, ci sono due aspetti complementari:
  - a. quello logico-convenzionale che soddisfa l'esigenza di rigore,
  - b. quello empirico che assicura l'aderenza della descrizione alla realtà osservata.
 Per garantire la qualità dei dati, è indispensabile scegliere il livello di misurazione dei dati più adeguato al fenomeno analizzato e al modello di riferimento scelto (OEDT, 1997).

## QUALITA' DELL'INTERVENTO PREVENTIVO

- ☛ Esistono fattori che possono determinare il successo o l'insuccesso del progetto di prevenzione. Essi consistono negli indicatori di qualità dell'esecuzione di un intervento e sono: la credibilità e l'affinità degli operatori rispetto al target, l'adeguatezza degli strumenti e la comprensibilità del linguaggio, la rispondenza dei contenuti dei messaggi alle esigenze dei destinatari, la disponibilità a uno scambio comunicativo di opinioni e vedute, in modo tale che l'utente si senta partecipe dell'intervento stesso (OEDT, 1997).
- ☛ La qualità dell'intervento preventivo è un indicatore che presuppone una chiarezza di obiettivi e una valutazione significativa. Essa poggia sulla valutazione di tre aspetti: della teoria, del modello e delle strategie; e, comunque, ne rappresenta il valore aggiunto.

## QUALITA' DELLA VITA

- ☛ Il concetto di qualità della vita è stato introdotto nei primi anni ottanta dal lavoro pionieristico di Lehman (1983), che ha proposto tre indicatori oggettivi (non esser stato vittima di violenze nel corso dell'ultimo anno; basso ricorso a cure mediche nel corso dell'ultimo anno; frequenza di relazioni intime nell'ultimo anno) e quattro soggettivi (soddisfazione riguardo alla propria salute, il tempo libero, le relazioni sociali, le finanze) come buoni predittori del benessere glo-

bale di una persona. Da qui si è sviluppato un movimento per la qualità della vita, che mira ad una estensione dei concetti di salute e di disagio psicologico, partendo da un approccio individuale centrato sui sintomi sino ad includere una gamma più vasta di elementi, quali le risorse del vicinato e la comunità. Sia le caratteristiche oggettive dell'ambiente circostante che l'esperienza soggettiva, secondo questo approccio, debbono essere presi in considerazione per costruire un modello soddisfacente della qualità della vita (Orford, 1985).

- ☛ La qualità della vita è il modo in cui gli individui percepiscono la loro posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori nei quali essi vivono e in relazione con i loro obiettivi, le loro aspettative, norme e preoccupazioni. Si tratta di un concetto ampio, che include in modo complesso la salute fisica di una persona, il suo stato psicologico, il suo grado di indipendenza, le sue relazioni sociali, le convinzioni personali e la sua relazione con gli elementi importanti dell'ambiente circostante.
- ☛ La qualità della vita è presente quando gli individui stimano che i loro bisogni sono soddisfatti e che non sono privi di possibilità di essere felici ed appagati, qualsiasi sia il loro stato di salute fisico o la loro situazione sociale ed economica. L'obiettivo di migliorare la qualità di vita accanto a quello di prevenire problemi di salute evitabili, ha assunto un'importanza particolare nell'area della promozione della salute. L'OMS ha definito sei grandi aree che descrivono gli aspetti essenziali della qualità di vita in una prospettiva transculturale: un'area fisica (energia e stanchezza, per esempio), un'area psicologica (sentimenti positivi), un grado di indipendenza, delle relazioni sociali (sostegno sociale concreto), l'ambiente (possibilità di ottenere delle cure della salute), e le convinzioni e la spiritualità personali (senso dell'esistenza). Le aree della salute e quelle della qualità della vita sono complementari e si sovrappongono parzialmente (OMS, 1999).

## QUESTIONARIO

- ☛ Sequenza prestabilita di domande utilizzata nei sondaggi d'opinione, nello studio della personalità e nell'osservazione psicodiagnostica. Rispetto al colloquio spontaneo o ad andamento preordinato, il questionario consente di evitare alcuni fattori che rendono più complessa la valutazione comparativa delle risposte, come il coinvolgimento emotivo dello sperimentatore, le risposte impreviste che esigono un repentino adattamento delle nuove domande, lo sconfinamento delle risposte dal campo dell'interesse dell'intervista. Il questionario può essere a risposte chiuse o a risposte aperte: il primo prevede l'alternativa obbligata tra due o più risposte prestabilite, valutabili in base ad un protocollo di valori assegnati a ciascuna di esse; il secondo consente al soggetto di articolare risposte autonome, e in questo caso la valutazione dei risultati si fa più complessa perché più ricca di informazioni (Galimberti, 1992).
- ☛ Il questionario, detto anche "modello di rilevazione", è lo strumento attraverso il quale in una rilevazione statistica vengono raccolte le informazioni di base relative alle singole unità che si vogliono studiare: famiglie, persone, ditte, nascite, matrimoni, ecc. Il questionario, dunque, è il punto di partenza dell'indagine e ne costituisce un momento fondamentale (Arangio Ruiz, 1983).
- ☛ Un questionario è un insieme di domande, le cui risposte possono essere sistematicamente definite. In relazione alla modalità di risposta, i questionari possono avere risposte aperte (dove chi risponde deve formulare le risposte) o domande chiuse (dove si deve scegliere fra diverse risposte già formulate) (Glossario Oedt 1999).
- ☛ Il questionario è un piano strutturato di domande che consente di verificare delle ipotesi di ricerca. Il numero delle domande varia a seconda dei tipi e delle dimensioni dei fenomeni che si vogliono studiare. Per quanto riguarda la forma, nel questionario si possono distinguere domande chiuse - quelle cioè per le quali le risposte sono state previste in maniera predeterminata - e domande aperte, nelle quali le possibilità di risposta non sono stabilite a priori (OEDT, 1997).
- ☛ Il questionario è uno strumento che, per quanto apparentemente semplice, reca impliciti dei limiti conoscitivi (con riguardo alla costruzione, alla somministrazione, alla interpretazione dei dati, etc.) e comporta dei vincoli rigorosi che è indispensabile individuare per cercare di limitare il rischio che i dati "acquisiti", attraverso l'uso del medesimo, risultino privi sia di fonda-



mento scientifico che di utilità sul piano delle valenze conoscitive (Liciardello, 1994).

- ☛ Modulo che contiene una serie di quesiti scritti e, eventualmente, una possibile gamma di risposte tra le quali l'intervistato deve scegliere. Può essere somministrato direttamente o inviato, ad esempio, per posta. La compilazione diretta è fatta da un intervistatore professionista o preparato che sottopone le domande all'intervistato e riporta le risposte sul modulo. E' uno degli strumenti più usati per raccogliere informazioni nel corso di studi e ricerche (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).

## RAPPRESENTAZIONI SOCIALI

- ☛ L'autore che ha introdotto questo concetto è Moscovici (1966), definendolo come un sistema di valori, di idee e di pratiche con una doppia funzione: primo, stabilire un ordine che consenta agli individui di orientare e padroneggiare il loro mondo materiale e, secondo, rendere possibile la comunicazione tra i membri di una comunità dando loro un codice per le interazioni sociali e un codice per dominare e classificare in modo non ambiguo i vari aspetti del loro mondo e la loro storia individuale e di gruppo.
- ☛ Sistemi di idee, teorie della conoscenza costruite nell'interazione sociale quotidiana che costituiscono non solo una conoscenza socialmente elaborata e partecipata ma anche una conoscenza pratica che mira a farci dominare il nostro ambiente, a farci comprendere i fatti e le idee, a farci agire con gli altri e su gli altri (Trentin e Monaci, 2002)
- ☛ Le rappresentazioni sociali sono teorie proprie del senso comune che esprimono sistemi di valori, convinzioni e norme di comportamento, dotati della duplice funzione di organizzare la percezione del mondo e di servire da codice condiviso per la comunicazione sociale e gli scambi interpersonali. Sono elaborate da forze che attivano e regolano il funzionamento sociale di un gruppo, modificando la struttura e la funzione di un oggetto sociale o di un individuo particolarmente rilevante per il gruppo stesso. Due processi le caratterizzano, l'ancoraggio (porre l'oggetto sconosciuto in un quadro di riferimento ben noto per poterlo interpretare) e l'oggettivazione (estrazione di un nucleo figurativo che riproduce la struttura concettuale in maniera visibile, facendolo entrare nella realtà percepibile e concreta). (Polmonari 1991).

## RELAZIONE

- ☛ Vincolo, legame di varia natura tra due o più persone o gruppi di persone (De Agostini, 1998).
- ☛ E' il legame di dipendenza o di influenza reciproca fra persone. Essere in relazione vuol dire stabilire un'interazione con persone in un dato ambiente, cioè in uno spazio, in un momento, per un certo progetto e a certe condizioni (Martiny, Cataldo, Antonello, pag.86, 1999).
- ☛ Rapporto tra due variabili colte in una situazione determinata secondo le forme dell'identità, della successione, dell'opposizione, della coesistenza, della dipendenza, della causalità e simili. In questa accezione generale si parla ad esempio in psicologia medica di relazione terapeutica a proposito del rapporto medico-paziente, in psicoanalisi di relazione analitica; in psicologia della famiglia si parla di relazione duale a proposito del rapporto madre-figlio, di relazione triadica e di relazione fraterna a proposito dei rapporti familiari che si sviluppano dopo la prima relazione con la madre. Questi esempi, tratti dai diversi ambiti disciplinari, dimostrano la tendenza sempre più diffusa in psicologia a considerare la relazione come fenomeno originario rispetto alla costituzione individuale, nel senso che l'individuo si costituisce sempre a partire da una relazione e non come individualità isolata che instaura relazioni. La relazione è oggetto di studio specifico nell'accezione di relazione sociale o interazione di cui si occupa la sociologia o la psicologia sociale. Siccome la relazione ha proprietà che non sono rintracciabili nel comportamento di un solo partecipante, lo studio dell'interazione si rivela fortemente dipendente dalle possibilità di comunicazione verbale e non verbale, dai paradigmi di apprendimento operanti in un tessuto sociale e dagli aspetti funzionali che una relazione esprime in termini di riduzione conflittuale o di vantaggio individuale e collettivo (Galimberti, 1992).
- ☛ Il termine relazione acquista sfumature di significato diverse a seconda del contesto al quale si riferisce. La relazione, infatti, può essere intenzionale o informale: nel primo caso ha obiettivi specifici ed



è continuativa nel tempo; si tratta pertanto di una relazione educativa. Nel secondo caso, invece, è spontanea, nasce in contesti non strutturati, è una relazione intesa come scambio fra due o più persone. La relazione sociale, intesa come scambi fra persone, si costruisce attraverso diverse fasi: un primo contatto quando c'è un iniziale approccio, più o meno spontaneo, di avvicinamento fra due persone, dove non c'è intenzionalità educativa ma solo informativa. Questa prima fase può non avere seguito oppure portare i due interlocutori alla fase dell'aggancio, momento in cui oltre al materiale informativo vengono date informazioni più strutturate e approfondite. La relazione infine, rappresenta il momento conclusivo in cui non c'è un semplice scambio di informazioni precise e approfondite, ma si viene a creare una forma di dialogo in cui i due interlocutori parlano di sé. Essa può sfociare, paradossalmente, nel counselling per il fatto che, i due interlocutori, parlano in prima persona delle loro esperienze e idee in merito all'oggetto del dialogo stesso. L'aggancio, come la relazione, hanno una intenzionalità educativa in quanto puntano ad obiettivi ben precisi, sono momenti più strutturati e possono reiterarsi nel tempo.

## RESILIENCE

- ☛ Elasticità, Capacità di ricupero (Garzanti, 2000).
- ☛ Concetto indicato da Rutter (1990), con cui si intende la capacità di un soggetto di mantenere un discreto livello di adattamento anche in condizioni di vita particolarmente sfavorevoli (la capacità di essere flessibile e di resistere agli urti). Si tratta di un concetto che ha permesso di rilevare un adattamento inaspettato degli individui in circostanze inaspettate, facendo riferimento sia alla abilità dei singoli di far fronte allo stress, sia al risultato di un buon adattamento. L'autore afferma che non si può fare un elenco di elementi negativi o positivi, classificabili cioè come fattori di rischio o protezione, perché uno stesso elemento può in un caso essere un rischio ed in un altro caso essere protettivo. Ad esempio la malattia cronica può essere un fattore di rischio per lo sviluppo di disadattamenti evolutivi, ma può anche consentire ad un adolescente di essere più equipaggiato nelle avversità quotidiane. Questo significa che la resilience può essere stimolata da iniziative che permettano a ciascuno di avere la sensazione di poter incidere sulla propria vita e di influenzare più efficacemente il corso degli eventi (Zani 1999)

## RETE SOCIALE

- ☛ Il concetto di rete sociale fu coniato nel 1954 da Barnes, dopo aver studiato una piccola parrocchia di un'isola norvegese, nella quale esistevano una serie di legami relazionali del tutto particolari, che non dipendevano né dallo status sociale (rango di appartenenza), né da norme e valori. Questo significava che gli abitanti dell'isola erano legati fra di loro da legami che non tenevano conto di nessun carattere funzionale. Barnes definì così la rete sociale come un'insieme di punti uniti da linee, dove i punti rappresentano i singoli individui e le linee sono le relazioni che si instaurano tra le persone. Bott, nel 1971, ha messo in luce come una rete sociale non sempre può avere funzioni positive (ad esempio di sostegno e di supporto), ma alle volte, quando la "maglia" di relazioni diventa troppo stretta e chiusa, assume una funzione di controllo sociale, che mira a far mantenere ruoli fissi e non modificabili agli individui, costretti a ricoprire sempre gli stessi ruoli e identità sociali.
- ☛ Raggruppamenti di individui, organizzazioni ed organismi strutturati in modo non gerarchico intorno a delle tematiche o problematiche comuni, che fondano l'oggetto di un'azione preventiva e sistematica che si basa sulla volontà di agire e sulla complicità. Nello specifico la rete sociale è formata da relazioni e legami d'ordine sociale tra gli individui che permettono d'ottenere un sostegno sociale favorevole alla salute (OMS, 1999).
- ☛ Si parla di rete sociale quando ci si riferisce ai legami che si instaurano tra le persone e che le tengono unite, offrendo sostegno e supporto sia di tipo affettivo che materiale, al fine di salvaguardare il benessere dell'individuo. Mentre, per rete organizzativa si intende quella rete formata da organizzazioni unite da collegamenti che permettono scambio di conoscenze, competenze, risorse economiche per la realizzazione di un progetto, in vista di un vantaggio reciproco (Putton, 1999).



- ☛ Secondo Cafferata (1999) si ha una rete quando due o più organizzazioni entrano in un durevole rapporto di scambio che comprende più transazioni. Per organizzazioni si intendono tutti quegli enti che hanno a che fare con il settore della produzione e del commercio, come aziende e industrie; e tutti coloro che fanno parte dell'ambito dei servizi: ASL, Scuola, Comune, Cooperative Sociali, ecc.
- ☛ Anche nel caso della rete organizzativa si possono distinguere due livelli: rete formale e informale, dove la prima sussiste per un fine organizzativo e la seconda, invece, si costituisce su accordi e intese spontanee. Elementi componenti la rete organizzativa per Putton (1999) sono:
  - Nodi: enti, associazioni, gruppi di lavoro, ecc.
  - Connessioni: cooperazione lavorativa, connessioni burocratiche, transazioni economiche, informazioni, comunicazioni, impegni, obblighi, processi decisionali, processi di accomunamento, processi di conflittualità, ecc
  - Struttura: struttura gerarchica, operativa, informativa, sociale, politica, ecc.
  - Proprietà operative: dimensioni culturali (linguaggi, obiettivi, codici, valori, sistemi operativi, pianificazione e controllo, progettazione e innovazione, sistema premiante).
- ☛ Nel 1988 in Italia, Donati introdusse i concetti di reti informali e reti formali, le prime anche definite "primarie o naturali" e le seconde dette anche "secondarie o artificiali". Si distinguono due livelli di rete:
  - reti primarie: con questo termine si intendono quelle relazioni che esistono in una famiglia (relazioni che non possono essere scelte liberamente) e le cosiddette relazioni amicali, ossia i rapporti che si instaurano tra amici (possono essere scelti liberamente). Hanno un valore affettivo e di supporto per la crescita individuale.
  - reti secondarie: questa tipologia di reti si suddivide a sua volta in due categorie diverse:
    - rete secondaria formale: si intendono quelle istituzioni che offrono un servizio agli individui, il loro valore è di tipo professionale.
    - rete secondaria informale: in questa categoria si fanno rientrare le associazioni che si occupano di volontariato, e che offrono aiuti alle persone.
- ☛ È un insieme di persone che intrecciano fra loro relazioni che possono essere importanti. È sia un vincolo che una risorsa allo stesso tempo. La rete implica infatti sia dei legami che possono vincolare, e quindi impedire lo sviluppo, sia delle risorse che possono aiutare i partecipanti, favorendoli. Entrambi questi aspetti presuppongono una volontà individuale ed una certa unità fra i membri che fanno parte della rete. C'è una relazione fra la rete e il territorio in cui questa agisce, che non è solo un suolo geografico ma anche un'area organizzativa e relazionale. La rete consente all'individuo di tracciare dei confini: permette di definire alcuni ambiti e di contenere gli interventi. I confini sono territoriali nel senso che alcuni luoghi vengono utilizzati dalla rete in modo specifico, ma possono anche essere considerati con-fini, nel senso che nessun intervento della rete è illimitato. Nella prevenzione la rete presuppone che ci sia un gruppo, un progetto (e quindi una certa intenzionalità), ma anche una nascita, uno sviluppo e una fine. Le reti possono essere naturali od artificiali, visibili o invisibili. La non visibilità o la non consapevolezza dei membri di una rete è una caratteristica delle reti naturali: chi appartiene a questa rete spesso non è consapevole di quanto questa sia vasta e delle regole che la ordinano. Le reti artificiali, invece, tendono ad una pianificazione delle modalità di interazione, anche se ovviamente una parte del loro sviluppo rimane meno visibile e programmabile. Ci sono livelli diversi di rete che si differenziano: avere ben chiaro questo permette di ridimensionare le aspettative che si hanno sulla rete stessa con cui si opera o su cui si deve operare.

## RICERCA AZIONE o RICERCA INTERVENTO

- ☛ La ricerca-azione unisce l'esigenza della conoscenza con quella dell'azione e del cambiamento da introdurre nella realtà o nel proprio ambiente: rafforza nel complesso il senso della propria competenza (empowerment) (Polito, 2000).
- ☛ Oggi si parla spesso di ricerca-intervento, di ricerca-azione e di ricerca-azione-partecipata, impiegando indifferentemente l'una o l'altra definizione. Tuttavia si ritiene opportuno impiegare la denominazione ricerca-azione-partecipata quando si vuole sottolineare l'aspetto partecipativo, che non sempre appare così evidente in molte ricerche-intervento. Inoltre, poiché

non tutte le ricerche che vengono definite partecipate o partecipative lo sono veramente, occorre dotarsi di criteri e di indicatori di valutazione che permettano di entrare nel merito del processo attraverso il quale viene condotta o è stata condotta la ricerca. Presentiamo alcuni di questi criteri/indicatori: da chi è stata concepita; chi ha deciso l'oggetto della ricerca; chi prende le decisioni (e quali) nel corso del processo; chi utilizza i risultati; a chi rendono conto i ricercatori del loro lavoro; chi ne trae beneficio; chi impara nel processo; qual è la coerenza fra gli aspetti teorici e pratici; è un processo trasparente; chi esercita il controllo sul processo; come è distribuito il potere fra i vari attori che partecipano alla ricerca (in particolare ricercatore e membri della comunità) (Berruti et al., 1996).

- ☛ La ricerca-azione-partecipata che viene attivata da persone che condividono un'insoddisfazione rispetto alle condizioni nelle quali vivono e/o un comune desiderio di migliorare. Obiettivi e funzioni della ricerca-azione-partecipata infatti sono la conoscenza, l'apprendimento e il cambiamento. Questi tre aspetti sono interdipendenti e, in questa prospettiva, non può darsi l'uno indipendentemente dall'altro. Di conseguenza la ricerca-azione-partecipata integra intervento, formazione e ricerca in un'azione sinergica finalizzata al cambiamento. Per le sue caratteristiche e per i suoi obiettivi la ricerca-azione-partecipata è impiegata diffusamente in pratiche sociali finalizzate al cambiamento, soprattutto nell'ambito del lavoro di comunità. In particolare essa è essenziale per l'organizzazione di comunità, l'educazione popolare e l'animazione sociale, rurale e di comunità (Arcidiacono, Putton, 1996).

### RICOGNIZIONE

- ☛ La ricognizione è un'attività aerea, terrestre o marittima intesa ad accertare le forze, le posizioni nemiche e le condizioni poste ad un'azione tattica o logistica o tecnica (Zingarelli, 1986).
- ☛ Mutuata dal linguaggio militare, nel lavoro di comunità con ricognizione sociale si intende un'azione di conoscenza non approfondita di un territorio, dei suoi problemi, delle sue risorse. Questa conoscenza si ottiene osservando la realtà da diverse angolature che corrispondono ai diversi punti di vista degli attori sociali presenti sullo stesso territorio (Arcidiacono, Putton, 1996).
- ☛ La ricognizione non è un semplice "verificare cosa manca per intervenire". E' un'azione preliminare che tiene conto dei bisogni specifici. E' utile alla progettazione e si ritrova nelle fasi di avvio di un intervento.

### RILEVANZA

- ☛ Se è possibile scegliere fra più indicatori pertinenti, la scelta dovrebbe avvenire in base alla loro rilevanza, cioè all'importanza della caratteristica del fenomeno colta dall'indicatore. La rilevanza può essere considerata sia relativamente al particolare fenomeno e all'obiettivo specifico, sia relativamente allo scopo generale del progetto (Leone, Prezza, 1999).

### RIPRODUCIBILITA'

- ☛ Riproducibilità, ossia accordo tra valori dello stesso fenomeno rilevati da osservatori/rilevatori diversi (riproducibilità tra osservatori) o dallo stesso osservatore in tempi diversi (riproducibilità entro osservatori). Sinonimi di riproducibilità sono i termini stabilità, affidabilità, ripetibilità, attendibilità, precisione; quest'ultimo è il termine usato di solito in chimica e fisica. Nella valutazione della riproducibilità, occorre prestare attenzione alle sorgenti di variabilità considerate. Ad esempio, se si valuta la riproducibilità di un'intervista, si otterranno sicuramente risultati migliori se si confrontano non le interviste fatte da intervistatori diversi agli stessi soggetti, ma le codifiche fatte da intervistatori diversi delle stesse interviste videoregistrate. Per ripetibilità si intende talora una forma particolare di riproducibilità, quella osservata ripetendo le osservazioni esattamente nelle stesse condizioni, e quindi riducendo al massimo le sorgenti di variabilità. Una misura poco riproducibile va considerata in pratica anche poco accurata. Al contrario, una misura riproducibile può essere anche poco accurata, se i rilevatori/osservatori si sbagliano tutti nello stesso modo. Il porsi il problema della riproducibilità



lità è il primo segno di una mentalità scientifica (Morosini, Perraro, 2001).

- ☛ La riproducibilità rappresenta un indicatore di qualità perché se un intervento porta a risultati positivi e soddisfacenti può essere riproposto. Perché un intervento preventivo possa essere riproducibile deve utilizzare una metodologia esplicitata, che consenta a parità di condizioni, di riproporre strategie e tecniche accertate. Questo dovrebbe consentire anche un risparmio di tempo e di energie.

## **RIPROGETTAZIONE**

Il concetto di riprogettazione evidenzia come un intervento di prevenzione dovrebbe assumere le caratteristiche del progetto permanente, capace di svilupparsi in modo progressivo. Naturalmente tutto ciò è fattibile a condizione che la volontà politica del committente, l'assetto istituzionale, la struttura organizzativa, le capacità tecniche in gioco siano solide e adeguate e a patto che l'intervento, dotato degli strumenti necessari, sia costantemente accompagnato, monitorato, rilanciato da un pool tecnico-amministrativo a cui viene affidato un compito chiaro. Della riprogettazione fanno parte: l'eliminazione dei fattori evidenziati come ostacoli alla realizzazione del programma, il diverso uso delle risorse, laddove sia necessario, l'eventuale riformulazione degli obiettivi, l'individuazione di metodi più adeguati, l'eventuale ridefinizione del programma (OEDT, 1997).

## **RISCHIO**

- ☛ Il termine rischio mescola in sé un aspetto descrittivo con uno prescrittivo, cioè un aspetto di descrizione di come stanno le cose con uno relativo a come dovrebbero stare. Può descrivere una situazione soggettiva e, quindi, difficilmente quantificabile poiché legata all'ambiente sociale, all'ambiente di vita e alla personalità di un particolare individuo, oppure una probabilità oggettiva, intesa come probabilità di incorrere in un evento negativo e derivabile da indagini e ricerche. Nel primo caso è molto facile che il termine rischio abbia una connotazione sia descrittiva sia prescrittiva; nel secondo caso, invece, è molto più probabile che ci si limiti all'aspetto descrittivo. (Orlandini, Nardelli, Piras 1996)
- ☛ La parola rischio indica sia la probabilità di incorrere in un evento indesiderato sia la gravità di tale evento. Questo doppio significato, però, non ha carattere informativo, perché dà indicazioni quantitative ma non dice nulla circa la valutazione qualitativa del rischio, valutazione necessaria per prendere decisioni circa i "rischi accettabili" in una determinata situazione. (Vineis, 1993.)

## **RISORSE**

È l'insieme degli elementi di un'organizzazione che le consentono di raggiungere i propri obiettivi. Il termine comprende sia elementi hard, come ad esempio il personale, le attrezzature, la disponibilità finanziaria, le strutture e sia elementi soft, come ad esempio i modelli organizzativi, le procedure, le esperienze professionali, le informazioni, i processi, il tempo e le relazioni interpersonali (APSS Trento, 2002).

- ☛ Le risorse diventano cruciali quando si manifesta una carenza o un bisogno, per superarli. Qualunque cosa venga utilizzata per superare un problema può essere definita risorsa; in questo senso sono strettamente collegate ad un obiettivo che si vuole raggiungere, verso cui si tende. Nella relazione educativa la vera risorsa è la relazione fra le persone. Le risorse sono dei serbatoi di competenze; implicano collaborazione, scambio, aiuto reciproco. Ci sono risorse personali che si conoscono solo grazie ad un lavoro su se stessi, un confronto o una discussione; sono le nostre capacità relazionali, le competenze professionali, le potenzialità, le motivazioni, le abilità sociali ma anche i limiti. Questi ultimi devono essere intesi in modo positivo, cioè rappresentano il confine fra ciò che riesco a fare da solo e ciò che riesco a realizzare solo con l'aiuto degli altri. Si possono considerare limiti i fallimenti che però diventano risorse nel momento in cui divengono trampolini di lancio per la nuova progettazione degli interventi. Ci sono poi risorse ambientali che influenzano il modo di agire e di essere dell'individuo. L'ambiente fisico, infatti, modifica gli stili di vita, le risposte e la cultura di ogni persona; quindi, a seconda del luogo fisico in cui si abita, cambiano le risposte personali a problemi simili proprio perché si hanno stimoli diversi. Oltre all'ambiente fisico si devono considerare l'ambiente relazionale (cioè la

capacità di stare con, di mettersi in relazione con), e l'ambiente sociale (cioè la capacità di esprimersi in una collettività).

## SALUTE

- ☛ L'OMS ha elaborato una definizione di salute nel 1948, in cui la salute è uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solamente nell'assenza di malattia o di invalidità.
- ☛ Nel 1986 l'OMS ha proposto, nel contesto della promozione della salute, che si deve considerare la salute non come stato astratto, ma piuttosto come un mezzo per raggiungere uno scopo; sul piano funzionale, si tratta di una risorsa che permette di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico. La salute è una risorsa della vita quotidiana, e non lo scopo della vita; si tratta di un concetto positivo che mette in evidenza le risorse sociali e individuali, piuttosto che le capacità fisiche (OMS, 1986).
- ☛ Successivamente la definisce come un diritto fondamentale dell'essere umano, ed in tal senso la Carta d'Ottawa fa riferimento ad alcune condizioni preliminari per la salute, come la pace, risorse economiche sufficienti, alimenti ed alloggi appropriati, un ecosistema stabile ed un'utilizzazione delle risorse. Il tenere in considerazione queste condizioni preliminari mette in luce i legami inestricabili che esistono tra la situazione sociale ed economica, l'ambiente fisico, gli stili di vita individuali e la salute. Questi legami sono la chiave di una comprensione globale della salute, che è un elemento essenziale della definizione di promozione della salute. Conformemente ad una concezione globale della salute, l'insieme dei sistemi e delle strutture che reggono la situazione sociale ed economica e l'ambiente fisico devono tenere in considerazione l'incidenza delle loro attività sulla salute e il benessere individuale e collettivo (OMS, 1999).
- ☛ La Conferenza di Alma Ata (1978) sull'assistenza sanitaria di base riconosce l'importanza della partecipazione degli individui, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità locali nella definizione e nel perseguimento della propria salute. Questa riscoperta del "sociale" nel campo della salute sembra aver avuto due applicazioni o varianti: una partecipativa e una comportamentista. Nella prima versione l'accento è stato messo sulle capacità di controllo della gente rispetto agli obiettivi e ai modi di d'azione dei servizi sanitari e, in secondo luogo, sulle capacità delle famiglie, dei gruppi informali, delle associazioni "statutarie" di fornire delle prestazioni o un lavoro di servizio integrativo di quello professionale che ne aumentasse l'efficacia. La variante comportamentista ha focalizzato l'attenzione sugli "stili di vita", intesi come abitudini utili o dannose socialmente apprese, da confermare ed estendere nel primo caso o, più frequentemente, da modificare a livello individuale. Di qui il passaggio da una concezione di salute come stato da mantenere o da raggiungere, ad una definizione di salute come "fare", azione, capacità. (Ingrosso 1992).

## SENSATION SEEKING

- ☛ Zuckerman (1979) è il primo autore che ha elaborato la teoria del sensation seeking, introducendo questo concetto nell'analisi dei comportamenti a rischio. Con tale costrutto intende il bisogno di varie, nuove e complesse situazioni ed esperienze e la propensione a sopportare rischi psichici e sociali per raggiungere queste esperienze. Le persone che presentano un alto livello di sensation seeking, quindi, sono più inclini a tenere comportamenti a rischio, per sperimentare sensazioni intense o nuove. In particolare due componenti della ricerca di sensazione emergono dalle sue ricerche, e da quelle di autori successivi (Arnett, 1995, Horwath e Zuckerman, 1993): la novità e l'intensità delle esperienze, che vengono indicati come le principali spinte a sviluppare comportamenti a rischio.

## SENSIBILITÀ

- ☛ La capacità dello strumento di differenziare adeguatamente tra soggetti che differiscono nei loro atteggiamenti (Liciardello, 1994).



## SENSIBILIZZAZIONE

- ☛ Insieme di azioni individuali e sociali che mirano ad ottenere un impegno politico, il sostegno di una politica, l'accettazione sociale ed un appoggio dei sistemi per un obiettivo od un programma relativo alla salute.

La sensibilizzazione deve essere assicurata dagli individui e dai gruppi che si impegnano per creare delle condizioni di vita favorevoli alla salute e per l'adozione di stili di vita sani. La sensibilizzazione è una delle tre grandi strategie della promozione della salute e può prendere numerose forme, che comprendono l'uso dei media e dei multimedia, un'azione di influenza politica diretta e la mobilitazione della comunità, per esempio attraverso delle coalizioni d'interessi attorno a questioni specifiche (OMS, 1999).

## SIMULATE

- ☛ Giochi basati su un modello di un particolare sistema, che permette a chi partecipa di rilevare come il sistema potrebbe rispondere in determinate situazioni. Il Role playing è una specifica modalità di simulare. Sono disponibili molti giochi di simulazione, inclusi quelli computerizzati o supportati da un programma computerizzato (Garrett, 1999).

## SKILLS (vedi ABILITA')

## SPECIFICITA'

- ☛ La capacità di un criterio di selezione di identificare la popolazione bersaglio di un programma, escludendo le unità che non hanno e non svilupperanno le condizioni per le quali il programma è attuato (Bezzi, 2001).

## STEREOTIPO

- ☛ Gli stereotipi sono credenze circa tratti e comportamenti ritenuti caratteristici di gruppi sociali. Secondo Lippman (1922), il primo che si occupò del problema, molte decisioni prese dalle persone sono basate su preconcezioni. Questo fatto produce due fondamentali conseguenze: innanzitutto sono semplificati i fatti in quanto si propongono di rappresentare gruppi e non individui; in secondo luogo porta a interpretazioni errate degli individui, anche quando esiste un contatto con questi, a causa del carattere distorto delle aspettative stereotipiche. (Arcuri, 1995)
- ☛ Idea preconcepita, o teoria implicita di personalità, condivisa dai membri di un gruppo, riguardante le caratteristiche possedute da gruppi di persone. Attraverso gli stereotipi si trascurano le caratteristiche individuali (Hewstone et al 1991).
- ☛ Opinione preconstituita su una classe di individui, di gruppi o di oggetti che riproducono forme schematiche di percezioni e di giudizio. E' stato dimostrato che l'opinione su un gruppo di persone influenza il comportamento di tale gruppo, provocando comportamenti conformi allo stereotipo. Anche se sono valutati negativamente in quanto tendono a mantenere i pregiudizi sociali, gli stereotipo contengono comunque verità sufficienti a predire il comportamento di individui e di gruppi. (Uopd)

## STILE DI VITA

- ☛ Lo stile di vita può essere inteso come un insieme di scelte e opzioni culturali del soggetto posto in specifiche reti di relazioni e in ambienti di vita quotidiana. (Colozzi 1999).
- ☛ Modo di vivere che si basa su dei tipi definibili di comportamento che sono determinati dalle relazioni reciproche tra le caratteristiche personali di un individuo, le relazioni sociali e le condizioni di vita socio-economiche ed ambientali. Questi tipi di comportamento sono adottati nel tempo e sono messi alla prova in diverse situazioni sociali e possono quindi essere modificati. Gli stili di vita degli individui possono avere degli effetti importanti sulla salute individuale ed altrui. Per migliorare la salute permettendo agli individui di cambiare il loro stile di vita, le misure adottate devono essere orientate non solamente verso l'individuo ma anche verso

la situazione sociale e le condizioni di vita, che si influenzano vicendevolmente per produrre e mantenere questi tipi di comportamenti. Comunque, è importante rendersi conto che non esiste uno stile di vita "ottimale" da raccomandare a tutti. La cultura, la struttura familiare, l'età, le abilità fisiche, l'ambiente professionale rendono alcuni stili di vita e condizioni di vita più interessanti, più realizzabili e più appropriate (OMS, 1999).

- ☛ L'approccio comportamentista ha focalizzato l'attenzione sugli "stili di vita", intesi come abitudini utili o dannose socialmente apprese, da confermare ed estendere nel primo caso o, più frequentemente, da modificare a livello individuale. Nell'ottica socio-ecologica lo "stile di vita" descrive modalità ricorrenti di interazione con l'ambiente e le capacità di adattamento attivo alle sollecitazioni da questo provenienti, piuttosto che essere visto come somma di comportamenti a sé stanti. (Ingrosso 1992).
- ☛ Uno stile di vita può essere correlato con specifici comportamenti verso le droghe, in certi gruppi ed in specifiche condizioni sociali o ambientali. Un esempio è il ballo, quando in situazioni come house o rave party è associato all'uso di droghe sintetiche. Un intervento di prevenzione può avere come suo obiettivo un cambiamento in questo stile di vita. (AA.VV. 2002).

## STRESS

- ☛ Il concetto di stress è diventato popolare grazie allo studio di Selye (1976) sulle risposte fisiologiche agli stimoli nocivi. Selye ha individuato un insieme di risposte corporee apparentemente aspecifiche ad attacchi fra loro molto diversi (freddo intenso, ferite, infezioni) ed ha definito queste risposte endocrine con il termine di stress. Questo autore riteneva che fossero delle risposte adattive, in grado di aiutare l'organismo a fronteggiare meglio la situazione: la reazione di difesa dell'organismo, di fronte ad un'esposizione prolungata all'agente stressante, tenderebbe però ad esaurirsi, costituendo una sindrome di adattamento che renderebbe la persona maggiormente vulnerabile.
- ☛ Lazarus e Folkman (1984) hanno spostato l'attenzione sulla valutazione psicologica nella determinazione dello stress, individuando fattori importanti nella sofferenza emotiva, nel disagio e nel dolore fisico. Per questi autori lo stress è una particolare relazione fra la persona e l'ambiente che viene valutata dall'individuo come provante o eccedente le sue risorse e quindi rischiosa per il suo benessere.
- ☛ Alcuni psichiatri (Cobb e Lindman 1943; Holmes e Masuda 1974) hanno focalizzato l'attenzione sulle situazioni di vita che contribuiscono allo sviluppo di molteplici disturbi. Secondo questi autori lo stress psicosociale prodotto da questi eventi provoca gli stessi cambiamenti osservati da Selye in risposta ai danni tessutali. Nelle prime ricerche si sono valutate in particolare alcune esperienze negative, importanti come la morte del coniuge o un licenziamento e più banali come situazioni di conflitto in famiglia o sul posto di lavoro. In seguito sono stati condotti studi approfonditi su alcuni eventi specifici, come il lutto (Stroebe e Stroebe 1987) o la disoccupazione (Fryer 1988). Infine si sono realizzati alcuni questionari sugli eventi critici principali (Holmes e Masuda 1974) e si è valutato il loro effetto cumulativo nel tempo (Kanner et al. 1981). La prima scala realizzata per individuare gli eventi stressanti (stressor) è la Social Readjustment Rating Scale (Holmes e Rahe 1967), che ha riportato fra le dieci principali situazioni critiche, nell'ordine, la morte del coniuge, il divorzio, la separazione, la carcerazione, la morte di un familiare, un infortunio o malattia, il matrimonio, il licenziamento, la riconciliazione con un coniuge ed il pensionamento. In Italia la scala più utilizzata è probabilmente quella di Payke (OS 1987).

## STRATEGIA

- ☛ Parte dell'arte militare che studia il coordinamento delle singole operazioni belliche in rapporto ad un'azione offensiva o difensiva, nel suo complesso. E' l'insieme delle azioni volte a raggiungere uno scopo definitivo (De Agostini, 1998).
- ☛ Questo termine ripreso dall'arte militare è frequentemente utilizzato in economia per la conduzione di un'impresa o di un progetto. Nell'organizzazione dell'assistenza socio-sanitaria, la strategia è il modo di gerarchizzare e articolare i diversi obiettivi a cui tendere. E' anche il modo di applicare i mezzi disponibili per coordinare le attività che porteranno al successo.



Strategia e politica hanno un significato molto vicino. La politica è in stretto rapporto con i principi, le finalità e i fini. La strategia è impegnata nelle situazioni concrete e non astratte; mobilita mezzi, coordina le azioni e raggiunge obiettivi tangibili (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).

- ☛ Insieme di decisioni sugli obiettivi dell'organizzazione, sul loro cambiamento, sulle risorse da impiegare e sulle politiche da attuare per la loro acquisizione, assegnazione ed utilizzo all'interno dell'organizzazione (Glossario Az. Ussl Adria,).
- ☛ Per un'azienda sanitaria la strategia è l'insieme della visione e del piano per raggiungerla, in base a principi e valori di riferimento, quali l'attenzione alle aspettative e alle reazioni dei clienti, l'appropriatezza degli interventi, la crescita professionale del personale. Per elaborare completamente una strategia un'organizzazione dovrebbe farsi le seguenti domande di base: Chi siamo? In quale contesto operiamo? Dove vogliamo andare? Per quale via e con quali mezzi? Come misureremo i progressi? (Morosini, Perraro, 2001).

## **TARGET (DESTINATARI)**

- ☛ Target ha un duplice significato. La parola inglese vuol dire "bersaglio" ed è con questo significato che viene utilizzata in diversi campi, da quello televisivo a quello pubblicitario. In modo particolare, in pubblicità il target è l'obiettivo, il pubblico che ci si prefigge di raggiungere con una determinata campagna a favore di un prodotto o di altra iniziativa. Viene anche utilizzato questo termine rispetto a gruppi di individui ai quali è diretta un'azione di marketing, in particolare una comunicazione pubblicitaria a carattere commerciale, sociale o sanitaria. Ad esempio, nelle Aziende Sanitarie le campagne di educazione sociale e sanitaria rientrano in questa fattispecie (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).
- ☛ Popolazione per la quale l'intervento è designato (Glossario Oedt 1999).
- ☛ Con destinatari dell'intervento (anche definito come gruppo target) si intende l'insieme dei soggetti coinvolti nell'intervento di prevenzione. Se il coinvolgimento dei destinatari è diretto (cioè se i soggetti partecipano attivamente all'intervento come target), i partecipanti sono definiti come destinatari finali (o anche gruppo obiettivo finale). Se il coinvolgimento dei partecipanti è indiretto (cioè i partecipanti non partecipano come target, bensì in funzione di raggiungimento, motivazione e rapporto con il target), i partecipanti si definiranno come destinatari intermedi (o gruppo obiettivo intermedio) (Progetto COST A6 Italia, 1999).
- ☛ Un gruppo target è il gruppo di persone, famiglie, organizzazioni, comunità o altre unità identificabili, che sono i destinatari dell'intervento di prevenzione. Possono essere definiti due tipi di gruppi target: gruppo target finale e gruppo target intermedio. Un'attenta analisi ed una stima della grandezza e della natura del gruppo target sono precondizioni indispensabili al fine di documentare i bisogni di un'attività di prevenzione e migliorare anche la qualità ed efficacia del progetto (AA.VV., 2002).

## **GRUPPO TARGET FINALE**

- ☛ E' composto da persone a cui si rivolge l'intervento. Può essere raggiunto attraverso un intervento diretto o attraverso un gruppo target intermedio, e cioè attraverso un intervento indiretto. Nell'identificazione del gruppo target finale, devono essere utilizzati due concetti principali: quello di popolazione a rischio e quello di popolazione dove sono stati riscontrati dei bisogni. Una popolazione a rischio è data da coloro che hanno un'alta possibilità di sviluppare un uso di sostanze come ad esempio i bambini con situazioni familiari particolarmente difficili). Il secondo tipo, al contrario, definisce la popolazione target come una parte della stessa con specifiche caratteristiche, ad esempio tutti coloro che hanno raggiunto un certo livello di scolarità (AA.VV., 2002).

## **GRUPPO TARGET INTERMEDIO**

- ☛ Il gruppo target intermedio è un gruppo di persone che gioca un ruolo di mediazione rispetto all'intervento proposto; cioè che sia in grado di influenzare il futuro comportamento di consumo di sostanza del gruppo target finale. Esempi di interventi diretti al gruppo target intermedio sono gli approcci multi-centrati, quelli con gruppi di pari e quelli orientati alla famiglia (AA.VV., 2002).



## TECNICHE DI ANIMAZIONE

- ☛ Una tecnica di animazione non è soltanto un espediente per attivare l'attenzione o vivacizzare un po' una lezione noiosa. Non è un intervallo per rendere più accettabile un lavoro troppo serio. Una buona tecnica, inserita in una programmazione ragionata, può diventare un elemento di mediazione, un ponte tra le teorie pedagogiche e di apprendimento e la quotidianità della didattica (AA.VV., 1996).
- ☛ L'attività di animazione, in quanto vuol entrare in relazione con i soggetti nella globalità, si avvale di tecniche in cui si incontrano mente, corpo ed emozione. Le tecniche sono dei facilitatori di un processo, che potrebbe avvenire anche senza di esse e che si basa essenzialmente sulla relazione tra operatore e gruppo e tra membri dello stesso gruppo. Le tecniche sono molto utili se vengono pensate come strumenti di lavoro per sollecitare singoli e gruppo ad utilizzare linguaggi logici e linguaggi simbolici, al fine di favorire l'attivazione di un processo di apprendimento in cui tutti sentono di poter dare il loro contributo e trovano facilitato l'apprendere da/con altri. In questo senso una tecnica di animazione è ciò che potenzia i processi di apprendimento di gruppo (Floris, 1993).

## TOSSICODIPENDENTE

- ☛ Il tossicodipendente è una persona intossicata periodicamente o in maniera cronica per l'uso ripetuto di una o più sostanze psicoattive. Queste persone mostrano una compulsione ad assumere la o le sostanze preferite, hanno grande difficoltà a cessare o modificare volontariamente l'uso di sostanze, e mostrano la determinazione a procurarsi delle sostanze psicoattive quasi in qualunque modo. E' caratteristico che la tolleranza sia prominente e che la sindrome da privazione si verifichi spesso quando la persona interrompe l'uso di sostanze (Glossario Oedt 1997)
- ☛ Il tossicodipendente è una persona che in seguito all'uso frequente, consistente e prolungato di una droga ha strutturato un rapporto di dipendenza caratterizzato dal bisogno di assumere la sostanza senza poterlo interrompere e dal concentrare tutte le energie, gli interessi, le attività nella ricerca e nell'assunzione della sostanza stessa. (Uopd)

## USO

- ☛ Con il termine uso di droga ci si riferisce in genere al comportamento adottato da un soggetto allorché assume una qualunque sostanza psicoattiva, siano esse permesse o vietate dalla legge (Ravenna 1993)

## USO CONTROLLATO

- ☛ L'uso di droga non induce necessariamente l'escalation o la dipendenza ma può mantenersi ad un livello moderato o controllato. (Ravenna 1997)
- ☛ Consumo abbastanza frequente e prolungato da far escludere che si tratti di un'esperienza occasionale e priva di significato per chi la attua, ma che non interferisce con i suoi rapporti familiari, sociali e produttivi e con il suo stato di salute. (Zinberg 1984).

## USO NON DIPENDENTE,

- ☛ Si riferisce all'assunzione di sostanze, lecite ed illecite, secondo modalità diversificate che possono andare dall'uso episodico (una o due volte in tutta la vita) a quello saltuario o regolare (una o più sostanze occasionalmente o regolarmente in dosi moderate cioè tali da non innescare fenomeni di dipendenza fisica e da non pregiudicare il normale svolgimento della vita quotidiana). (Ravenna 1997)

## USO SPERIMENTALE,

- ☛ Uso in primi casi sporadici di una sostanza particolare. A volte il termine si riferisce a persone che fanno un uso estremamente raro o non persistente di sostanze.



## INTENZIONE ALL'USO

L'intenzione di usare droghe è una variabile di mediazione e di solita è usata come indicatore nella valutazione dei risultati. E' legata con le credenze dell'individuo sul suo consumo futuro. E' utile specialmente nei programmi di prevenzione primaria, indirizzata ai più giovani, dove è superfluo chiedere se hanno già usato droghe (AA.VV., 2002).

## VALIDITA'

- ☛ La validità è la corrispondenza fra quello che il ricercatore intende misurare e ciò che viene effettivamente misurato dallo strumento. Occorre far sì che gli strumenti siano strettamente coerenti con l'oggetto della ricerca (Niero, 1995).
- ☛ Il concetto di validità, al quale risulta connesso anche il concetto di "sensibilità", si riferisce al fatto che lo strumento misuri realmente ciò che si pretende misuri, con il minimo possibile di errore (Liciardello, 1994).
- ☛ Validità, affidabilità e oggettività sono importanti indicatori della qualità di uno strumento. I giudizi di validità indicano se uno strumento misura veramente ciò che si desidera conoscere e se esso è appropriato (OEDT, 1997).

## VALIDITA' DISCRIMINANTE

- ☛ Capacità di uno strumento di distinguere tra gruppi diversi e tra gli stessi soggetti in tempi diversi, ad es. prima e dopo un trattamento. Un tipo di validità discriminante è quella predittiva che indica la capacità di uno strumento di distinguere esiti futuri, ad es. di distinguere tra chi si ammalerà o non si ammalerà (Morosini, Perraro, 2001).

## VALIDITA' INTERNA ED ESTERNA

- ☛ Per validità interna si intende la qualità metodologica legata sia al tipo di studio, sia all'attenzione posta nel disegno, nella conduzione e nell'analisi dello studio ad evitare tutte le possibili cause di conclusioni sbagliate, e cioè distorsioni e confondimenti. La validità esterna è detta anche generalizzabilità e dipende da quanto i campioni studiati e il contesto in cui si è svolto lo studio sono rappresentativi dei soggetti e dei contesti in cui il trattamento in esame dovrebbe essere applicato (Morosini, Perraro, 2001).

## VALORI

- ☛ Qualità positive considerate per se stesse come oggetto ideale, e come elemento di riferimento per un giudizio. Motivi ispiratori delle azioni ritenute moralmente buone considerati per sé stessi. Gli ideali a cui aspira l'uomo nella sua vita terrena. (Diz. Garzanti)
- ☛ Termine che in senso stretto, concerne la vita economica. Dalla cultura greca classica è derivato il suo uso in riferimento all'etica. Il problema dei valori ricopre l'intero ambito della morale. (Enciclopedia Garzanti 1981)

## VALUTAZIONE

- ☛ Dal latino valere, aver forza, potere, salute, essere efficace. Nel campo socio-sanitario valutazione significa "determinazione formale dell'efficacia, dell'efficienza, dell'accettabilità e della sicurezza di un intervento pianificato o di un programma nel raggiungimento degli obiettivi stabiliti" (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).
- ☛ Valutare consiste in un insieme di operazioni tese a migliorare la razionalità del processo in merito alla continuazione, modifica, espansione o eliminazione del programma preso in esame (Ziglio, 1983).
- ☛ Insieme delle attività collegate utili per esprimere un giudizio per un fine, giudizio argomentato tramite procedure di ricerca valutativa che ne costituisce l'elemento essenziale ed imprescindibile di affidabilità delle procedure e fedeltà delle informazioni utilizzate per esprimere quel giudizio; in questo senso la valutazione, pur essendo un concetto più ampio di quello di

ricerca valutativa, e includendo anche attività non di ricerca, finisce col confondersi con essa (Bezzi, 2001).

- ☛ Raccolta, elaborazione ed analisi sistematica e scientifica dei dati collegati all'attuazione del programma, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza del programma stesso (Glossario Oedt 1997).
- ☛ L'analisi dei dati ottenuti attraverso la documentazione al fine di valutare l'operazione o l'impatto di una politica, programma o procedura (Glossario Samhsa 2002).
- ☛ Anche nel caso della valutazione, è possibile identificare almeno due approcci, uno realista e l'altro costruttivista, il primo in linea con l'approccio logico-razionale alla valutazione ed il secondo con quello concertativo/partecipativo/dialogico. Secondo l'approccio realista/razionalista alla valutazione esistono delle situazioni oggettive, indipendenti dal contesto, che determinano le modalità di realizzazione e i risultati degli interventi sociali. Al valutatore basta individuare i metodi più adatti per misurare i risultati in una logica lineare di causa-effetto. L'approccio costruttivista alla valutazione parte dal presupposto che non esistono condizioni di oggettività assoluta e che, ciascun valutatore, sarà guidato nella valutazione dai propri presupposti cognitivi. In questo approccio i percorsi di valutazione coinvolgono sia i valutatori sia chi lavora per la realizzazione del progetto e si segue una logica di tipo circolare (Neresini, 1994; D'Angella, 1999).
- ☛ Per valutazione nella prevenzione si può intendere la raccolta, l'analisi e l'interpretazione sistematica di dati ed informazioni su come si realizza un intervento preventivo e su quali sono i suoi effetti (EMCDDA; di Kroger, Winter e Shaw, 1997; Buccoliero, Sorio e Tinarelli, 1999).
- ☛ Processo di verifica di ogni fase del progetto. È una misurazione dell'efficacia dell'intervento.

## VALUTAZIONE DI PROCESSO

- ☛ Le valutazioni di processo affrontano di norma l'aspetto procedurale, e mirano ad analizzare i seguenti aspetti: la congruenza tra gli obiettivi indicati ex ante e quelli perseguiti in fase di attuazione; il grado di cooperazione tra i vari soggetti coinvolti nella definizione ed attuazione delle politiche; il modo in cui vengono raggiunti i destinatari delle politiche; le procedure di partecipazione adottate; le risorse impiegate per realizzare l'intervento; gli ostacoli o facilitazioni incontrati nell'implementazione dell'intervento; gli impatti rilevabili dell'intervento (Bezzi, 2001).
- ☛ E' l'analisi dell'adeguatezza delle modalità di intervento, delle caratteristiche del programma, dei destinatari e delle condizioni di attuazione. In altri termini, la valutazione di processo si articola nell'analisi dei seguenti aspetti: adeguatezza delle risorse rispetto agli obiettivi prioritari, analisi dell'organizzazione delle risorse, coerenza dei metodi di lavoro adottati in relazione agli obiettivi, efficacia delle attività proposte dal programma nel raggiungimento degli obiettivi, esplicitazione dei metodi di lavoro (OEDT, 1997).
- ☛ La valutazione di processo descrive cosa è successo dal momento della partenza, alla conclusione del programma. Per definizione, una valutazione di processo è descrittiva e continua; può essere attuata se le procedure preventive di intervento sono state condotte in accordo ad un piano definito (Glossario Samhsa 2002).

## VALUTAZIONE DI RISULTATO

- ☛ La valutazione di risultato inizia dove termina quella di processo, dopo che un intervento ha avuto luogo. Essa misura se, e in quale misura, i risultati attesi sono stati raggiunti, cercando di verificare se l'intervento è stato efficace (OEDT, 1998).
- ☛ Valutazione di un intervento dopo che è stato completato. L'obiettivo della valutazione ex post è quello di studiare se e come il progetto abbia raggiunto gli obiettivi prefissati nonché immaginare soluzioni adeguate per interventi simili in futuro; in generale è opportuno considerare momenti ed effetti diversi della valutazione ex post: la valutazione ex post dell'outcome e la valutazione ex post dell'output. La valutazione ex post dell'outcome viene effettuata dopo un congruo periodo di tempo dall'inizio del funzionamento a regime del progetto, in modo da



poterne valutare anche gli effetti indiretti; viene anche chiamata valutazione d'impatto, a volte sinonimo a volte invece considerata come elemento specifico, in questo secondo caso, alla valutazione dell'outcome viene assegnato un ruolo minore, di analisi di effetti indiretti e secondari imputabili comunque al programma valutato. La valutazione ex post dell'output viene realizzata appena un progetto è concluso, e basato generalmente su un consuntivo delle attività realizzate e sulla stima costi-benefici dell'investimento (Bezzi, 2001).

- ☛ E' l'analisi dell'efficacia e dell'efficienza, nonché dell'impatto del programma svolto nel raggiungere gli obiettivi prestabiliti. Per valutare l'outcome di un intervento di prevenzione è opportuno rispondere a una serie di quesiti: è possibile stimare e misurare i risultati dell'intervento? i risultati corrispondono agli obiettivi? sono risultati attendibili? è stato ottenuto il cambiamento desiderato nella realtà? i risultati dimostrano che gli obiettivi prefissati erano coerenti con gli assunti di valore di partenza? (OEDT, 1997).
- ☛ La valutazione dei risultati rappresenta l'analisi dell'efficacia, dell'efficienza e dell'impatto dell'intervento.

## VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

- ☛ La valutazione dell'impatto registra come l'intervento si rivolge alle persone e si colloca all'interno dei target definiti e dei gruppi target. Riguarda gli effetti inaspettati, la generalizzazione degli effetti, e l'impatto negativo e positivo dell'intervento. Generalmente, esiste poca distinzione fra la valutazione d'impatto e quella di risultato in quanto entrambe guardano agli esiti di un intervento effettuato (OEDT, 1998).

## VALUTAZIONE SOMMATIVA (RISULTATO E IMPATTO)

- ☛ Valutazione dei risultati finali del programma in relazione agli obiettivi stabiliti. Comprende la descrizione del campione che è stato valutato, descrizione dei tempi di misurazione, dei metodi e degli strumenti utilizzati, come pure dei risultati, e discussione della valutazione (Glossario Oedt 1997).

## VALUTAZIONE INTERNA

- ☛ La valutazione quando realizzata da personale interno all'organizzazione che gestisce l'intervento (implica solitamente minore obiettività) (Bezzi, 2001).

## VALUTAZIONE ESTERNA

- ☛ La valutazione quando realizzata da personale esterno all'organizzazione che gestisce l'intervento (implica l'intento di una maggiore obiettività e capacità critica) (Bezzi, 2001).
- ☛ E' condotta e/o organizzata da persone che non sono in connessione con il progetto (Glossario Oedt 1999).

## VALUTAZIONE PARTECIPATA

- ☛ Una valutazione organizzata come gruppo di progetto in cui il valutatore e alcuni attori sociali rilevanti lavorano collaborativamente per sviluppare il piano di lavoro, condurre la valutazione, disseminare ed utilizzare i risultati. Questo approccio assume sfumature diverse, dalla collaborazione utilizzata per aumentare l'efficacia della valutazione, alla compartecipazione per realizzare azioni di educazione civica nei beneficiari, consapevolezza dei loro diritti, ecc. (Bezzi, 2001).
- ☛ La valutazione, e in modo specifico la valutazione partecipata, è da intendersi come fase di un processo di progettazione che vede coinvolti, a diverso titolo e a diversi livelli, un ampio numero di soggetti (utenti, operatori, enti pubblici, privato sociale, e così via) e dove, con finalità di verifica ed approfondimento dei processi e dei risultati e senza finalità sanzionatorio, si cercano di individuare le linee di miglioramento del servizio reso all'utente (De Ambrogio, 2000) (Orlandini, 2002).

## VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

- ☛ La valutazione dell'efficacia si pone come scopo il verificare come possano essere raggiunti degli obiettivi predefiniti. Se limitazioni economiche e metodologiche rendono impossibile definire lo studio a livello sperimentale o quasi-sperimentale, al fine di poter verificarne la generale efficacia, è comunque possibile verificare parti del modello causale che sottende l'approccio preventivo (prova parziale di efficacia). In alcuni casi l'efficacia può essere definita in base alla teoria di base (deduzione storica di efficacia o valutazione storica). Se esiste forte evidenza che una strategia funziona, essa non deve essere testata ripetutamente (OEDT, 2000).

## VALUTAZIONE DELL'EFFICIENZA

- ☛ La valutazione dell'efficienza, che non deve essere confusa con la valutazione dell'efficacia, include analisi del tipo costi-efficacia (ACE) e costi-beneficio (ACB). L'ACE confronta l'efficienza di diversi approcci nel raggiungere uguali obiettivi, mentre l'ACB confronta il valore dei benefici ottenuti attraverso il programma con il costo dell'implementazione (OEDT, 2000).

## VISIONE (VISION)

- ☛ Al pari di mission, vision è un termine inglese spesso non tradotto. Nella gestione aziendale vision riguarda ciò che un'azienda intende diventare entro un periodo definito di tempo, l'obiettivo di sviluppo generale che si propone (Morosini, Perraro, 2001).
- ☛ Possiamo pensare alla vision come un quadro che la direzione dell'azienda sanitaria dipinge secondo i propri criteri, come potrà essere l'azienda stessa se si svilupperà al meglio delle sue possibilità. I singoli, i gruppi di lavoro e l'organizzazione tutta pianificano il corso delle azioni sulla vision, sui valori, sulla mission che ne costituiscono l'essenza stessa (Martiny, Cataldo, Antonello, 1999).

## I TAVOLI DI LAVORO: LE SINTESI

Vengono riportate di seguito le sintesi riguardanti gli incontri di discussione e confronto tra operatori della rete veneta della prevenzione delle dipendenze denominati Tavoli di Lavoro, che si sono svolti nel corso del 2000. La metodologia utilizzata è stata quella di un gruppo di lavoro su compito, facendo pervenire



anticipatamente ai partecipanti dei quesiti con la richiesta di formulare delle risposte anche a nome della propria équipe per affrontare il tema “La prevenzione delle dipendenze oggi”, sono stati proposti i seguenti quesiti:

- Quali similitudini e differenze tra promozione, educazione alla salute, prevenzione del disagio e prevenzione delle dipendenze?
- Quali modalità operative e strategie si ritengono necessarie per sviluppare interventi di prevenzione?

Riportiamo dunque le sintesi del lavoro emerso nel corso degli 8 incontri, che hanno coinvolto 104 operatori veneti del pubblico e del privato sociale appartenenti ad aree geografiche diverse.

Per ogni domanda sono stati riportati i concetti fondamentali evidenziati durante gli incontri. In particolare, nella prima dopo avere definito promozione della salute, educazione alla salute, prevenzione del disagio e prevenzione delle dipendenze, si passano in rassegna le similitudini e le differenze per ciascun termine. Per la seconda domanda vengono invece sviluppati gli obiettivi, i target e le strategie che si ritengono essenziali negli interventi di prevenzione.

## **1.QUALI SIMILITUDINI E DIFFERENZE TRA PROMOZIONE, EDUCAZIONE ALLA SALUTE, PREVENZIONE DEL DISAGIO E PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE?**

### **PREMESSE**

L'OMS ha messo in luce il concetto di “salute”, quale insieme di fattori biologici, psicologici, sociali, culturali ed economici che concorrono al benessere della persona. Porre l'accento sui fattori che concorrono alla salute, rispetto a quelli che determinano la malattia, cambia il concetto di prevenzione e le relative applicazioni: apprendimento di competenze e professionalità finalizzate alla acquisizione di comportamenti sani.

La salute va quindi collegata alla capacità del soggetto, individuale e sociale, di utilizzare strumenti e mezzi atti a superare i conflitti e i disagi dell'esistenza, talvolta inevitabili, al fine di adattarsi attivamente alla realtà.

### **PROMOZIONE DELLA SALUTE**

- insieme di interventi che tendono a promuovere una nuova qualità della vita, per favorire le condizioni adatte al raggiungimento della piena realizzazione della persona e del suo potenziale fisico, psichico, culturale, relazionale e contemporaneamente soddisfare il bisogno di partecipare e contribuire al bene comune;
- opera nel contesto della normalità, della salute più che della patologia;
- opera sulla generalità della popolazione, degli individui tutti, non solo sui soggetti in situazione problematica; opera dall'infanzia a tutto l'arco dell'esistenza (ogni individuo diviene soggetto che fruisce, ma a sua volta diviene risorsa negli interventi di crescita);
- interviene più sulle capacità da sviluppare che sui rischi.
- ha l'obiettivo di comunicare all'individuo, al gruppo, alla comunità, nuove condizioni di esistenza sostenibili con la realtà bio – psico – sociale che lo include: si evidenzia come proposta di cambiamento;
- complesso di interventi orientati verso i bisogni di crescita, i fattori protettivi (autostima), le capacità di progetto: la normalità;
- processo che conferisce alla popolazione i mezzi per migliorare la propria condizione;
- è ambito di competenza politica e culturale;

### **EDUCAZIONE ALLA SALUTE**

- strumento che tende a fornire conoscenze ad assicurare la comprensione dei problemi di salute, valorizzando l'ascolto e la discussione, affinché i soggetti siano in grado di prendere decisioni consapevoli e di metterle in atto;

- è l'ambito di apprendimento ed elaborazione del cambiamento, attraverso la comunicazione di specifiche informazioni;
- è strumento volto ad attivare in ogni individuo la ricerca del proprio star bene all'interno dell'ambiente e del contesto in cui vive;
- strumento o supporto della promozione della salute in termini informativi e formativi finalizzati alla acquisizione di comportamenti sani;
- incide sulla persona per modificare il suo comportamento in termini di salute;
- va intesa come guida che porta alla conoscenza, questa alla libertà, la libertà alla responsabilità. Si tratta di valorizzare quello che uno sa fare, anche se poco;

## PREVENZIONE DEL DISAGIO

- insieme di azioni atte a prevenire le condizioni di deprivazione culturale, affettiva, sociale, accompagnando ed orientando le persone nelle fasi e nei momenti di cambiamento individuale e sociale. Essa è finalizzata a proteggere la salute individuale e collettiva;
- eliminazione di un evento dannoso, pericoloso ed indesiderato, ma che è componente imprescindibile dell'esistere, elemento di cui si prevede di eliminare la causa, ma nel contempo è anche stimolo di crescita e di creatività per ogni singolo soggetto, cercando di favorire fattori protettivi che vanno dall'autostima alla capacità di instaurare relazioni positive ecc. ◀ la prevenzione è divenuta negli anni anche promozione al benessere, educazione alla salute;
- essa promuove ed educa il soggetto a gestire la propria autonomia ed indipendenza con l'ambiente che lo contiene, coinvolgendolo nell'apprendimento di strumenti e mezzi di cambiamento;
- opera in ambiti diversificati al fine di incidere sull'attivazione di processi di cambiamento che comunque determineranno situazioni di conflitto con la condizione pre-esistente;
- agisce sui fattori di rischio (per contenerli) e sui fattori di agio (per implementarli);
- previene una patologia; se interviene, significa che i primi due ambiti hanno fallito;

- l'insieme degli interventi che tendono a prevenire il consumo di sostanze tossiche e a farsi carico dei problemi e dei rischi connessi a specifici comportamenti di uso, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive. La complessità e multifattorialità del fenomeno tossicodipendenze richiede una azione preventiva articolata e aspecifica in grado di avere effetti sulla struttura sociale del territorio e sui percorsi di vita della popolazione giovanile;
- Prevenzione primaria: prima che succeda; Prevenzione secondaria: prima che peggiori; Prevenzione terziaria: prima che sia troppo tardi ◀ dalla salute al rischio, siamo tutti tenuti a dare il nostro contributo; dal rischio alla malattia interventi di tipo sanitario;
- Prevenire le tossicodipendenze significa contrastare un comportamento ◀ evidenzia quindi un aspetto psicologico, più che medico;
- È legata ad una situazione personale grave che richiede interventi multidisciplinari;
- Va abbinata alla prevenzione del disagio: trattasi di comportamenti distruttivi di cui la dipendenza è una di queste espressioni;

## SIMILITUDINI

- Obiettivo comune: costruire il benessere globale della persona a livello bio-psico-sociale. Contribuendo al miglioramento della qualità della vita del singolo, ne beneficia la collettività;
- Tutti gli ambiti intendono attivare processi di cambiamento; è questa una zona franca dove soprattutto prevenzione e promozione si incontrano; la difficoltà sta nel cercare la condivisione su questi concetti (avere un quadro di riferimento teorico) e, operativamente, tradurre gli intendimenti in strategie efficaci;
- Possiamo immaginare un continuum fra i 4 ambiti che, partendo dalla promozione della persona, passa attraverso l'educazione della stessa, per poi procedere all'esistenza di fattori negativi (prev. disagio), per giungere alla prevenzione delle dipendenze e quindi alla consapevolezza di specifiche problematiche ◀ labilità dei confini tra i quattro ambiti in quanto non sono da intendersi come compartimenti stagni, ma collegati tra loro in maniera sinergica;
- In particolare, promozione ed educazione sono veicolate da processi di comunicazione ed apprendi-



mento inseriti in determinati contesti affettivi, relazionali, economici e culturali; si tratta di superare gli ostacoli, le difese che impediscono l'attivarsi di questi processi; sarà compito degli operatori prevenire azioni ed interventi che sotto la spinta di volontarismo e improvvisazione possano rinforzare, anziché indebolire le difese che ostacolano l'apprendimento. « necessaria la valutazione ed analisi degli interventi senza le quali non è possibile programmare la prevenzione se la si vuol intendere come attivazione di processi di partecipazione e non semplice attività informativa;

- Similitudine anche tra prevenzione del disagio e delle dipendenze: trattasi di comportamenti distruttivi di cui la dipendenza è una di queste espressioni;
- In quanto stimolo di crescita e di creatività, la prevenzione è diventata negli anni anche promozione ed educazione alla salute;
- Similitudine anche per quanto riguarda gli aspetti metodologici: l'approccio di Comunità, atto a risvegliare, addestrare i gangli vitali della comunità, potenziandone le risorse;
- Similitudine in relazione alle competenze degli attori del territorio: una partizione rigida di ruoli e competenza oggi non è più pensabile, anche se la promozione e l'educazione alla salute fanno riferimento maggiormente alla scuola, all'ente locale, alla parrocchia, mentre gli interventi di prevenzione vedono la maggiore competenza del Ser.T. « necessità comune di operare in una logica integrata, di rete, anche se tale necessità è meno forte nella prevenzione delle dipendenze, data la sua maggiore specificità;
- Elemento comune tra prevenzione e promozione è che si lavora su uno stile di vita (autostima – gestione delle emozioni – aspetti personali e interpersonali).

## **DIFFERENZE**

- La promozione e l'educazione alla salute riguardano tutti gli ambiti della vita, lavorando in positivo su risorse e responsabilità; la prevenzione del disagio e della dipendenza si riferiscono ad aspetti più problematici, lavorando sull'evitamento di un rischio, possibile o reale, di disagio, soprattutto quello relativo alle dipendenze patologiche;
- la prevenzione quindi sottolinea una negatività da contenere, tende al non fare, evitare comportamenti devianti (modalità di approccio: il controllo). La promozione e l'educazione invece sottolineano un aspetto positivo, attengono al fare, alla voglia di crescere, mirano alla costruzione di una rete sociale;
- Esprimono tipi logici diversi: educazione alla salute è uno strumento; gli altri ambiti sono strategie di lavoro, di intervento;
- Differenza del target della prevenzione, rispetto a quello della promozione ed educazione: individui a rischio per la prima, i giovani in particolare; la globalità della popolazione per le altre;
- La promozione alla salute investe il contesto a livello macro (politico, organizzativo, legislativo), nella prevenzione si agisce a livello micro – sociale (scolastico, familiare, gruppo dei pari ecc.).

## **2.ALL'INTERNO DI LINEE GUIDA, QUALI OBIETTIVI, TARGET E STRATEGIE PRIORITARIE RITENUTE NECESSARIE PER SVILUPPARE INTERVENTI PREVENTIVI DELLE DIPENDENZE?**

### **OBIETTIVI**

- Fare acquisire consapevolezza della propria salute e la capacità di scegliere uno stile di vita sano;
- Favorire la presa di coscienza sull'esistenza e sulla gravità del problema "tossicodipendenza";
- Favorire la valorizzazione delle risorse del singolo inteso come protagonista dello star bene attraverso l'attivazione di processi dinamici bi-direzionali con il proprio ambiente-contesto;
- Individuare, eliminare o diminuire i fattori psicopatologici, ambientali di vulnerabilità della persona;
- Individuare quali fattori di protezione della persona siano da mettere in funzione;
- Rafforzare l'individuo perché possa fare scelte consapevoli;
- Rendere la persona in grado di prevedere le conseguenze delle proprie azioni;
- Fare in modo che la persona, di fronte a situazioni di disagio, sia in grado di chiedere aiuto, di individuare una persona di riferimento e/o il servizio a cui rivolgersi (conoscenza dei servizi e loro accessibilità);
- Mettere le persone in un atteggiamento di ricerca rispetto alle possibili soluzioni ai propri problemi;
- Informare correttamente sulle sostanze psicoattive e i loro effetti;
- Modificazione culturale e sociale da ricercare attraverso l'azione preventiva, da intendersi come sforzo comune da condividere; i soggetti target sono destinatari di più livelli di intervento che vanno coordinati;
- la salute, nella sua accezione più ampia: portare i ragazzi ad aver voglia di vivere (siamo stati educati



alla paura), quindi non tanto prevenzione ma educazione, complessità dell'intervento; soprattutto educare la famiglia per vincere la solitudine dei figli;

- restituire il concetto di salute ai loro proprietari (le persone);
- promuovere l'autostima e la capacità di competere con se stessi.

## TARGET

- popolazione giovanile:
  - popolazione giovanile (gruppi di pari);
  - target con fascia di età 14 – 19 e loro genitori;
  - target con fascia di età 15 – 25 anni nell'informalità (bar, piazza ecc.);
  - aggregazioni e ambiti non solo adolescenziali nella specifica area del tempo libero (uscire dai tradizionali targets);
- adulti:
  - adulti significativi (genitori, personale non docente della scuola, allenatori sportivi ecc.);
  - educatori – formatori (genitori, insegnanti, operatori socio – sanitari);
  - adulti che possono diventare punti di riferimento e trasferimento di competenze (op. non professionisti);
  - adulti a contatto con nuove generazioni;
- Altro:
  - Poiché sui giovani vi è una specie di accanimento progettuale, sarebbe opportuno investire anche su altre categorie sociali (es. anziani o immigrati);
  - utenti segnalati dalla prefettura, non conosciuti dal Servizio;
  - infanzia, adolescenza, giovinezza;; popolazione in generale;
- Ambiti di intervento:
  - scolastico, lavorativo, tempo libero, istituzioni militari, forze dell'ordine e realtà carceraria ecc.;
  - In particolare:
- scuola (per scuola sup. informazione degli insegnanti, attenzione agli ambiti dove maggiore è il disagio espresso, coinvolgimento dei genitori e del personale non docente; per scuola media inferiore interventi diretti agli insegnanti e ai genitori);
- mondo del lavoro con il coinvolgimento delle associazioni di categoria e delle rappresentanze sindacali;
- famiglia (trasmissione di modelli);
- istituzioni (Scuola, politici amministratori);
- la Comunità sociale, non i singoli gruppi ;
- il target siamo tutti; le persone devono essere allenate a dare soluzioni possibili; nel susseguirsi di agio e disagio, l'importante è gestire e saper gestire i passaggi, gli alti e bassi.

## STRATEGIE

Rapporti tra gli attori del sistema:

- messa in rete delle varie agenzie territoriali, attivazione di centri di ascolto;
- coinvolgere più soggetti istituzionali pubblici e privati attraverso momenti formativi nell'attività della prevenzione, modulando interventi diversificati, al fine di dare nuovi impulsi a processi di partecipazione attiva finalizzati a consapevolizzare la popolazione sulla gestione della propria salute e del proprio benessere;
- collegamento ed integrazione delle attività preventive alle dipendenze con le attività supportate da altri finanziamenti pubblici, volte alla promozione dell'agio, e che hanno gli stessi destinatari;
- portare gli interventi a livello distrettuale con la partecipazione attiva delle Agenzie con radicata presenza nel territorio;

Modalità di intervento:

- interventi estesi e a ciclo continuo;
- coinvolgimento attivo dei soggetti, attraverso discussioni, dibattiti e confronto (lavoro di gruppo);
- campagne informative e di sensibilizzazione, corrette e semplici, eventualmente abbinate a momenti di spettacolo allo scopo di facilitarne l'ascolto e la diffusione, coinvolgendo anche i mass – media;
- utilizzo di tecniche comunicative calibrate sull'età e sul bagaglio culturale dei destinatari;
- evitare interventi in ambiti ristretti ed elitari (es. solo sulle scuole sup.), ponendo attenzione alle fasce di età più precoci e a realtà giovanili che hanno abbandonato gli studi;
- aggancio delle famiglie attraverso le agenzie territoriali, istituzionali e non: scuola elementare e media inf., parrocchie, servizi sociali comunali, associazioni; aggancio dei ragazzi attraverso le stesse agenzie;



- utilizzo dei luoghi di aggregazione tipici di ritrovo dei gruppi target;
- stare continuamente al passo con i tempi; ciò che produciamo è spesso vecchio;
- aiutiamo i ragazzi a fare prevenzione con noi, farli diventare collaboratori;
- ridare competenza ai ragazzi e alle persone, mettendoci in posizione di ascolto;
- avere un approccio mirato alla responsabilizzazione dei giovani, attraverso attività partecipative;
- lettura del territorio attraverso un monitoraggio almeno ogni due anni; scambio di banche dati e progetti; istituzionalizzazione del lavoro di strada;
- favorire lo sport, inteso non come agonismo, ma attività motoria popolare;
- abituarsi al bilancio delle proprie competenze;
- uscire dalla logica dell'emergenza, trovando interventi nella ordinarietà e non nella straordinarietà;
- creare figure che siano mediatori (op. di strada, op. grezzi [baristi, allenatori] senza delegare solo alla scuola gli interventi, perché fuori dalla scuola il ragazzo frequenta anche altre persone;
- fare interventi con i ragazzi e non per i ragazzi;
- sensibilizzare gli insegnanti: migliorare negli insegnanti la capacità di percepire lo stato di salute dei ragazzi;
- evitare progetti rivolti solo a singole categorie, ma pensare a progetti che sviluppino relazioni, coinvolgendo la comunità;
- necessario individuare e/o costruire strumenti di verifica che permettano aggiustamenti in itinere e valutazioni di risultato dei propri interventi.

#### **I GRUPPI DI LAVORO SUL GLOSSARIO DELLA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE: LE SINTESI**

*A cura di Maria Malorni*

*Riunione del 18/09/2002 presso il Ser.T di Legnago*



*Presenti:* Roberta Tarocco, Giuliana Faccini, Stefania Quaiotti, Franca Bagnara, Tiziana Turco, Maria Scarmagnani, Giuliana Mantovani, Mario Torneri, Gilberto Rossato, Gilberto Corazza, Paola Schiavi, Sara Merlo, Chiara Bertelli, Cristiana Bardini.

*Ordine del giorno:* Lavoro di condivisione e di confronto sui termini inerenti gli OBIETTIVI SPECIFICI nell'ambito della prevenzione.

### *Conclusioni del tavolo di lavoro:*

- **Risorsa:** è qualcosa che c'è sempre, che serve sempre quando si manifesta una carenza o un bisogno, per superarli. È collegata ad un obiettivo nel senso che è qualcosa che si vuole raggiungere, verso cui si tende. Qualunque cosa venga utilizzata per superare un problema può essere definita risorsa; in questo senso possiamo dire che c'è sempre perché permette il raggiungimento di un obiettivo. Ci si è soffermati sulla **RELAZIONE** differenziata dal **MEZZO**: la risorsa è intesa come qualcosa di astratto e quindi il mezzo, che rappresenta qualcosa di materiale, per alcuni, non può essere considerato una vera risorsa. Quest'ultima è più legata alla mente, alla parte più intima dell'essere umano a differenza del secondo: si dice risorsa umana ma non mezzo umano.

La risorsa è la **RELAZIONE** con il mezzo: ci può essere un mezzo che però non diventa risorsa se non si entra in una relazione giusta con il mezzo stesso.

Il mezzo è qualcosa di materiale che si utilizza per arrivare alla risorsa: la risorsa è l'attivazione del mezzo. Secondo altri, invece, il mezzo diventa risorsa nel momento in cui lo si utilizza; non è una risorsa in sé ma è la relazione che si instaura col mezzo stesso che lo porta ad essere risorsa. In quest'ottica, la scarsità di mezzi a volte può diventare risorsa nel senso che mobilita le capacità delle persone e le indirizza verso la relazione che è una risorsa immateriale. Sgombrando il campo dalle cose materiali, ciò che resta come risorsa non sono i mezzi ma la relazione dell'essere umano con l'essere umano, con sé stesso.

Nella relazione educativa la vera risorsa è la relazione fra le persone, il resto è mezzo. Le risorse sono dei serbatoi di competenze; implicano collaborazione, scambio, aiuto reciproco.

Ci sono **RISORSE PERSONALI** che si conoscono solo grazie ad un lavoro su se stessi, un confronto o una discussione; sono le nostre capacità relazionali, le competenze professionali, le potenzialità, le motivazioni, le abilità sociali ma anche i limiti. Questi ultimi devono essere intesi in modo positivo, cioè rappresentano il confine fra ciò che riesco a fare da solo e ciò che riesco a realizzare solo con l'aiuto degli altri. Si possono considerare limiti i fallimenti che però diventano risorse nel momento in cui divengono trampolini di lancio per la nuova progettazione degli interventi. ("Sbagliando s'impara"). Il fatto di riconoscere errori e fallimenti denota negli operatori una certa flessibilità che manca completamente nelle istituzioni.

Ci sono poi **RISORSE AMBIENTALI** che influenzano il modo di agire e di essere dell'individuo. L'ambiente fisico, infatti, modifica gli stili di vita, le risposte e la cultura di ogni persona; quindi, a seconda del luogo fisico in cui si abita, cambiano le risposte personali a problemi simili proprio perché si hanno stimoli diversi. Oltre all'ambiente fisico si devono considerare l'**AMBIENTE RELAZIONALE** (cioè la capacità di stare con, di mettersi in relazione con), e l'**AMBIENTE SOCIALE** (cioè la capacità di esprimersi in una collettività).

- **Rete:** è un'insieme di persone che intrecciano fra loro relazioni che possono o meno essere importanti. È vincolo o risorsa? La rete implica dei legami fra persone che possono vincolare, e quindi impedire lo sviluppo, oppure favorirlo divenendo risorse. Entrambi i concetti presuppongono una volontà individuale e una certa unità fra i membri che fanno parte della rete. C'è una certa relazione fra la rete e il territorio che non è solo un suolo geografico, ma anche un'area organizzativa e relazionale. La rete è un legame, ma consente anche all'individuo di tracciare dei **CONFINI**: permette di definire alcuni ambiti e di contenere gli interventi. I confini sono territoriali nel senso che alcuni luoghi vengono utilizzati dalla rete in modo specifico ma possono anche essere considerati **CON-FINI** nel senso che nessun intervento della rete è illimitato. Nella prevenzione la rete presuppone che ci sia un gruppo, un progetto (e quindi una certa intenzionalità), ma anche una nascita, uno sviluppo e una fine.

- **Reti naturali** che possono essere visibili o invisibili: in un gruppo di giovani, i membri possono essere o meno consapevoli delle regole del gruppo stesso. La non visibilità o la non consapevolezza dei membri di una rete è caratteristica fondamentale perché questa sia una rete naturale (chi appartiene a questa rete non è consapevole di quanto questa sia vasta, delle regole che la ordinano). Le reti artificiali, inve-

ce, tendono ad una pianificazione delle modalità di interazione; anche in queste c'è sempre qualcosa di non visibile e di non programmabile, ma questi aspetti le rendono forti, non le limitano. Quando una rete mette in atto delle regole in modo inconsapevole in coloro che agiscono per la rete stessa, è una rete informale.

La rete non va comunque confusa con il gruppo perché nella rete c'è un legame dettato da specifiche intenzionalità e riguarda più parti.

Non deve essere considerata un punto d'arrivo, ma come un processo in divenire che va continuamente "coltivato". Non può essere qualcosa di sterile, ma deve essere vitale: è formata da persone che creano fra loro dei legami che, come si diceva prima, possono costringere più che dare risorse o viceversa. Ci sono livelli diversi di rete che si differenziano a seconda degli obiettivi che si prefiggono: avere ben chiaro questo permette di ridimensionare le aspettative che si hanno sulla rete stessa con cui si opera o su cui si deve operare.

Rete è un concetto strumentalizzato a livello istituzionale perché viene posto, spesso, come punto di partenza per i progetti quando in realtà è il processo di costruzione di una rete ad essere alla base di un intervento successivo, di più ampio respiro. La rete è una necessità perché nella nostra società complessa non possiamo farcela da soli; questo aspetto, tuttavia, può portare al nascere di competizioni fra le parti. Ritorna il problema della rete come vincolo o come risorsa.

La rete è un modo di essere nel senso che una persona non può collaborare in rete se prima non la pensa come risorsa, come modo di essere, di pensare, di agire... Essere in rete significa, perciò, mettersi in relazione verso un obiettivo. Presuppone una certa FLESSIBILITÀ per il fatto che per poter lavorare sono necessarie regole, ma soprattutto essere legittimati; non si può però trascurare la creatività e la condivisione con gli altri che appartengono alla rete.

Fondamentale è il passaggio fra reti ossia la formazione di una RETE DI RETI: in tal modo aumenta l'operatività del soggetto e la sua possibilità di sviluppo professionale. Bisogna, quindi, superare l'idea che un soggetto resta sempre e solo in una rete.

*Riunione del 26/09/2002 presso il Ser.T di Castelfranco*

*Presenti: Ivana Bolzanella, Claudia Passudetti, Edis Zanon.*

*Ordine del giorno:* Lavoro di condivisione e di confronto su alcuni termini inerenti le TECNICHE utilizzate nell'ambito della prevenzione.

*Svolgimento del tavolo di lavoro:*

La partecipazione del gruppo, pur nelle sue ridottissime dimensioni, è stata molto attiva e questo ha permesso di raggiungere i risultati prefissi in una mattinata di intenso lavoro.

Preliminarmente si è reso necessario il cercare un significato condiviso del termine "tecnica"; questa riflessione ha portato alla decisione di scindere due concetti: da un lato quello di tecnica, inteso come insieme delle metodologie complesse che prevede l'uso di più strumenti per la sua realizzazione, e dall'altro quello di strumento inteso come mezzo che può essere usato da più tecniche e che serve per intervenire su un problema e risolverlo.

Successivamente il gruppo di lavoro ha rilevato la necessità di porre i termini presentati su piani diversi per il fatto che alcuni rappresentano approcci che preludono tecniche, altri sono modalità di lavoro vero e proprio. Inoltre alcuni termini provengono e sono utili per il lavoro di strada, altri vengono utilizzati soprattutto nei lavori nelle scuole, altri ancora nella comunità.

È stata decisione unanime quella di leggere la lista di termini e stabilire per ognuno se si trattasse di tecnica o strumento e se riguardasse specificamente uno degli ambiti individuati o se fosse trasversale a più ambiti. Gli ambiti che si sono individuati sono: il lavoro di strada, la scuola e la comunità.

- Aggancio: strumento della relazione usato soprattutto nel Lavoro di Strada e nella Comunità.
- Addestramento (Training): tecnica che si avvale di diversi strumenti per lo sviluppo delle varie abilità. È usata prevalentemente in ambito scolastico.
- Approccio di Comunità: secondo alcuni, più che una tecnica è un orientamento, una filosofia. Esso, infatti, racchiude in sé il lavoro di strada e l'approccio scolastico, oltre che della comunità, ma sul piano della PROGETTAZIONE, non della tecnica perché è un aspetto teorico e non operativo. Per questi motivi di inserirlo fra i termini della PROGETTAZIONE.
- Ascolto: strumento usato da diverse tecniche, trasversale ai tre ambiti.
- Brainstorming: strumento usato da diverse tecniche per lo più in ambito scolastico e della Comunità.
- Cittadinanza attiva: questo termine ha stimolato un confronto fra le diverse parti per il fatto che rendere la cittadinanza partecipe delle decisioni da prendere è un OBIETTIVO che può essere raggiunto con tecniche diverse.



- Comunicazione sociale- di massa: questo termine ha stimolato un confronto fra le diverse parti per il fatto che non costituisce una tecnica, ma rappresenta una campagna informativa che raggiunge diverse persone. Rientra, pertanto, negli interventi di sensibilizzazione/informazione e riguarda diversi ambiti, non solo la prevenzione. Si è deciso, quindi, di scindere il termine in: Comunicazione sociale, (strumento trasversale ai tre ambiti), e Comunicazione di massa (Tecnica specifica della Comunità).
- Contatto: è un indicatore quantitativo che si realizza attraverso l'aggancio. Rientra, quindi, nei termini della VALUTAZIONE. Tuttavia se lo si considera nel senso di "primo approccio" può rientrare fra i termini delle tecniche. Dal confronto si è stabilito di coniare un nuovo termine, Contatto informativo, che si differenzia dall'aggancio in quanto si ferma alla pura informazione. Si tratta perciò di uno strumento usato soprattutto nel Lavoro di Strada.
- Counseling: Tecnica trasversale ai tre ambiti.
- Focus group: Strumento ben strutturato utilizzato soprattutto negli interventi scolastici e nella Comunità.
- Formazione: Tecnica trasversale ai tre ambiti che si avvale di diversi strumenti.
- Giochi animativi: Strumento trasversale ai tre ambiti.
- Gioco dei ruoli: strumento usato per lo più nel lavoro scolastico.
- Gruppo: è un termine generale che si specifica in alcune accezioni, per esempio Gruppo di classe, dei pari, di autoaiuto ecc. Si è perciò deciso di inserire come termine Lavoro di gruppo, tecnica trasversale ai tre ambiti che racchiude in sé altri termini (come conduzione di gruppo, dinamica di gruppo). Il gruppo dei pari e il gruppo classe sono il target del lavoro di gruppo.
- Informazione: Tecnica trasversale ai tre ambiti considerati. Si deve intendere come "campagna di formazione e informazione", come "interventi di sensibilizzazione".
- Lavoro di strada: Tecnica del lavoro di strada.
- Mediazione sociale: la mediazione viene fatta dal genitore o da adulti significativi che, attraverso il linguaggio, favoriscono la comprensione. La mediazione, quindi, è uno strumento che permette di trovare un interesse comune dove c'è una conflittualità. Tuttavia per arrivare alla soluzione è necessaria la NEGOZIAZIONE che è dunque strumento della mediazione sociale.
- Modellamento: Strumento trasversale ai tre ambiti.
- Opinion leader: questo termine è stato eliminato dalla lista perché si è deciso di inserirlo fra i TARGET.
- Partecipazione sociale: non si può inserirlo fra le tecniche in quanto costituisce un OBIETTIVO. Tuttavia la discussione ha portato l'emergere di nuove sfumature: dove inserire, per esempio, il protagonismo dei ragazzi al fine di essere promotori del benessere? L'attivazione della partecipazione, infatti, è una tecnica, che si avvale di diversi strumenti, perché mira al coinvolgimento diretto dei gruppi giovanili nella realizzazione di eventi formativi e del tempo libero. Si è deciso di parlare di Programmi di comunità come tecnica trasversale che si avvale di diversi strumenti come per esempio il focus group, la peer education, ecc...
- Peer education: identificazione/modellamento tra pari. È una tecnica trasversale ai tre ambiti considerati.
- Problem solving: strumento ben strutturato trasversale ai tre ambiti considerati.
- Relazione: termine troppo generico che acquista sfumature di significato diverse a seconda delle finalità. La relazione, infatti, può essere intenzionale o informale: nel primo caso ha obiettivi specifici ed è continuativa nel tempo; si tratta pertanto di una RELAZIONE EDUCATIVA. Nel secondo caso, invece, è spontanea, nasce in contesti non strutturati è una relazione intesa come SCAMBIO FRA DUE O PIÙ PERSONE. Si è deciso di scindere questo termine in Relazione sociale (intesa come scambi fra persone), e Relazione educativa considerata come tecnica trasversale ai tre ambiti considerati.
- Ricerca- azione: questo termine ha stimolato un confronto fra le diverse parti per il fatto che la si considera una tecnica della PROGETTAZIONE, una fase precedente l'azione stessa.
- Ricognizione: questo termine è stato paragonato a "Mappatura". La ricognizione non è un semplice "verificare cosa manca per intervenire" in quanto tiene conto dei bisogni specifici. È comunque una parte sperimentale che serve per programmare e cominciare un intervento e fa parte della PROGETTAZIONE e VALUTAZIONE
- Restituzione: termine legato più alla VALUTAZIONE di un intervento che non ad una tecnica specifica.
- Sensibilizzazione: secondo alcuni, questo termine costituisce un OBIETTIVO più che una tecnica. Tuttavia se lo si considera come "informazione mirata ed incisiva", esso diviene una tecnica, trasversale ai tre ambiti, che si avvale di diversi strumenti.  
È stato sottolineato, inoltre, che Formazione, Informazione, Sensibilizzazione sono METATECNICHE, cioè tecniche a grappoli perché utilizzabili in ambiti diversi, perché servono a risolvere questioni anche molto diverse e perché utilizzano una vastissima gamma di strumenti per realizzare i loro obiettivi.
- Simulate: strumento utilizzato per di più in ambito scolastico.

Si sono poi approfonditi i tre termini di Contatto, Aggancio, e Relazione. I primi due, infatti, oltre che esse-

re strumenti del terzo, possono essere considerati essi stessi una tecnica e posti consequenzialmente su una unica linea che dal contatto porta alla relazione attraverso l'aggancio. Questo avviene in base agli obiettivi che ci si pone: se l'obiettivo è la semplice informazione, ci si ferma al contatto, mentre se si vuole approfondire un aspetto o sensibilizzare qualcuno a qualcosa, si deve passare all'aggancio e poi, eventualmente, alla relazione.

Fatti questi presupposti, per Contatto si intende il primo approccio, più o meno spontaneo, di avvicinamento fra due persone; non c'è intenzionalità educativa, ma solo informativa. Può non avere seguito oppure portare i due interlocutori all'Aggancio, momento in cui oltre al materiale informativo vengono date informazioni più strutturate e approfondite. La Relazione infine, rappresenta il momento conclusivo in cui non c'è un semplice scambio di informazioni precise e approfondite, ma si viene a creare una forma di dialogo in cui i due interlocutori parlano di sé. Essa può sfociare, paradossalmente, nel Counseling per il fatto che, i due interlocutori, parlano in prima persona delle loro esperienze/idee in merito all'oggetto del dialogo stesso.

L'aggancio, come la relazione, hanno una intenzionalità educativa in quanto puntano ad obiettivi ben precisi, sono momenti più strutturati e possono reiterarsi nel tempo.

*Riunione del 16/10/2002 presso l'Unità Prevenzione delle Dipendenze (Ser.T di Montecchio Maggiore)*  
*Presenti:* Luca Zini, Enzo Storti, Alessandra Baggio, Gianni Zini, Maria Chiara Forcella, Rosa Ranieri.

*Ordine del giorno:* Lavoro di condivisione e di confronto su alcuni termini inerenti le DEFINIZIONI DI BASE utilizzate nell'ambito della prevenzione

*Svolgimento del tavolo di lavoro:*

Il tavolo di lavoro è cominciato con la spiegazione degli obiettivi del glossario: giungere a dei significati condivisi per quei termini, legati per lo più all'ambito operativo, usati con significati diversi o in ambiti diversi dalle varie agenzie.

La lettura preliminare, fatta personalmente da ciascun partecipante, ha permesso di assemblare alcuni termini e di eliminarne altri che, secondo un giudizio prima personale e poi condiviso dal gruppo, poco avevano a che fare o con la prevenzione o con le definizioni di base. Nello specifico si è deciso di eliminare dalla lista il termine malattia.

Accanto a questo si è deciso di aggiungere fra i termini della PROGETTAZIONE e VALUTAZIONE Modello (psicologico, pedagogico,...) per il fatto che quando si elabora un progetto si parte sempre da un modello già esistente a cui ci si può rifare; Motivazione al cambiamento, invece, è stato spostato fra i termini inerenti le TECNICHE per il fatto che è il presupposto perché si avvii un processo verso il cambiamento. Secondo alcuni, però, sarebbe un termine da eliminare per il fatto che riguarda l'agire su un problema già in atto, conclamato e quindi non di competenza dell'ambito preventivo. La discussione ha lasciato il problema aperto.

Infine è stato proposto di spostare fra le DEFINIZIONI DI BASE il termine Rischio per il fatto che è un termine che indica un fattore costituente sia del disagio che dello sviluppo.

Si è passati poi alla discussione di ogni singolo termine della lista.

- Agio: è un termine legato all'idea di agire, fare, mettere in moto; promuovere l'agio, in quest'ottica, significa mettere in moto la persona per prevenire il disagio. È una condizione di vita/esistenziale caratterizzata da uno stato di equilibrio fra richieste e risorse fisiche, psichiche, ambientali e sociali.
- Benessere: è un termine che rimanda ad uno stato, ad un sentirsi. È legato al termine precedente perché dopo l'agire si raggiunge lo stato dello STARE BENE. È un termine che in senso lato rimanda al bene.

Agio e benessere, a livello operativo, sono posti su un continuum: dal fare all'essere nel senso che agisco per arrivare a stare (nel senso di sentirmi) bene.

- Bisogno: stato di carenza transitorio o permanente di elementi necessari, o ritenuti tali, per il mantenimento di un equilibrio fisico, psichico, relazionale. È una condizione necessaria allo sviluppo personale perché attiva la parte più intima delle persone. Lo studio dei bisogni è fondamentale per la progettazione di un intervento: può essere condotta una ricerca che consente di far emergere le carenze effettive di un gruppo o di un territorio, oppure si possono INDURRE dei bisogni nel senso che li si riconosce e con interventi mirati li si supera.
- Cambiamento: si è deciso di inserire l'aggettivo culturale per il fatto che il lavoro in prevenzione ha come obiettivo quello di stimolare il cambiamento rispetto a comportamenti standard, consente di dare un'alternativa. L'intervento di prevenzione, quindi, attraverso azioni mirate, modifica azioni e atteggiamenti portando la persona ad un livello migliore. Il cambiamento non sempre avviene; lo si può intendere, perciò, nel senso di fornire degli stimoli che rimettano in discussione le idee pregresse. In questo senso



diventa un modo, uno stile di operatività che consente di utilizzare elementi destabilizzanti verso nuove rappresentazioni. Il cambiamento non è sempre misurabile, ma si può indicare come cambiamento qualunque modifica dello stato precedente. È l'obiettivo di ogni intervento, il risultato atteso. Il cambiamento può dipendere non da che informazioni vengono date, ma da come le si danno: è necessario accompagnare ogni discorso ad un livello ETICO/VALORIALE perché altrimenti si rischia di scivolare nell'eccessivo tecnicismo. Da questo punto di vista diventa importante verificare anche lo stile di lavoro degli operatori della prevenzione.

- Comunità: dal punto di vista del soggetto è l'insieme di relazioni cui ci si sente di appartenere. È ciò che accomuna un insieme di persone e quindi si lega molto al contesto di appartenenza e ai valori condivisi. È un termine usato o per definire un ambito territoriale (indica cioè la comunità locale) o per determinare un legame, l'appartenenza ad un gruppo. COMUNITÀ e CONTESTI (cioè le aree di intervento della prevenzione) sono termini molto usati nel campo della progettazione.
- Dipendenza: termine con un significato già consolidato e condiviso. Indica un rapporto obbligato con qualcosa, non per forza rivolto alle sostanze: si ha dipendenza verso il cibo, verso il gioco... È necessario, quindi, distinguere la dipendenza da sostanze e la dipendenza intesa, appunto, come rapporto obbligato con qualcosa. Quest'ultimo aspetto, inoltre, va scisso nel rapporto obbligato PATOLOGICO (bulimia, anoressia, ecc) e NON PATOLOGICO (necessario alla sopravvivenza, per esempio insulina per i diabetici).
- Disagio: termine con un significato consolidato e condiviso.
- Educazione alla salute: sarebbe meglio parlare di PROMOZIONE ALLA SALUTE per il fatto che promuovere rimanda ad attività dinamiche, legate all'induzione, alla promozione. Consente di facilitare qualcosa rendendo autonoma la persona; nella promozione la temporalità può essere ridotta per il fatto che possono essere efficaci anche interventi lampo; è auto generante, non c'è un percorso stabilito perché si forma nel tempo e assume forme diverse in itinere. L'educazione, invece, rimanda a qualcosa di più statico perché presuppone un educatore, che sa, e un educando, che ascolta. È intenzionale perché si pone obiettivi specifici, si sviluppa in contesti più strutturati e si rivolge a target precisi.
- Gruppo: termine che indica l'ambito privilegiato degli interventi di prevenzione; è legato alla formazione nel senso che si possono aiutare, per esempio, i ragazzi a scoprire gli elementi necessari per la costruzione di un gruppo. È comunque un termine che trova nella letteratura significati consolidati e condivisi.
- Prevenzione: bisogna distinguere quella SPECIFICA e quella ASPECIFICA. Quest'ultima va alla radice delle scelte che inducono la persona al comportamento a rischio: si analizzano, cioè, i processi che hanno portato a consumare le sostanze. È orientata al lavoro sui fattori protettivi della persona: in questo senso è molto vicina al termine promozione. In effetti, dal punto di vista operativo, prevenzione aspecifica e promozione sono sinonimi.
- Stili di vita: termine a cui si dovrebbe aggiungere l'aggettivo SANI per il fatto che in prevenzione si cerca di promuovere stili di vita sani. Ci si ricollega, quindi, al cambiamento culturale, è un valore di promozione: fa parte, quindi, della prevenzione a- specifica. Sono aspetti personali, non convenzionali che rientrano nei concetti valoriali.

*Riunione del 29/10/2002 presso l'Unità funzionale Prevenzione delle Dipendenze (Ser.T di Padova)*

*Presenti:* Ermanno Margotti, Lucio Lovison, Rosaria Sorgato, Maria Chiara Forcella, Rosa Ranieri, Sonia Franzolin, Mara Barazza, Roberta Bernardi, Elisabetta Di Stavolo, Marinella Lena.

*Ordine del giorno:* Lavoro di condivisione e di confronto su alcuni termini inerenti la PROGETTAZIONE E VALUTAZIONE utilizzati nell'ambito della prevenzione

*Svolgimento del tavolo di lavoro:*

L'elevato numero dei partecipanti ha richiesto, preliminarmente, una presentazione. Successivamente, come negli incontri precedenti, è stata proposta una prima lettura della lista dei termini che ha permesso sia di evidenziare alcuni vocaboli non rispondenti alla categoria analizzata sia la mancanza di altri che sono stati, quindi, aggiunti.

Nello specifico, il gruppo di lavoro ha unito i termini Intervista, Mappatura, Osservatore e Questionario nella categoria STRUMENTI DELLA PROGETTAZIONE per il fatto che solo attraverso l'uso di tali strumenti è possibile far emergere e analizzare i bisogni in modo approfondito; questo è il primo passo necessario per poter progettare interventi adeguati. Anche i termini Affidabilità e Validità, considerati indicatori, rientrano in questa categoria.

Successivamente si è passati all'analisi degli altri termini.

- Analisi dei bisogni: questo è il primo passaggio indispensabile per arrivare a progettare un intervento. È necessario, comunque, non intendere il "bisogno" solo nella sua accezione negativa di carenza perché



gli interventi possono essere rivolti anche a realtà in cui il bisogno non è rappresentato da una mancanza di qualcosa ma, paradossalmente, dall'eccessiva presenza della stessa. Questo termine, dunque, deve essere inteso come valutazione sistematica del fenomeno percepito e dell'opportunità dell'intervento proposto. È necessario per giudicare le reali dimensioni del problema e per valutare la necessità dell'intervento specifico: presuppone, quindi, l'analisi di diversi bisogni (del target, del committente, ecc.) e la distinzione fra PERCEZIONE e REALTÀ di un problema.

Analisi della domanda: è un termine che, come il precedente, ha diverse accezioni e presuppone l'analisi e la distinzione del bisogno percepito e del bisogno reale per arrivare a valutare l'opportunità dell'intervento ma soprattutto se esso sia o meno fattibile.

È stato proposto di aggiungere analisi comportamentale come continuum di questo ragionamento. In effetti, nella progettazione, è indispensabile valutare cosa può scaturire, a livello comportamentale, da un intervento. Solo approfondendo anche quest'aspetto si può definire correttamente l'intervento, in quanto vengono individuati i fattori critici su cui si deve intervenire specificamente.

L'analisi delle condotte è indispensabile anche perché ogni intervento mira al cambiamento di uno specifico comportamento. Per l'analisi dei bisogni e della domanda sono necessari gli STRUMENTI DELLA PROGETTAZIONE: questionario, mappatura, intervista, ecc.

- Copertura: è riferita alla copertura del target, alla copertura economica. È una misura quantitativa.
- Efficacia: effetto previsto rispetto agli obiettivi.
- Efficienza: risultato previsto rispetto alle risorse.

Efficacia ed efficienza sono una coppia nel senso che sono usati sempre assieme e, negli ultimi 10-15 anni, se n'è un po' abusato. È da sottolineare che gli interventi efficienti non sono per forza efficaci e viceversa.

- Esposizione al progetto: questo termine è stato oggetto di una approfondita riflessione nata dal fatto che "esposizione" rimanda ad una azione passiva, che coinvolge il soggetto suo malgrado. Nella letteratura, invece, il significato è ben diverso in quanto l'esposizione al progetto riguarda il grado di partecipazione e coinvolgimento del gruppo target al progetto in relazione alla strumentazione usata e alla durata del programma. Esso quindi tende a valutare la qualità della partecipazione (che può essere passiva) e del coinvolgimento (che invece è sempre un'azione voluta o non voluta e quindi attiva) del target. Una proposta è stata quella di sostituire questo termine con Impatto del progetto anche se in realtà in questo modo si rimanda più al coinvolgimento del target perché rispecchia cosa si è riusciti a modificare attraverso l'intervento e si verrebbe a perdere l'aspetto della partecipazione. L'esposizione rimanda anche, ma non solo, all'impatto, all'effetto del progetto attuato.

Non si è riusciti a trovare un sinonimo che rispecchiasse entrambe le dimensioni: pertanto è necessario tenere distinti la partecipazione da un lato e il coinvolgimento, l'impatto, l'effetto misurabile dall'altro.

Alcuni hanno sottolineato il fatto che l'esposizione è qualitativa, mentre l'impatto è quantitativo: una sintesi può essere il risultato che è l'insieme di passaggi sia quantitativi che qualitativi di un progetto. Il risultato va comunque distinto dagli effetti che riguardano le conseguenze preventivate e quelle prodotte a medio-lungo termine, e quindi non preventivate, dall'intervento stesso.

- Incidenza e Prevalenza: sono due termini consolidati nel loro significato. L'incidenza valuta la crescita o la diminuzione di un fenomeno; la prevalenza, invece, si riferisce al numero di casi che presentano un certo problema.
- Indicatori: possibilità di stimare il valore di una variabile in relazione al valore di altre variabili al fine di determinare la formazione di un dato quantitativamente definito e qualitativamente apprezzabile, per la misurazione e l'interpretazione del fenomeno.  
Esistono, dunque, indicatori quantitativi e qualitativi, indicatori di risultato, di processo, di qualità.
- Metodo: è un termine il cui significato è condiviso. È però interessante sottolineare come nella pratica esso non sia considerato solo come strumento quantitativo o qualitativo, ma usato anche nell'accezione di procedimento, processo, modalità pratica di intervento.
- Metodologia: termine legato alla strategia, al modello utilizzato. È lo studio dei metodi, l'insieme e l'applicazione dei metodi. È una modalità attuativa, l'impiego rigoroso e coerente di un certo metodo.
- Obiettivi: è un termine consolidato che però va distinto da Finalità. Il primo, infatti, ha un carattere più pragmatico mentre le finalità rappresentano gli scopi generali e sono quindi più a carattere culturale. È necessario mantenere distinti i due aspetti: da un lato, quindi, gli obiettivi specifici e dall'altro le finalità generali. È importante sottolineare che le finalità devono essere tradotte in obiettivi raggiungibili.
- Pianificazione Progettazione Programmazione: sono tre termini che si richiamano l'un l'altro. La pianificazione è legata alla formulazione di un piano e la sua attuazione, la programmazione all'inclusione di un programma e la progettazione alla costruzione in toto di un progetto. Essa, quindi, prevede momenti diversi di pianificazione e progettazione.

A questi termini va affiancata la Riprogettazione, fase di un progetto che prevede di modificare l'intera struttura dell'intervento, o parti della stessa, in itinere o alla fine dello stesso.



- Progetto: termine il cui significato è condiviso.
- Qualità: è una procedura che si misura ma ciò è possibile solo standardizzando le procedure stesse, cosa che in prevenzione è abbastanza difficile. La qualità è un Indicatore che presuppone una chiarezza di obiettivi e una valutazione significativa. La qualità della prevenzione poggia sulla valutazione di tre aspetti: della teoria, del modello e della strategia. Essa, comunque, rappresenta il valore aggiunto, l'immagine che si dà. È molto legata al concetto di Marketing
- Riproducibilità: questo termine rappresenta un Indicatore di qualità perché se un intervento porta a risultati positivi e soddisfacenti viene poi riproposto. È un concetto scientifico: perché un esperimento sia considerato scientifico, è necessario che abbia come caratteristica la riproducibilità. Essa riguarda i metodi usati o i progetti nella loro complessità: a parità di condizioni, riprodurre materiali già esistenti e la cui validità è accertata, consente un risparmio di tempo, di energie e, in alcuni casi, anche economico.
- Target: popolazione su cui o con cui si lavora.
- Valutazione: processo di verifica di ogni fase del progetto. È una misurazione dell'efficacia dell'intervento. La VALUTAZIONE DEI RISULTATI rappresenta l'analisi dell'efficacia, dell'efficienza e dell'impatto dell'intervento.

Sono stati proposti numerosi altri termini da inserire: al di là di COSTI e RISORSE, che già erano emersi in altri tavoli di lavoro, sono stati segnalati Mission e Vision.

In particolare, il termine Vision rimanda all'intuizione, all'idea. È l'impostazione complessiva con cui si opera, la propria epistemologia di riferimento che porta ad una teoria e ad un modello ben precisi. È stato proposto di sostituire questo termine con Schema di riferimento, cioè l'insieme di idee, immagini, esperienze che permette al soggetto di interpretare la realtà. È il bagaglio personale che ognuno ha: è necessario esserne consapevoli ed elaborarlo nel tempo. Inoltre sono stati proposti i termini Implementazione (dare l'avvio, attivare le risorse per la riuscita di un progetto), Strategia (termine che riguarda la possibilità di immaginare le basi del processo, di fissarne gli obiettivi e individuare gli strumenti adatti a raggiungerli; rappresenta la visione d'insieme degli scopi, degli obiettivi e degli strumenti), e Fattibilità (riguarda la necessità, nel momento in cui si progetta, di valutare quanto l'idea avuta sia o meno realizzabile).

## **I DOCUMENTI DELL'OMS**

Si riporta l'elenco dei documenti emessi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in questi anni di attività, per alcuni documenti sono state mantenute le premesse così come proposte dall'ente stesso, mentre per altri è stata elaborata una breve descrizione dei contenuti. E' possibile trovare i documenti e le dichiarazioni seguenti sul sito dell'OMS:



**[www.who.dk](http://www.who.dk)**

oppure, alcuni documenti si possono trovare in lingua italiana, sul sito:

**[www.uffstampa.provincia.tn.it/www/puntomeg.nsf](http://www.uffstampa.provincia.tn.it/www/puntomeg.nsf)**

### **Dichiarazione di Alma Ata**

*sull'Assistenza Sanitaria Primaria*

*6-12 settembre 1978 - Alma Ata, URSS*

Dichiarazione sulla tutela e sulla promozione della salute di ogni uomo, formulata durante la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, riunita ad Alma Ata il 12 settembre 1978, vista la necessità di un'azione urgente dei governi, della comunità internazionale e di tutti coloro che lavorano per la salute e lo sviluppo della promozione della salute.

### **Carta di Ottawa**

*per la Promozione della Salute*

*17-21 novembre 1986 - Ottawa, Ontario, Canada*

La 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, riunita a Ottawa il 21 novembre 1986, presenta questa Carta per stimolare l'azione a favore della Salute per tutti per l'anno 2000 e oltre. Questa Conferenza è stata in primo luogo una risposta alle crescenti aspettative mondiali per un nuovo movimento di sanità pubblica. Le discussioni si sono incentrate sui bisogni presenti nei paesi industrializzati, ma hanno preso in considerazione aspetti simili in tutte le altre regioni. La Conferenza si è basata sul progresso ottenuto grazie alla Dichiarazione sull'Assistenza Sanitaria Primaria di Alma-Ata e al recente dibattito sull'azione intersectoriale a favore della salute svoltosi nell'Assemblea Mondiale della Sanità.

### **Raccomandazioni di Adelaide**

*5-9 aprile 1988 - Adelaide, Australia*

*2° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute*

L'adozione della Dichiarazione di Alma Ata ha rappresentato una pietra miliare molto importante per il movimento della Salute per Tutti avviato nel 1977 dall'Assemblea Mondiale della Sanità. A partire dal riconoscimento che la salute è un obiettivo sociale fondamentale, la Dichiarazione di Alma Ata ha stabilito una nuova direzione per lo sviluppo di una politica a favore della salute, enfatizzando il coinvolgimento delle persone, la cooperazione tra i diversi settori della società e l'assistenza sanitaria primaria quale elemento che ne sta alla base.

### **Dichiarazione di Vienna**

*sulla Professione Infermieristica*

*a sostegno degli obiettivi europei per la salute per tutti*

*21-24 giugno 1988 - Vienna, Austria*

I partecipanti al congresso europeo sulla professione infermieristica, riuniti a Vienna, esprimono l'esigenza di un'azione urgente da parte dei governi e dei responsabili nazionali della sanità per aiutare il personale infermieristico ad attuare quei cambiamenti che sono richiesti nella professione infermieristica, affinché gli obiettivi regionali per quanto riguarda la salute per tutti possano essere raggiunti.

### **Carta contro il tabacco**

*7-11 novembre 1988 - Madrid, Spagna*

Questo documento è stato prodotto durante la Conferenza Europea sulle Politiche nei confronti del tabacco. Evidenzia sei punti fondamentali perché ogni cittadino europeo possa condurre una vita libera dal fumo, e raccomanda dieci strategie da seguire al fine di garantire il più possibile questo diritto.

### **Carta europea sull'ambiente e la salute**

*7-8 dicembre 1989 - Frankfurt-am-Main, Repubblica Federale di Germania*

I Ministri dell'Ambiente e della Sanità degli Stati Membri della Regione Europea dell'O.M.S., riuniti per la prima volta a Frankfurt-am-Main, hanno adottato la Carta europea sull'ambiente e la salute e di conseguenza si sono accordati sui principi e sulle strategie stabiliti come impegno determinato all'azione. In con-

siderazione del proprio mandato ambientale, la Commissione delle Comunità Europee, che è stata invitata a partecipare in rappresentanza della Comunità, ha adottato la Carta come linea guida di riferimento per l'azione futura della Comunità nelle zone che si trovano all'interno di competenza della Comunità stessa.

### **Dichiarazione di Milano sulle Città Sane**

*5-6 aprile 1990 - Milano, Italia*

I sindaci e i rappresentanti politici della rete Città Sane dell'O.M.S., sottoscrivendo tale Dichiarazione, si sono impegnati nei confronti dei concetti e dei principi della promozione della salute definiti nella Carta di Ottawa per la promozione della salute, e a sostenere il progetto delle Città Sane dell'O.M.S. nel suo approccio ai problemi ecologici generali generati dai stili di vita degli uomini.

### **Dichiarazione di Sundsvall**

*sugli ambienti favorevoli alla salute*

*9-15 giugno 1991 - Sundsvall, Svezia*

La 3° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute, dal titolo "Gli ambienti favorevoli alla salute", si inserisce in una serie di eventi che hanno visto il loro inizio nel 1977 con l'impegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) a perseguire gli obiettivi della Salute per tutti. A questo impegno sono seguite la Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, organizzata ad Alma Ata nel 1978 dall'O.M.S. e dall'U.N.I.C.E.F. (Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia), e la 1° Conferenza internazionale sulla promozione della salute nei paesi industrializzati svoltasi a Ottawa nel 1986. Il successivo incontro di Adelaide nel 1988 che si è occupato della politica pubblica per la salute e quello di Ginevra del 1989 intitolato "Appello all'azione: la promozione della salute nei paesi in via di sviluppo" hanno ulteriormente chiarito l'importanza e il significato della promozione della salute. Parallelamente a questi sviluppi nel campo della salute, è cresciuto enormemente l'interesse pubblico circa le minacce portate all'ambiente globale. Quest'ultimo fatto è stato chiaramente espresso dalla Commissione mondiale su ambiente e sviluppo nel suo rapporto "Il nostro futuro comune", che ha fornito un nuovo modo di comprendere l'imperativo rappresentato dallo sviluppo sostenibile. La Conferenza di Sundsvall ha identificato molti esempi e approcci per creare ambienti favorevoli, che possono essere usati da chi definisce le politiche, da chi assume le decisioni operative e dagli attivisti che operano nella comunità nei settori della salute e dell'ambiente. La conferenza ha riconosciuto che ciascuno ha un ruolo nel creare ambienti favorevoli alla salute.

### **Dichiarazione di Vienna**

*sugli investimenti nella salute delle donne*

*nei Paesi dell'Europa Centrale e Orientale*

*16-18 febbraio 1994 - Vienna-Austria*

I 270 partecipanti provenienti da 40 Paesi hanno condiviso la dichiarazione che definisce sei principi per lo sviluppo della salute delle donne in tutta la Regione europea dell'O.M.S. Inoltre, la Dichiarazione individua sei settori prioritari per l'azione che, anche se generalizzabili a tutta la Regione europea, pongono particolare attenzione alle donne dei Paesi dell'Europa Centrale e Orientale e dei nuovi Stati indipendenti dell'Ex Unione Sovietica. Descrive, infine, sei modalità strategiche per rafforzare l'impegno nei confronti della salute delle donne nel contesto delle riforme politiche della Regione europea dell'O.M.S.

### **Carta di Aalborg**

*Carta delle città europee per uno sviluppo durevole e sostenibile*

*27 maggio 1994 - Aalborg, Danimarca*

La Carta di Aalborg è stata approvata dai partecipanti alla Conferenza europea sulle città sostenibili, che si è svolta sotto il patrocinio congiunto della Commissione europea e della città di Aalborg, ed è stata organizzata dal Consiglio internazionale per le iniziative ambientali locali. La Carta è stata inizialmente firmata da 80 amministrazioni locali europee e da 253 rappresentanti di organizzazioni internazionali, governi nazionali, istituti scientifici, consulenti e singoli cittadini. Con la firma della Carta le città e le regioni europee si sono impegnate ad elaborare piani d'azione a lungo termine ed una campagna per uno sviluppo durevole e sostenibile delle città europee. Il testo finale rispecchia diversi suggerimenti e le osservazioni formulate dai partecipanti.

### **Dichiarazione di Helsinki**

*sull'Azione nei confronti dell'Ambiente e della Salute in Europa*

*20-22 giugno 1994 - Helsinki, Finlandia*

La Dichiarazione di Helsinki, stesa durante la Seconda Conferenza Europea sull'Ambiente e la Salute, si basa sulle decisioni assunte nella Prima Conferenza. Nella Dichiarazione si parla dei progressi fatti rispet-



to alla Carta Europea per l'Ambiente e la Salute adottata a Francoforte nel 1989, ribadendo l'obiettivo comune e condiviso dai partecipanti alla conferenza di migliorare le condizioni di vita e di lavoro della generazione presente, per assicurare che non venga distrutta la capacità di sviluppo della natura e che venga salvaguardato il diritto delle generazioni future ad una vita soddisfacente e produttiva.

### **Dichiarazione di Copenaghen**

*5-9 dicembre 1994 - Copenaghen, Danimarca*

Con questa Dichiarazione gli Stati Membri della Regione Europea dell'O.M.S. si sono impegnati a promuovere e proteggere la salute delle popolazioni come valore fondamentale delle loro società.

### **Carta Europea sull'Alcol**

*12-14 dicembre 1995 - Parigi, Francia*

A sostegno del progressivo sviluppo del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, la Conferenza di Parigi invita tutti gli Stati membri a promuovere politiche globali sull'alcol e ad attuare programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economico-giuridici e socio-culturali dei diversi Paesi, i seguenti principi etici ed obiettivi, tenendo conto del fatto che questo documento non conferisce diritti legali.

### **Carta di Lubiana sulle Riforme della Sanità**

*19 giugno 1996 - Lubiana, Slovenia*

Il proposito di questa Carta è quello di elencare una serie di principi che costituiscono parte integrante degli attuali sistemi sanitari o che potrebbero migliorare l'assistenza sanitaria negli Stati membri della Regione Europea dell'O.M.S. Questi principi si rifanno da una parte alle esperienze di quei Paesi che stanno provvedendo a riordinare il proprio sistema sanitario e dall'altra agli obiettivi Europei della Salute per tutti, che si riferiscono, in particolare, ai sistemi sanitari.

### **Raccomandazioni di Vienna**

*Health Promoting Hospitals*

*16 aprile 1997 - Vienna, Austria*

I nuovi sviluppi del progetto denominato Health promoting hospital (HPH), i cambiamenti nelle politiche sulla salute e le riforme sulla salute avvenute in Europa rendono necessario riesaminare la struttura sulla quale si basa tale progetto. Il passaggio dal progetto pilota ad una più ampia rete supportata principalmente da reti nazionali e regionali e la Carta di Lubiana sulle Riforme della Sanità forniscono il background della nuova fase del progetto descritta nel documento.

### **Dichiarazione di Jakarta**

*sulla Promozione della Salute nel 21° secolo*

*21-25 luglio 1997 - Jakarta, Indonesia*

La 4° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute dal titolo "Nuovi attori per una nuova era: introdurre la promozione della salute nel 21° secolo" giunge in un momento critico nello sviluppo delle strategie internazionali a favore della salute. Sono passati quasi vent'anni da quando gli Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la Dichiarazione di Alma Ata, si sono assunti l'ambizioso impegno di sostenere la strategia globale della Salute per Tutti e i principi dell'assistenza sanitaria primaria. Dieci anni fa si è svolta a Ottawa, in Canada, la 1° Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute. Il risultato di quella Conferenza è stata pubblicazione della "Carta di Ottawa per la promozione della salute" che, da quel momento, è stata una fonte di guida e di ispirazione per la promozione della salute. Nelle successive Conferenze Internazionali e in altri incontri sono stati ulteriormente chiariti l'importanza e il significato delle strategie chiave della promozione della salute, che comprendono la politica pubblica per la salute (Adelaide, 1988) e gli ambienti favorevoli alla salute (Sundsvall, 1991). La 4° Conferenza internazionale sulla promozione della salute svoltasi a Jakarta è la prima che viene organizzata in un paese in via di sviluppo ed è la prima che coinvolge il settore privato a supporto della promozione della salute. La Conferenza costituisce un'opportunità per riflettere su quanto è stato appreso circa l'efficacia della promozione della salute, per riesaminare i determinanti della salute e per identificare le direzioni e le strategie che sono necessarie per orientare le sfide della promozione della salute nel 21° secolo.

### **Health21: la salute per tutti nel 21° secolo**

*Maggio 1998*

*Introduzione alla strategia della Salute per tutti nella Regione Europea dell'O.M.S.*

Gli Stati Membri dell'O.M.S. con questo documento vogliono riaffermare il loro impegno nei confronti del principio enunciato nella Costituzione secondo il quale uno dei diritti fondamentali di ciascun essere

umano è quello di godere del massimo livello ottenibile di salute. Nel dichiarare ciò, si vuole sostenere la dignità e il valore di ogni persona, nonché uguali diritti, doveri e responsabilità condivise da parte di tutti nei confronti della salute.

### **Dichiarazione di Atene sulle Città Sane**

*23 giugno 1998 - Atene, Grecia*

La Conferenza Internazionale delle Città Sane, tenutasi nel 1998, ha celebrato i primi dieci anni del movimento europeo delle Città Sane ed il lancio della terza fase (1998-2002) di questo progetto. In questa occasione i partecipanti hanno adottato questa Dichiarazione politica per esprimere l'impegno chiaro e forte delle città di tutta Europa nei confronti della salute e dello sviluppo sostenibile. La Dichiarazione mette in rilievo le priorità e le nuove sfide che le città devono affrontare e su cui devono lavorare nonché individuare le modalità secondo le azioni su cui si fonda la salute per tutti a livello locale e cittadino.

### **Dichiarazione di Stoccolma**

*sui Giovani e Alcol*

*21 febbraio 2001 - Stoccolma, Svezia*

Questo documento parte riaffermando i principi etici della Carta Europea sull'Alcol, ma porta in sé come idee innovative nella promozione di efficaci politiche alcoliche l'aver preso in considerazione misure di tipo normativo ed educativo, il benessere della comunità, e la possibilità di posticipare la sperimentazione di alcolici il più lontano possibile al fine di limitare le conseguenze dannose. Lo scopo è quello di proteggere i bambini e i giovani dalle pressioni sociali che vengono esercitate per indurli al bere e si prefigge di ridurre il danno direttamente o indirettamente causato loro dall'alcol.

### **Dichiarazione di Varsavia**

*per un'Europa senza tabacco*

*19 febbraio 2002 - Varsavia, Polonia*

La più recente iniziativa promossa dall'OMS nella lotta contro il fumo di tabacco. Ha visto riuniti i rappresentanti dei 51 paesi della Regione Europea. Il documento tiene in particolare considerazione i giovani, le donne e i gruppi socio-economici più deboli, confermando ancora una volta la volontà e l'impegno di creare un'Europa libera dal fumo.

AA. VV. (1996). *DSM IV°. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano.

AA.VV. (2000) CD Rom *Stupefacente – manuale multimediale sulle droghe*, Guardia di Finanza e Gruppo editoriale L'Espresso,

AA.VV. (2002) Comune di Verona, *Progetto Gioco. Dieci anni di attività ludico-motorie nelle scuole elementari*, Comune di Verona, Ufficio Educazione Fisica e Sportiva di Verona, M.I.U.R., Cierre Grafica, Verona.

AA.VV., (1996) *L'animazione a scuola. Accoglienza, apprendimento comunicazione*. Edizioni Gruppo Abele, Torino.



- AA.VV., (1996). *Il lavoro di comunità. La mobilitazione delle risorse nella comunità locale*. Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- AA.VV., (1998) *Evaluating Drug Prevention in the European Union*. EMCDDA Scientific Monograph series n.2, Belgium.
- AA.VV., (1998) *Nei giardini che nessuno sa. Esperienze di promozione della salute nella scuola*. Ministero della Pubblica Istruzione, Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Sociali; Roma.
- AA.VV., (1999) *Linee guida integrate per la valutazione della prevenzione primaria*. Progetto COSTA6 Italia, Ferrara.
- AA.VV., (2000). *Evaluation: a key tool for improving drug prevention*. EMCDDA Scientific Monograph series n.5, Belgium.
- AA.VV., (2002) *Making Schools a Healthier Place*. Manual on Effective School-Based Drug Prevention, IPSKAMP/Timbros Institute (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction International Affairs Unit), Olanda.
- Allport, W.G. (1935). *Attitudes*. In C. Murchison (a cura di) *Handbook of social psychology*. Clark University Press, Worcester.
- Amerio, P. (1995). *Psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna.
- Antonini F. e Pansera M.T (1986). *Psicologia*. Sansoni Editore, Firenze.
- Arangio Ruiz Grazia (1983). *Che cos'è la statistica. Misurare organizzare prevedere la realtà. Dalla conta ai computer*. Editori Riuniti, Roma,.
- Arcidiacono C., Gelli B. e Putton A. (1996). *Empowerment Sociale. Il futuro della solidarietà: modelli di psicologia di comunità*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Arcuri, L. (1995). *Manuale di psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna.
- Arnett, J. (1994). *Sensation seeking. A new conceptualization and a new scale*. *Personality and Individual Differences*, 16, 289-296.
- Bacchion, R., Perrelli E. e Orlandini, D. (2001). *Linee guida per l'utilizzo dell'etilometro in ambito preventivo*. Regione Veneto, Venezia.
- Baggio A. (a cura di), (2002). *Wave: la peer education in adolescenza*, in Abstract del convegno Tra scienza e mito. Le buone Pratiche nella Prevenzione delle Dipendenze. Alte di Montecchio Maggiore (VI), 5-6 dicembre.
- Bandura A. (1990). *Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection*. In V.M. Mays, G. W e Albee (a cura di), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches*. Sage, Thousand Oakes.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall, Englewood.
- Baric, L. (1995). Citato in P. De Pieri (a cura di) *La promozione della salute nel Veneto*, Regione Veneto 1997.
- Barnes, J.A. (1954). *Class and committees in a Norwegian Island parish*. *Human Relations*, 7, 39-58.
- Beauvois, J.L. e Dubois, N. (1988). *The norm of internality in the explanation of psychological events*. *European Journal of Social Psychology*, 18, 299-316
- Berg, C.A., Meegan, S.P. e Devine, F.P. (1998). *A social contextual model of coping with everyday problems across the lifespan*. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 239-261.
- Bertin G. (a cura di), (1999). *Valutazione e sapere sociologico*. In *Progetto COST A6 Italia*. Franco Angeli, Milano, 1995.
- Bertolino S., Gocci G., Ranieri F. (2000). *Strada Facendo. Aspetti psicosociali del lavoro di strada*. Franco Angeli Editore, Milano.
- Bott, E. (1971). *Family and social network: roles, norms, and external relationship in ordinary urban families*. Tavistock, Oxford.
- Buccoliero E., Sorio C., Tinarelli A., (1999). *Modelli di valutazione della prevenzione primaria in Europa*. Franco Angeli, Milano
- Cafferata, T. (1999). Citato in A. Putton., *Scuola ed Empowerment di rete*, in *Psicologia di Comunità*, 1-2, 15-18
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Book, New York.
- Castelli S. (1996). *La mediazione. Teorie e tecniche*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Chavis, D.M., De Pietro, G. e Martini E.R. (1994). *Prevenzione del disagio e sviluppo di comunità. Animazione Sociale, aprile*, 9-20.
- Cobb, S. e Lindemann, E. (1943). *Neuropsychiatric observations after the Coconut Grove fire*. *Annals of Surgery*, 117, 814-824.
- Colozzi I. (a cura di), (1999). *Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 Voci a confronto, Sociologia e Politiche Sociali*, 2, 1.
- Croce M. (1993). *Approcci alla devianza, Animazione Sociale*, settembre, 8-18.
- D'Angella F., Orsenigo A. (1999) *La progettazione sociale*. Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- D'Zurilla, T.J. e Goldfried, M.R. (1971). *Problem solving and behavior modification*. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Dalla Volta, A. (1985). *Dizionario di psicologia*. Giunti Barbera, Firenze.
- De Leo G. (1993). *Disagio e dintorni/5 disagio, Animazione Sociale*, novembre, 43-46,.
- De Piccoli N. (1993). *Disagio e dintorni/5 disagio, Animazione Sociale*, novembre, 27-31.
- De Pieri, P. (1997). *La promozione della salute nel Veneto*. Regione Veneto.
- De Sante A. e Greco D. (a cura di), (1992). *Appunti di metodologia didattica. Dalle esperienze dei corsi nazionali di*



formazione per operatori socio-sanitari impegnati nella lotta alle infezioni da HIV. Istituto Superiore di Sanità – Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, Roma.

Di Nuovo, S. (1989). Aggressività ed abilità sociali. *Psicologia e Scuola*, 45,3-12.

Diener, E. (1984). Subjective well being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Dohrenwend, B.P. (1973). Social status and stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28,225-235.

Donati, P. (1998). Introduzione alla sociologia relazionale. Franco Angeli, Milano.

Ewles, C. e Simnett, F. (1997). Citato in A. Pellai, *Educazione sanitaria*, FrancoAngeli, Milano.

Fishbein, M. e Ajzen, I. (1975). Attitude towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81, 59-74.

Floris F., (1993). L'animazione a scuola: opzioni culturali e strategiche di intervento, *Animazione Sociale*, N° 2, 15-22.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes : A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

Francescato, D., Leone, L. e Traversi, M. (1993). Oltre la psicoterapia: percorsi innovativi di psicologia di comunità. NIS, Roma.

Fryer, D. (1988). The experience of unemployment in social context. In S. Fisher e J. Reason, *Handbook of life stress, cognition and health*. Wiley, Oxford.

Galimberti, U. (1994). Dizionario di psicologia. UTET, Torino.

Garrett MJ, *Health Futures*. (1999). A handbook for health professionals, Ginevra, World Health Organization, reperibile nel sito [www.who.int](http://www.who.int),

Hartnoll R.L. Rhodes T.J., Jones S., et al. (1990). A survey of HIV outreach intervention in the United Kingdom. In AA.VV., *Outreach Work Among Drug Users in Europe*, EMCDDA.

Havighurst, R.J. (1952). Human development and education. Longmans, Oxford.

Hewstone M., Stroebe W., Codol J.P. e Stephenso, G.M. (1991). Introduzione alla psicologia sociale. Il mulino, Bologna.

Holmes, T.H. e Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In B.P.Dohrenwend e B.S. Dohrenwend (a cura di), *Stressful life events: Their nature and effects*. Wiley, Oxford.

Holmes, T.H. e Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Inghrosso, M. (1992). La costruzione sociale della salute. Università degli Studi di Parma, Istituto di Sociologia,

Jessor, S.L. e Jessor, R. (1975). Transition from virginity to non virginity among youth: A social psychological study over time. *Developmental Psychology*, 11, 473-484.

Kanner, A.D., Coyne, G.C., Schaefer, C e Lazarus, R.S (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavior Medicine*, 4,1-39.

Keyes, C.L.M. (1998). Social well being. *Social Psychological Quarterly*, 61, 121-140.

Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.

Kroger C., Winter H., Shaw R.. (1997). Linee guida per la valutazione degli interventi preventivi nel campo delle tossicodipendenze. Manuale per i responsabili della pianificazione e valutazione dei programmi. Institut fur Therapieforschung (EMCDDA, OEDT), Monaco.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill, New York.

Leone L., Prezza, M. (1999). Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale. Franco Angeli, Milano.

Levine, M. e Perkins, V. (1987). *Principles of community psychology*. Oxford University Press, New York.

Liciardello O. (1994). Gli strumenti psicosociali nella ricerca e nell'intervento. Premesse epistemologiche e dimensioni applicative. Franco Angeli, Milano.

Lippman, W. (1922). *Public opinion*. Harcourt Brace, New York.

Luison L., Liaci S. (a cura di), (2000). *Mediazione sociale e sociologia. Riferimenti teorici ed esperienze*. Franco Angeli, Milano.

Macri A. L'Ascolto Attivo come tecnica per raggiungere la soddisfazione e il successo nella vita privata e professionale, in [www.enxerio.com/sirium/nuovecompetenze3](http://www.enxerio.com/sirium/nuovecompetenze3)

Miglionico A. (2000). *Manuale di Comunicazione e Counselling per medici, psicologi e professionisti d'aiuto*. Centro Scientifico Editore, Torino.

Modolo, M.A. (1989). *Educazione sanitaria: partecipazione e difesa della salute. Il pensiero scientifico*, Roma.

Monarca, S., Modolo, M.A., Batoli, P. e Scotti, F. (1986). *La prevenzione delle farmacodipendenze. Parte I – Le conoscenze di base*, Perugia, Perugia.

Moos, R.H. e Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. In L. Goldberg e S. Breznitz (a cura di), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. Free press, New York.

Morosini P., Perraro F. (2001). *Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità. Elementi di economia sanitaria, medicina basata sulle evidenze, epidemiologia, statistica, comunicazione*. Centro scientifico editore, Torino.

Moscovici, S. (1961). *La psicoanalyse, son image et son public*. PUF, Paris.

Muraro, P. (1989). *S.P.S. Strategia Preventiva per la Scuola*. EIDOS, Castelfranco Veneto.

Murgatroyd, S. (1995). *Il Counseling nella relazione d'aiuto*. Sovera, Roma.

Neresini, F. e Ranci, C. (1992). *Disagio giovanile e politiche sociali*. NIS, Roma.

Niero M. (1995). *Metodi e tecniche di ricerca per il servizio sociale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Nota L. e Soresi S. (1997). *I comportamenti sociali. Dall'analisi all'intervento*, Erip Editrice, Pordenone.

OMS (1996). *AIDS Series 8, Guidelines for counseling about HIV infection and disease*. In G. Serpelloni, A. Rossi (a



- cura di) HIV/AIDS e DROGA. Manuale per operatori di prevenzione. L'intervento di strada, Leonard Edizioni, Verona.
- Orford, J. (1995). Psicologia di comunità. FrancoAngeli, Milano.
- Orlandini D., Nardelli R. e Bottignolo E. (2002). Programmi e modelli di Prevenzione Primaria delle Dipendenze: i diversi aspetti della valutazione, Regione Veneto, Poligrafica Venezia, Venezia,
- Orlandini D., Nardelli R., Piras P. (1996). Giovani, disagio e droga: l'evoluzione dei concetti di prevenzione negli ultimi decenni, *Noumen*, 6, 18, 14-32.
- Orsenigo A. (1999). La costruzione dell'oggetto di lavoro e il modo di trattarlo nella progettazione, in AA.VV, *La progettazione sociale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Osborn A.F. (1998). L'arte della creatività. Franco Angeli, Milano
- Osgood, C.E., Suci, G. e Tannenbaum, P.H. (1957). *The measurement of meaning*. University of Illinois Press, Urbana.
- Oxford, T. (1985). Citato in C. Guerreschi, *Le frontiere del gioco d'azzardo: dal divertimento alla patologia*. Conferenza sul gioco d'azzardo. Kolphigaus, luglio.
- Palmonari, A. (1993). *Manuale di Psicologia dell'Adolescenza*. Il Mulino, Bologna.
- Pellai, A. (1997). *Educazione sanitaria*, FrancoAngeli, Milano.
- Piaget, J. (1967). *Lo sviluppo mentale del bambino e altri studi di psicologia*. Piccola Biblioteca Einaudi, Torino.
- Polito M. (2000). *Attivare le risorse del gruppo classe. Nuove strategie per l'apprendimento reciproco e la crescita personale*. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.
- Pollo, M. (1994). Quel mal da età. Il disagio giovanile degli anni 90. *Il Delfino*, n°1, pag. 27-29.
- Polya, G. (1945). *How to solve it*. Princeton University Press, Princeton.
- Putton., A. (1999). Scuola ed Empowerment di rete, in *Psicologia di Comunità*, 1-2, 15-18
- Ravenna, M. (1993). Adolescenti e droga. Percorsi e processi sociopsicologici del consumo. Il Mulino, Bologna.
- Ravenna, M. (1997). *Psicologia delle tossicodipendenze*. Il mulino, Bologna.
- Regoliosi L. (1994). *La prevenzione del disagio giovanile*. NIS, Roma.
- Rigliano P. (a cura di), (1998). *Indipendenze. Alcol e cibo, farmaci e droghe, comportamenti di rischio e d'azzardo: le relazioni di dipendenza*. Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Rinn, R.C. e Markle, A. (1977). Parent effectiveness training: A review. *Psychological Reports*, 41, 95-109.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, n° 609 intero.
- Rotter, J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement : A case history of a variable. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- Ruggiu L. (a cura di), (2000). *Dizionario critico dell'autonomia scolastica*, Carocci editore, Roma.
- Rutter, M (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J.E: Rolf e S. Masten (a cura di), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge University Press, New York.
- Ryff, C.D. (1989). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: new directions in quest of successful ageing. *International o Behavioral Development*, 12, 35-55.
- Savadori, L. e Rumiati, R. (1996). Percezione del rischio negli adolescenti italiani. *Giornale Italiano di Psicologia*, Vol. 23 (1), 85-106.
- Sberna M. (1993). *Giochi di Gruppo. Socializzazione, ruoli e decisione*. Città Studi Edizioni, Milano.,
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. McGraw Hill: New York.
- Seppilli, A. (1958). Principi, metodi e tecniche dell'educazione sanitaria: atti del 1° corso estivo di educazione sanitaria, Perugia, 14-21 settembre 1958. Perugia.
- Serpelloni G., Rossi A. (a cura di) (1996). HIV/AIDS e DROGA. Manuale per operatori di prevenzione. L'intervento di strada. Leonard Edizioni, Verona.
- Stoetzel, J. (1943). *La teorie des opinions*. PUF, Paris.
- Stroebe, W. e Stroebe, M.S. (1997). *Psicologia sociale e salute*. McGraw-Hill, Milano.
- Tartarotti L. (1987). *Prevenzione*. Guida T, LABOS, n. 5.
- Taylor, S.E. (1991). *Health psychology*. Mc Graw Hill: New York.
- Terborg, J.R. (1988). The organization as a context for health promotion. In S. Spacapan e S. Oskamp (a cura di), *The social psychology of health. The Claremont Symposium o Applied Social Psychology*. Sage, Tuosand Oakes.
- Thomas, W.I. e Znaniecki, F. (1918). *The Polish peasant in Europe and America*. Badger, Boston.
- Trentin e Monaci, 2002 In D. Orlandini, R. Nardelli e R. Potente, *Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti veneti*. Regione Veneto, Venezia, pp. 48-69.
- Trentin, R. (1991). *Gli atteggiamenti sociali. Teoria e ricerca*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Vineis P. (1993). Glossario disagio e dintorni/4: rischio, *Animazione Sociale*, 61,. 42-45.
- Walker, H.M., Todis, B., McConnell, S.R., Walker, J., Holmes, D. E Golden, N. (1988). *The Walker Social Skills Curriculum: The ACCEPTS program*. Pro-ed, Austin.
- Yeates, K.O. e Selman, R.L. (1989). Social competence in the school: Towards an integrative developmental model for intervention. *Developmental Review*, 9, 64-100.
- Zani, B. (1999). La gestione del conflitto nella famiglia con adolescenti: le prospettive di genitori e figli. *Giornale Italiano di Psicologia*, 4, 16-34.
- Zani, B. e Cicognani, E. (1999). *Le vie del benessere. Eventi di vita e strategie di coping*. Carocci, Roma.
- Zani, B. e Polmonari, A. (1996). *Manuale di psicologia di comunità*. Il Mulino, Bologna.
- Ziglio, R. (1983). Citato in Muraro, P. (1989). *S.P.S. Strategia Preventiva per la Scuola*. EIDOS, Castelfranco Veneto.
- Zinberg, N.E. (1984). *Drug, set and setting*. Yale University Press, New Haven.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimum level of arousal*. Lawrence Erlbaum Associates,

## GLOSSARI

- APSS (2001). Programma di sviluppo strategico - Glossario a cura di De Pieri P. per l'azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento in [www.apss.tn.it](http://www.apss.tn.it)
- Az. Ulss 19 Adria. La Qualità dell'Assistenza Sanitaria, termini e definizioni. Piccolo vocabolario per aiutare a crescere il Sistema Qualità dell'Azienda ULSS 19 di Adria, in [www.ulss19adria.veneto.it](http://www.ulss19adria.veneto.it)
- Bezzi C. (2001). Glossario della ricerca valutativa, versione provvisoria di settembre
- Cipes (2002). Glossario della promozione della salute, [www.cipespiemonte.it](http://www.cipespiemonte.it)
- Cost A6 Italia (1995). Linee guida Integrate per la valutazione della prevenzione primaria in Progetto COSTA6 Italia. Franco Angeli, Milano.
- EBAV (2000). Lavoro e Tossicodipendenze. Per essere informati e per prevenire – Glossario, Ente Bilaterale dell'Artigianato Veneto, Venezia.
- Evelink (2000). Glossario – Gergario (parte relativa alla Prevenzione), in [www.dronet.org](http://www.dronet.org)
- Guardia di Finanza (2000). Glossario - Stupefacente conoscere per prevenire. Manuale multimediale sulle droghe, CD-rom, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali, Guardia di Finanza, Gruppo Editoriale L'Espresso Spa,
- Martiny G., Cataldo A., Antonello O. (1999). Glossario Ragionato sulla Qualità in Sanità, Regione Piemonte ASL 22. Editrice Impressioni Grafiche, Acqui Terme.
- Mentor (2002). Lessons Learned in Drug Abuse Prevention: A Global Review, United Nations, New York, in [www.mentorfoundation.org](http://www.mentorfoundation.org)
- Oedt (1997). Glossario da Linee guida per la Valutazione degli interventi preventivi nel campo delle Tossicodipendenze. A cura di Kröger C., Winter H., Shaw R. Manuale per i responsabili della pianificazione e valutazione dei programmi, EMCDDA – IFT – Institut für Therapieforschung – Monaco Germania, sezione in italiano OEDT in [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)
- Oedt (1999). Outreach Work Among Drug Users in Europe, EMCDDA – Insights Series, N. 2, 1999
- Oedt (2000). Glossario EDDRA e Definizione operativa dei termini – questionario EDDRA, EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), sezione in italiano OEDT in [www.emcdda.org](http://www.emcdda.org)
- OMS (1999). Glossario della promozione della salute, WHO (World Health Organisation), in [www.who.dk](http://www.who.dk), Ginevra.
- Ospedali per la promozione della salute (2000). Glossario della Promozione della salute - Ospedali per la promozione della salute – Rete Emiliano Romagnola – Traduzione dell'Health Promotion Glossary.
- Samhsa (2002). Preventing Problem Related to Alcohol Availability, in [www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

