

difesa sociale

Rivista trimestrale dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale
sui rapporti tra cultura salute e società

Anno LXXXVI - numero 1/07

Direttore

Antonio Guidi

Direttore responsabile

Giovanni Maria Pirone

Comitato scientifico della rivista

Paola Binetti, Iolanda Capriglione, Consuelo Corradi, Carlo Favaretti, Guido Giarelli, Roberto Iadicicco, Michele Lepore, Armando Masucci, Rosanna Memoli, Pietrantonio Ricci, Antonio Scaglia

Coordinamento Comitato Scientifico

Cleto Corposanto

Redattore capo

Pierangela Ghezze

DIFESA SOCIALE, periodico scientifico multidisciplinare dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, dal 1922 pubblica articoli di Sociologia, Psicologia sociale, Medicina del lavoro, Medicina preventiva, Epidemiologia, Economia, Medicina legale, Giurisprudenza, Biologia, Genetica, Ingegneria, Bioetica, Igiene ambientale ecc. Sin dalla fondazione l'intento principale è tenere vivo il dibattito sui fenomeni culturali, ambientali, economici, sociali di maggiore attualità, per studiarne le correlazioni con la salute ed il benessere della collettività e stimolare interventi a tutela della qualità della vita e del lavoro. La nuova linea editoriale, inaugurata nel 2005, punta ad aumentare la diffusione del periodico e a migliorarne la fruibilità da parte del mondo scientifico, principalmente attraverso l'introduzione della sezione monografica, a seguito della quale è iniziata a costituirsi una prestigiosa mappa editoriale di personalità di rilievo del mondo della scienza e della cultura. Oltre al cartaceo, sul sito web www.iims.it è disponibile la versione in e-journal di Difesa Sociale.

Since 1922, DIFESA SOCIALE (Social Defense) – the multidisciplinary scientific periodical of the Italian Institute of Social Medicine - has been publishing articles dealing with sociology, social psychology, occupational medicine, preventive medicine, epidemiology, economics, legal medicine, jurisprudence, biology, genetics, engineering, bioethics, environmental hygiene etc. Starting from its establishment, its main object has been to keep the debate on highly topical cultural, environmental, economic, and social phenomena going, to study their correlations with the health and wellbeing of the community, as well as to stimulate measures designed to protect the quality of life and work. The new publishing line, launched in 2005, aims at increasing the circulation of this journal and at enhancing its fruition by the scientific world mostly through the introduction of a monographic section that, over time, has given rise to a prestigious editorial map of prominent personalities in the world of science and culture.

In addition to the paper format, the e-journal version of Difesa Sociale may be retrieved from the www.iims.it web site.

Direzione, redazione e amministrazione:

*Istituto Italiano di Medicina Sociale
Via P. S. Mancini, 28 - 00196 roma*

Redazione “Difesa Sociale”

Tel. + 39 06 3225412 – tel. e fax + 39 06 3235503
difesasociale@iims.it

*Per informazioni su abbonamenti e arretrati:
info.difesasociale@iims.it – www.iims.it*


Registro stampa del Tribunale civile di Roma,
n. 991 del 4 luglio 1949

Spedizione in abbonamento postale,
art. 2, co. 20 lett. c, L. 662/96 Filiale di Roma

Finito di stampare nel mese di maggio 2007
in Tivoli (Roma) dalla Tipografia Mancini s.a.s.
tipografiamancini@libero.it

Pubblicazione fuori commercio

TUTTI I DIRITTI SONO RISERVATI

Periodico associato a AIE 
ISSN 0012-2653

Indice

Editoriale

- Nuove forme di psicopatologie 5
Tonino Cantelmi

Focus – Le nuove dipendenze

- Videogiochi e minori, le questioni aperte 11
Pierangela Ghezzi - Giovanni Maria Pirone
- Gioco d'azzardo, una patologia della dipendenza 27
Gianluigi Conte - Annamaria Di Gioia - Corrado Villella - Elisabetta Righino - Anna Gerecitano - Francesca D'Amico - Lisa Allegretti - Raffaella Franza - Pietro Bria
- Shopping compulsivo: uno studio quantitativo e qualitativo 37
Cesare Guerreschi - Antonella Ciardo

Studi e ricerche

- Aspetti socio-demografici dell'abitudine al fumo in Italia 51
Maria Teresa Tenconi - Carla Ge - Marinella Maccagni
- Consumi alcolici giovanili: indagine conoscitiva in alcune scuole di Roma 63
Rosanna Marchetti
- Tecnopatie in ambiente ospedaliero. *Limitazioni e patologie occupazionali nei dipendenti di un'azienda ospedaliera di rilievo nazionale e alta specializzazione sottoposti a sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs. n. 626/94 nell'ultimo triennio* 83
Giuseppe Rosato - Vincenzo Castaldo - Armando Masucci - Silvia S.A. Presta - Giuseppe Perrella

Miscellanea

- Il bullismo tra i giovani precursore del mobbing adulto? Il percorso in parallelo di due patologie della società contemporanea 91
Maria Antonietta Pizzichini - Stefano Giuliodoro
- Valutazione medico legale della dislessia in soggetti in età evolutiva: aspetti applicativi pratici nell'ambito della tutela dell'invalide civile 105
Francesco Consigliere - Andrea Verzeletti
- Un caso di responsabilità professionale dei medici S.A.S.N. in tema di idoneità alla navigazione 119
Carlo De Rosa - Giulio Di Mizio - Pietrantonio Ricci

■ Prevenzione dei rischi legati a pratiche di ornamento del corpo <i>Gian Maria Spinelli - Michele Arcangelo Martiello - Laura Incandela - Giuseppe Boncompagni - Mariano Giacchi</i>	127
■ Stress mentale e cardiopatia ischemica <i>Marinella Molisso - Ciro Molisso - Valentina Molisso</i>	137
■ Notiziario	143
■ Segnalazioni bibliografiche	155

Nuove forme di psicopatologie

Tonino Cantelmi

Professore di Psichiatria, Università Gregoriana, Roma

Nuove forme di psicopatologie sembrano minacciare l'uomo all'inizio del III millennio. Si tratta delle cosiddette “**dipendenze comportamentali**”, cioè di complesse situazioni nelle quali l'uomo si trova ad essere prigioniero dei propri comportamenti, che, nonostante le evidenti e molteplici conseguenze negative, non riesce a controllare. In altri termini si diventa “dipendenti” non da una sostanza, ma da un comportamento, solo inizialmente piacevole: ben presto infatti si trasforma in un tiranno esigente ed insaziabile. Queste dipendenze sembrano proprio figlie del nostro tempo, amplificate a dismisura delle potenzialità della tecnologia. Cosicché assistiamo al fenomeno dello **shopping compulsivo** (abilmente sfruttato dai grandi centri commerciali), per il quale le donne più che gli uomini (ma anche gli uomini) acquistano oggetti di cui non godranno mai, perché inutili o già posseduti, spinti dal bisogno di placare un demone esigente ed ingordo. Oppure restiamo sbalorditi dal fenomeno della **dipendenza sessuale**, che riguarda soprattutto gli uomini (forse il 3-5% della popolazione maschile) e che consiste in una relazione patologica con il sesso, attraverso la quale la persona si rifugia nella ricerca di un piacere che possa alleviare malesseri interiori magmatici e densi di angoscia. I dipendenti sessuali hanno perso la loro capacità di dire di no, sono schiavi di una ricerca sessuale che è condizionata da un ciclo di pensieri, sentimenti ed azioni che non sono in grado di controllare. L'euforia del dipendente sessuale dura tanto quanto il rituale sessuale, per spegnersi subito, alimentando un malessere che spinge il dipendente a ripetere il ciclo. Inutile sottolineare gli altissimi costi economici, familiari, sociali e relazionali. Ma chi è il dipendente sessuale? È in genere un maschio, piuttosto giovane, nel 50% dei casi ha una relazione affettiva primaria (matrimonio o convivenza stabile), in oltre l'80% dei casi

eterosessuale. Il campione dei pazienti che hanno avuto accesso al CEDIS (Centro per la diagnosi e la cura delle Dipendenza Sessuali) era costituito in prevalenza da uomini ben inseriti lavorativamente ed a volte di successo. Nell'ambito delle dipendenze sessuali ecco comparire una forma che unisce sesso e tecnologia: è la **dipendenza da cybersesso**. Sex e dintorni sono le parole più cliccate in rete. Ogni giorno migliaia di nuovi siti a contenuto pornografico ed erotico vengono messi a disposizione dei cybernauti. È evidente come in questo oceano di offerte anneghino i cybersex dipendenti. La dipendenza da cybersesso è caratterizzata dalla ricerca incontrollata di sesso on line, con disastrose conseguenze sulla vita familiare, sociorelazionale e lavorativa. Un dato per tutti: in circa il 10% dei casi i figli si accorgono della dipendenza da cybersex del padre, con conseguenze sconvolgenti.

Anche la vecchia e nota **dipendenza da gioco d'azzardo** ha subito in questi anni una accelerazione improvvisa grazie ai casinò virtuali ed alle offerte di gioco on line: l'unico limite è la disponibilità della carta di credito. Lo stereotipo del giocatore di carte o dello scommettitore sulle corse dei cavalli lascia il posto ad un tecnodipendente: videopoker sofisticati, casinò on line, trading on line, siti per megascommesse clandestine e mille altre tecno-offerte si offrono al dipendente da gioco d'azzardo, che restando comodamente a casa può sperimentare ogni sorta di emozione attraverso uno schermo, un computer ed un collegamento.

Potrebbe sembrare uno scherzo, ma si descrivono sempre più casi di **dipendenti dal lavoro**: non c'è dubbio che il successo, il riconoscimento sociale, il senso di potere stimolano i centri cerebrali dopaminergici del piacere come la cocaina. E dunque ecco comparire sulla scena di una società veloce, elettrizzata ed efficientista nuovi schiavi: sono per l'appunto professionisti, manager, politici continuamente immersi nella ricerca del successo lavorativo.

Tuttavia non c'è dubbio che le **tecnodipendenze** costituiscono la grande novità di questi anni. L'avvento della tecnologia digitalica (Internet, cellulari, videogiochi, Ipod, ecc...) ha avviato una autentica rivoluzione, che ha generato un nuovo modo di comunicare. Per esempio il fascino impietoso e seduttivo di Internet non sembra lasciar scampo: la Rete delle Reti è ora demonizzata ed assimilata ad un invicibile mostro divorante, ora

invece esaltata e beatificata per le sue immense potenzialità. La Rete delle Reti rappresenta comunque la vera, straordinaria novità del III millennio: presto gran parte dell'umanità sarà in Rete. Stiamo assistendo dunque ad un cambiamento radicale e siamo forse di fronte ad un passaggio evolutivo. L'uomo del terzo millennio, in altri termini, sarà diverso: la mente in Internet produrrà eventi e cambiamenti che non potremo ignorare.

Come per ogni innovazione tecnologica, accanto agli iniziali entusiasmi giustificati dalle enormi potenzialità di questo media, sempre più specialisti si sono interrogati sui rischi psicopatologici connessi all'uso e soprattutto all'abuso della Rete. In particolare si è ipotizzata l'esistenza di una forma di dipendenza dalla Rete, definita IAD: **Internet Addiction Disorder**. In realtà non dovremmo trascurare il fatto che tutto nacque per un fantastico scherzo planetario: uno psichiatra americano fece girare in Rete i criteri diagnostici per la dipendenza da Internet, mutuati dal DSM IV. Come spesso succede in Rete, la fantasia fu superata dalla realtà, sia pure virtuale: la dipendenza divenne un argomento straordinariamente attuale. Dibattuta, demonizzata, esaltata: la Rete non colse la differenza fra realtà e scherzo. Altra beffa clamorosa fu l'invenzione di gruppi on line di auto-aiuto per retomani. L'Internet Addiction Disorder, quella vera e non la beffa, divenne un fenomeno noto al di fuori della Rete quando nel 1996 la dottoressa statunitense Kimberly Young, dell'Università di Pittsburg, pubblicò la ricerca "Internet Addiction: the emergence of a new clinical disorder" (1996), relativa allo studio di un campione di soggetti dipendenti dalla Rete. Da allora ad oggi sulla stampa vengono continuamente riportate le vicissitudini dei soggetti affetti da questa nuova patologia. Anche le ricerche che ho presentato in Italia dal 1997 ad oggi hanno avuto una eco sorprendente sulla stampa, amplificata dalle TV e dalle radio. L'eccessivo clamore dato dai mass media a tale argomento ha giustamente irritato gli utilizzatori di Internet, che hanno percepito una sorta di ingiustificato attacco alla Rete. Cosicché ho scoperto di essere stato oggetto di discussioni e in alcune chat di subire insulti ed attacchi. Questa reazione, se da un lato è assolutamente comprensibile, dimostra anche che le ricerche sulle cosiddette condotte psicopatologiche on line hanno un reale interesse. Tuttavia, al di là del sensazionalismo, i problemi

psicopatologici Internet-correlati sono per alcuni psichiatri e psicologi (sempre più numerosi), tra cui il sottoscritto, affascinanti e nuovi, ma questo non vuol dire affatto che la Rete sia un qualcosa di pericoloso e da evitare: più semplicemente ritengo che sia inevitabile studiare l'impatto che un mezzo così straordinario e, direi, così vitale ha sulla mente umana. Fenomeni che per ora sono descritti come psicopatologici potrebbero in realtà essere gli indicatori di una curiosa ed a tratti incomprensibile evoluzione dell'uomo del terzo millennio.

In effetti le nuove tecnologie mediatiche, oltre ad essere uno straordinario motore di cambiamento sociale e di trasformazione culturale, stanno aprendo territori sconfinati di studio e di ricerca per antropologi, sociologi, psicologi e psichiatri.

Ecco perché ci incuriosiscono i net-dipendenti, i depressi della realtà virtuale, i cybersex-dipendenti, i cybertravestiti, i prigionieri delle MUD, gli innamorati in chat e tanti altri ancora, dai protagonisti delle flame wars, le liti furibonde in chat, a coloro che non possono smettere di informarsi, affetti come sono da quella strana patologia definita "Information Overload Addiction".

La ragnatela mondiale cattura, avanza inarrestabile, esalta ed eccita: è lei la straordinaria protagonista dell'epoca della rivoluzione digitale. Che cos'è la Rete, se non un immenso e sconfinato labirinto, luogo senza centro, anarchicamente disegnato e ridisegnato, spazio di ricerca al servizio di un'impresa conoscitiva straordinaria, ma anche dimensione dello smarrimento del sé e del percorso, attraverso la perdita del fine e dello scopo?

È dunque in atto una rivoluzione, *la rivoluzione digitale*, che, inaugurando affascinanti universi di conoscenza e di esperienza, ha già da ora modificato il registro delle nostre possibilità mentali e sensoriali, contribuendo a plasmare una nuova cultura e differenti forme e modalità di sentire il rapporto con se stesso, con l'altro da sé e con il mondo. Proprio perché cariche di fascino, queste possibilità devono indurci a percepire ed a riflettere criticamente circa i loro effetti sulla vita psichica e relazionale. Le dinamiche della vita reale si possono rivelare insufficienti ed inadeguate ad una vita in Rete che è davvero tutta da inventare. Ed ecco nascere Second Life: un immenso villaggio virtuale dove chiunque può

condurre una straordinaria seconda vita.

Le caratteristiche della comunicazione virtuale possono rendere la Rete più agevole della realtà, anzi tanto gradevole da instaurare una sorta di dipendenza. Alcuni studi, che ho condotto con la collaborazione di molti psichiatri e psicologi, indicano che il 10% dei navigatori è esposto a questo rischio: un dato inquietante e a mio parere eccessivo. È necessario studiare questo strano fenomeno dei net-dipendenti quando Internet non sarà più un evento ma una ineludibile realtà. I prossimi studi definiranno meglio la faccenda. Intanto osserviamo alcune forme di navigazione patologica: cybersex addiction, compulsive on line gambling, cyber relationship addiction, MUDs addiction, information overload addiction.

Una domanda resta sullo sfondo: come si spiega questo straordinario diffondersi di fenomeni come le dipendenze comportamentali? A me sembra che stiamo assistendo ad una epocale crisi della relazione interpersonale ed al frantumarsi delle reti familiari: l'uomo d'oggi sembra progressivamente incapace di stabilire relazioni interpersonali soddisfacenti, stabili e durature. Le relazioni appaiono più rapide, più brevi, più intense, ma anche più connotate in senso narcisistico. Cosicché la tecnomediazione delle relazioni (ti corteggio in chat e ti lascio con un sms) sembra essere più rassicurante e il ripiegamento narcisistico appare schiudere la ricerca di piaceri compulsivi e solitari, dove l'altro non c'è o se c'è è ridotto, come nelle dipendenze sessuali, ad un semplice strumento. Apparenti paradisi, pronti a trasformarsi in tiranni infernali, sono offerti ad un uomo sempre più solo, anche se perennemente connesso a reti telematiche. È questa dunque la sfida dei prossimi anni: saremo in grado di recuperare la capacità di relazionarci con l'altro e di tollerare alcune inevitabili frustrazioni oppure saremo sempre più immersi in paradisi telematici o in solitarie ricerche compulsive di piaceri tirannici?

Bibliografia

Cantelmi T. et al. Le dipendenze comportamentali. *Psicobiettivo*, XXIV, 2, 13-28, 2004

Videogiochi e minori, le questioni aperte

Pierangela Ghezzi^{1*} - Giovanni Maria Pirone²

¹ Giornalista - Tecnologo IIMS, Responsabile Informazione e Comunicazione Istituzionale

² Direttore Generale dell'IIMS

Summary

Videogames and children, the open questions

The research conducted by the Italian Institute of Social Medicine analyses the use of the videogames by children. Starting from a full-scale review of the national and international scientific literature dealing with health and videogames and a study of the diffusion of the phenomenon in Italy, as well as a study of the structure of the cluster and of the characteristics of the information passed through the media, the qualitative investigation focuses on the myths, the values and the behavioral models expressed by the characters of a representative sample of videogames recommended for children over three and over seven years of age. Due stress was laid on the nature, personality, actions and values of these characters in relation to the role being played and the action being accomplished.

Therefore, the research highlights the open questions, including in particular the issue of the legal protection, and suggests a few solutions from both the regulatory and the educational point of view.

Riassunto

La ricerca condotta dall'Istituto Italiano di Medicina Sociale analizza il tema dell'utilizzo dei videogiochi da parte dei minori. Partendo da un'analisi a tutto campo della letteratura scientifica nazionale ed internazionale su salute e videogiochi e dallo studio della diffusione del fenomeno in Italia, nonché della struttura della filiera e delle caratteristiche dell'informazione veicolata tramite i media, l'indagine qualitativa si focalizza sui miti, i valori ed i modelli di comportamento espressi dai personaggi di un campione rappresentativo di videogiochi consigliati a bambini di età superiore ai tre ed ai sette anni. Di tali personaggi sono evidenziati la natura, il carattere, le azioni ed i valori, in funzione dei ruoli assunti e delle azioni compiute.

La ricerca mette quindi in evidenza le questioni aperte, tra cui in particolare quella relativa alla tutela giuridica, e suggerisce alcune soluzioni sia dal punto di vista normativo che educativo.

Keywords: *videogames, child behavior, adolescent behavior, education, new media, child advocacy.*

Parole chiave: *videogiochi, comportamento infantile, comportamento adolescenziale, istruzione, nuovi mezzi di comunicazione, tutela dei minori.*

Introduzione

Oggi più che nel passato il gioco si modifica con il mutare della società. Gli stili di vita odierni, l'assenza di aree verdi come luoghi sicuri e protetti, l'aumento delle distanze urbane penalizzano i giochi di gruppo e la socializzazione spontanea, mentre si diffondono sempre più i giochi sedentari, modificandosi anche

il modo di giocare ed i luoghi in cui si gioca (Cantelmi, 2006).

In questo contesto va valutato l'incremento, negli ultimi anni, dell'utilizzo dei videogiochi ed il progressivo abbassamento dell'età dei bambini che ne fanno uso. Di qui la domanda: è buono o cattivo un mondo in cui si diventa supereroi uccidendo nemici, in cui si acquisisce forza e potere se si è killer spie-

* Titolare della ricerca dell'IIMS "Videogiochi: miti, valori e modelli di comportamento".

tati, ma dove si può anche tentare di risolvere conflitti reali attraverso giochi di diplomazia virtuale?

Siamo di fronte ad uno dei grandi quesiti dell'inizio del nuovo millennio: come e quanto giocare ai videogames influisce sulla psiche e sul comportamento dei giocatori, soprattutto dei più giovani?

Già alla fine degli anni '90, in seguito a sparatorie mortali in alcune scuole, associate in qualche modo all'uso dei videogiochi¹, genitori, politici, studiosi di varie discipline e legislatori di tutto il mondo hanno iniziato ad interrogarsi sui possibili effetti dell'utilizzo di una tecnologia sempre più raffinata nell'avvicinare realtà virtuale a realtà "vera". Considerando la percentuale oggi pressoché prossima al 100% (Aesvi, 2006a²) di giovanissimi (soprattutto tra i 10 e i 14 anni) che giocano ai videogames, ben si comprende come perplessità e dubbi a riguardo si siano rapidamente trasformati in legittima preoccupazione.

Il dibattito interessa oggi discipline apparentemente molto distanti tra loro: dalla sociologia alla psicologia, dalla medicina alle scienze cognitive, dalle teorie della comunicazione di massa alla semiologia e all'estetica. Peculiare manifestazione della cultura contemporanea, il videogioco riguarda infatti diversi ambiti – intrattenimento, comunicazione, narrazione, simulazione, arte, tecnologia; è luogo intellettuale ed emozionale di sperimentazione, di interazione sociale ed esplorazione del mondo, nel quale si creano nuovi linguaggi. I diversi approcci, però, slegati

tra loro e sostenuti sino a pochi anni fa da chi non aveva una concreta e sperimentata conoscenza dell'oggetto del dibattito, non hanno ancora consentito l'elaborazione di una teoria generale del videogioco.

Nel comprendere la delicatezza e complessità dell'argomento, l'Istituto Italiano di Medicina Sociale, tra i primi in Italia ad intuire la necessità di un approccio integrato al problema, ha inaugurato alla fine del 2004 un nuovo filone di ricerca sul rapporto tra minori e nuove tecnologie, focalizzando l'attenzione, appunto, sui videogiochi. Istituzionalmente preposto ad occuparsi di ricerca multidisciplinare, l'IIMS ha avviato un'attività di studio che supera gli stretti ambiti scientifici, per definire, in collaborazione con le varie parti in gioco, proposte di intervento condivise ed efficaci.

Metodologia della ricerca

La prima parte della ricerca condotta dall'Istituto consiste in un'ampia panoramica sullo stato dell'arte delle conoscenze rispetto a tre macro-argomenti:

1. *Le conseguenze sulla salute dell'utilizzo dei videogiochi*, con particolare riguardo al problema della dipendenza, attraverso l'analisi della letteratura scientifica nazionale ed internazionale;
2. *Il mercato dei videogiochi in Italia* (quantità e tipologie: dati sulla produzione, distribuzione, vendita, utilizzo e diffusione);

¹ La più clamorosa a Columbine negli USA, avvenuta nel 1999 ad opera di due studenti del liceo che uccisero a fucilate 12 compagni ed un insegnante, ne ferirono 24 e poi si suicidarono. L'ultima, nel novembre 2006, ad Emsdetten in Germania, dove un ragazzo di 18 anni ha ferito 37 alunni di una scuola media prima di suicidarsi.

² Secondo l'indagine dell'Associazione Editori Software Videoludico Italiana, il 96% dei ragazzi dai 6 ai 17 anni utilizza videogiochi; nel 2001 l'Istat segnalava una percentuale del 69,1%, con un incremento, tra il 1995 e il 2001, del 30%.

3. *La mediazione culturale*: le modalità di trattazione del tema videogiochi da parte dei media, le modalità utilizzate nel messaggio pubblicitario adottato per promuovere la vendita dei videogiochi, le caratteristiche dell'ambientazione e delle scenografie utilizzate in alcuni videogiochi dal contenuto violento.

La seconda parte dell'indagine è costituita da un'analisi qualitativa dei miti, dei valori e delle strategie veicolati da un campione rappresentativo dei videogiochi più venduti tra quelli consigliati ad un'utenza 3+ e 7+ (maggiori di tre e sette anni) dal PEGI³. Unica nel panorama nazionale ed europeo, essa analizza nel complesso 200 giochi tra i più "giocati"⁴ con il metodo dell'analisi del contenuto; da essa emergono non solo le tipologie dei videogiochi, ma soprattutto gli elementi di valore che essi trasmettono. L'oggetto dell'analisi empirica è costituito dai personaggi protagonisti dei videogames, di cui sono evidenziati la natura, il carattere, le azioni ed i valori espressi, in funzione dei ruoli assunti e delle azioni compiute.

L'analisi multidisciplinare prevede interventi del neuropsichiatra, dello psicologo dell'età evolutiva, del sociologo, del giurista. La ricerca avanza anche una proposta di *media education*, nonché un'ipotesi di soluzione normativa che potrebbe essere applicata a livello nazionale e che, soprattutto, potrebbe ispirare un intervento a livello di UE⁵. Prima di iniziare l'analisi è stata effet-

tuata un'indagine sui videogiochi più venduti consigliati ai piccoli utenti. Tali videogiochi sono stati distinti in due categorie: "per bambini" e "anche per bambini". I primi sono quelli che appartengono al genere educativo o didattico e che affrontano tematiche rivolte, senza dubbio, esclusivamente ad un pubblico infantile. I secondi, appartenenti ad altri generi (strategia, azione, avventura, arcade, simulazione, ruolo), sono consigliati anche ai bimbi pur se il loro contenuto è più adatto per ragazzi o adulti. Si è scelto, quindi, di analizzare questa seconda tipologia di videogiochi, appartenenti alle fasce d'età 3+ e 7+, considerata significativa ai fini degli obiettivi prefissati nel progetto di ricerca.

1. La ricerca di sfondo

Utilizzo dei videogiochi: pro e contro

La molteplicità di opinioni sulle conseguenze sulla salute dell'utilizzo dei videogiochi, legate per lo più ai diversi posizionamenti culturali e generazionali degli osservatori, sono oggi riconducibili a due grandi schieramenti. I sostenitori pongono l'accento sulle possibilità di sviluppo delle capacità percettive e senso-motorie: i videogiochi faciliterebbero l'approccio alla cultura e al pensiero tecnologico e stimolerebbero i processi mentali (memoria, capacità di pensiero induttivo, processo cognitivo

³ Il sistema PEGI (Pan European Games Information) è sostenuto dai principali produttori di console, dagli editori e dai creatori di giochi interattivi di tutta Europa. Esso prevede diverse categorie di età a partire dalle quali è consigliata la fruizione di ogni singolo prodotto in funzione del contenuto caratterizzante ciascun videogame. Il PEGI è applicato ai prodotti distribuiti da Belgio, Danimarca, Grecia, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Finlandia, Svezia, Regno Unito, Norvegia e Svizzera.

⁴ La ricerca costituisce la prosecuzione di uno studio qualitativo intrapreso nel 2003 su 150 videogiochi; la presente trattazione integra e conclude tale lavoro con l'analisi di 50 titoli.

⁵ Il presente articolo costituisce una sintesi del quadro di sfondo e della ricerca empirica. Per gli altri aspetti si rimanda alla pubblicazione integrale, in corso di stampa.

in parallelo, pensare nella simultaneità, ecc.), la capacità di calcolo e di formulazione di strategie vincenti, la fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità, la coordinazione oculo-motoria. Gli oppositori si appellano invece ai rischi legati all'utilizzo eccessivo o scorretto, soprattutto da parte dei bambini: dall'adesione acritica a sistemi di significato organizzati da altre persone (adulte) all'incapacità di entrare in contatto con i propri vissuti emotivi, dall'estraniamento dalla realtà alla mancanza di empatia, dall'epilessia fotosensibile alla dipendenza, dalla sedentarietà al sovrappeso e ai disturbi alla vista.

Più discussi ancora i rischi legati ai contenuti violenti o cosiddetti "moralmente deplorabili" di alcuni videogiochi: con il supporto di studi specifici, molti sostengono la correlazione tra il loro utilizzo e l'aumento dell'aggressività dei giocatori

(Carnagey et al, 2006)⁶, altri negano tale tesi (Inside Illinois Index, 2005)⁷, denunciando la mancanza di scientificità di tali ricerche e sostenendo che questo genere di videogiochi non è causa, ma semplicemente rivelatore del malessere. Altri ancora si spingono più in là, proponendo addirittura i videogiochi come terapia: gli esperti di diverse università europee, convenuti a Bruxelles a luglio 2006 per un convegno sull'impatto dei videogiochi sui giocatori⁸, pur ammettendo nell'utilizzo dei videogiochi l'esistenza di aspetti negativi, hanno riconosciuto la prevalenza degli aspetti positivi, sottolineando, tra l'altro, il crescente numero delle applicazioni innovative in campi che vanno dall'educazione al trattamento di problemi comportamentali tra i giovani, con particolare riguardo ai disturbi dell'attenzione e alle difficoltà nell'esplorazione dello spazio⁹. Nessuno

⁶ Secondo lo studio di un gruppo di psicologi dell'Università dello Iowa sul rapporto fra violenza e videogiochi, chi gioca con videogames violenti diventa meno sensibile alla brutalità del mondo reale – secondo lo stesso studio, almeno l'85% di questo tipo di passatempi contiene azioni mediamente violente, e quasi la metà di queste profondamente cruento. La "desensibilizzazione" è definita come "una riduzione delle emozioni in reazione ad atti violenti reali". Interagire con i giochi più violenti porterebbe ad essere non solo meno sensibili, ma proprio "cattivi": più aggressivi, malvagi, intolleranti e certamente meno altruisti. Nello studio sono stati coinvolti 257 studenti di College ai quali è stato chiesto di giocare in maniera casuale a videogames, alcuni violenti e altri non violenti. Per tutta la durata dell'esperimento ai soggetti sono stati misurati i battiti cardiaci e la reattività epidermica. Dopodiché, ai volontari è stato chiesto di sedersi a guardare un filmato di 10 minuti, contenente scene di violenze reali, estrapolate dai telegiornali e dai programmi televisivi di attualità, e riprese della polizia. Gli studiosi si sono accorti che i partecipanti che avevano scelto videogiochi violenti hanno avuto una reazione assai minore alle immagini del video rispetto a quelli che avevano interagito con giochi non violenti. Raccolti tutti i dati dei test, fatte le dovute statistiche, lo scenario che gli psicologi presentano è allarmante: bastano 20 minuti di videogames violenti per diventare meno sensibili alle brutalità del mondo reale. Essi si sono spinti oltre nelle loro conclusioni, descrivendo l'intera società del divertimento multimediale come una "macchina per la desensibilizzazione sistematica dell'individuo".

⁷ Lo studio dell'Università dell'Illinois, pubblicato nel 2005 e finalizzato a valutare le conseguenze a lungo termine dell'esposizione alla violenza presente in videogiochi online, ha condotto a risultati per alcuni versi sorprendenti. I ricercatori hanno seguito, per un mese, due gruppi di persone dai 14 ai 68 anni. Il primo gruppo, nel corso del mese, ha giocato per circa 56 ore a un violento gioco di ruolo online, mentre il gruppo di controllo era costituito da non giocatori. L'indagine non ha rilevato differenze rilevanti tra i due gruppi per quanto riguarda i comportamenti aggressivi prima e dopo il mese di gioco. Ma il dato emerso più inatteso concerne la maggiore influenza subita dai giocatori adulti rispetto ai ragazzi.

⁸ All'evento hanno partecipato consumatori, sviluppatori ed editori di videogiochi provenienti da tutta Europa, assieme a rappresentanti dei genitori.

⁹ A riguardo, in Francia sono stati creati laboratori terapeutici di videogiochi per ragazzi colpiti da disturbi della personalità. Secondo molti psicanalisti francesi i ragazzi sottoposti a tale tipo di terapia acquisiscono autostima, gli iperattivi imparano a concentrarsi, gli psicotici con alterazione del senso della realtà cercano nel virtuale confini reali. Tanto che il Ministero dell'Educazione francese si ripromette di esplorare entro 10 anni la strada dell'introduzione del videogioco nei programmi delle scuole medie (Fonte: ANSA, 28/10/2006). Ancora, negli Stati Uniti l'uso dei videogiochi, più precisamente delle simulazioni, è stato adottato con enorme successo da alcuni reparti militari per condurre esercitazioni con le stesse caratteristiche delle operazioni reali, ma senza i rischi ad esse correlati (Ciofi, 2005).

degli esperti che ha partecipato al meeting di Bruxelles ha considerato l'uso dei videogiochi un passatempo che crea in sé dipendenza; tutti hanno però condiviso la necessità di una corretta ricerca indipendente, assieme ad un'adeguata educazione dei genitori sulla natura dei giochi.

I diversi orientamenti in letteratura

Da una prima comparazione tra studi italiani e stranieri¹⁰, si rileva una diversa evidenza data al tema videogiochi e salute. Due le differenze principali:

1. All'estero la ricerca è prevalentemente orientata a dimostrare le conseguenze negative dell'utilizzo dei videogiochi, in Italia si sofferma invece, principalmente, ad osservare lo sviluppo del fenomeno della diffusione dei nuovi media a livello sociale globale.
2. Uso e abuso: aggressività e comportamento ribelle sarebbero, secondo studi stranieri, conseguenza dell'utilizzo "normale", e non dell'abuso, dei videogiochi violenti e non violenti. Gli studi italiani sottolineano invece, prevalentemente, la correlazione tra un uso eccessivo dei videogiochi da un lato e videodipendenza, difficoltà di relazione, isolamento dall'altro lato.

Gli studi concordano invece sugli aspetti strettamente medici, sulle conseguenze negative a livello visivo e neurologico, ma anche, in positivo, sulla possibilità di un uso terapeutico dei videogiochi:

- come oggetto transizionale in ambito clinico con i bambini con problemi di apprendimento e comportamentali;
- per la capacità di distrazione con bambini e adolescenti con problemi medi-

ci o problemi emotivi e comportamentali (ad esempio, soggetti in chemioterapia o in psicoterapia).

In Italia, dunque, la ricerca si sofferma a definire la natura dei videogiochi, le caratteristiche strutturali peculiari, l'interattività, la strategicità, le potenzialità educative; sono individuate le cause di attrazione dei videogiochi, le motivazioni che spingono alla loro fruizione prolungata, i vantaggi e gli effetti positivi e infine ciò che li trasforma in "demoni": la valenza negativa dei videogiochi risiede nella dimensione di contenuto e nell'uso scorretto o abuso, inteso in termini quantitativi e in termini qualitativi, quando il videogioco, da mezzo di comunicazione diventa, per la sua intrinseca capacità interattiva, il fine della comunicazione, l'interlocutore, "l'altro significativo", quando cioè il suo uso diventa una forma compensatoria, sostitutiva di relazioni gratificanti e di scambi sociali.

Il rischio dipendenza

Durante il gioco con i videogames si verifica un significativo incremento della produzione di dopamina, un neurotrasmettitore che, oltre ad essere coinvolto nell'apprendimento e nel consolidamento mnemonico delle nuove informazioni, è correlato anche con il potenziamento del comportamento aggressivo, legato al piacere ed alla ricerca di nuove ed intense emozioni. È presente quindi una stretta relazione basata sul rinforzo reciproco tra utilizzo massiccio di videogiochi, sviluppo di uno stile alestitimico di personalità, ricerca attiva di nuove emozioni (*sensation seeking*) e sovrapproduzione di dopamina (Cantelmi, 2006).

¹⁰ Le riviste scientifiche straniere prese in esame fanno riferimento a studi effettuati tra il 2003 e il 2005 negli Stati Uniti, in Francia, Olanda, Inghilterra e Finlandia.

Tutti questi fattori presentano dei collegamenti con il *Tech Abuse*, un comportamento patologico caratterizzato dall'utilizzo eccessivo delle nuove tecnologie e dalla difficoltà, o incapacità, a relazionarsi al di fuori del mondo virtuale. Nei bambini che giocano con i videogames tutti i giorni per più di cinque ore si verifica un sovraccarico di informazioni che li rende incapaci di ritenere, gestire, elaborare ed interpretare la mole di informazioni e di dati cui si trovano esposti. Ciò si riscontra soprattutto con quei videogiochi e simulazioni virtuali che presentano una perfezione grafica tale da ridurre notevolmente la distanza tra realtà e finzione: il contatto precoce, intenso e prolungato rende in questi casi difficile al bambino l'individuazione del confine tra uomo e macchina, animato ed inanimato, fantasia e realtà.

Il *Tech Abuse* infantile può sfociare nel *Tecnoautismo*, una patologia che colpisce i bambini tra i 6 ed i 9 anni, caratterizzata dall'incapacità di esprimere le proprie emozioni e di comunicare senza l'utilizzo della tecnologia.

Dal *Tech Abuse* infantile, in età adulta possono svilupparsi delle vere e proprie forme di dipendenza tecnologica che nascono dalla sensazione di benessere, mediata dalla sovrapproduzione di dopamina. L'interruzione dell'abuso, come nella dipendenza da sostanze, provoca nei soggetti dei sintomi fisici molto simili a quelli manifestati dai tossicomani in crisi d'astinenza. Pertanto, il *Tech Abuse* stimola un'attivazione cerebrale che determina il desiderio fisiologico di soddisfacimento. È questo il caso delle nuove Cyberpatologie: la

MUDs-dipendenza¹¹, la dipendenza dalle Chat¹² (i Chat-dipendenti riferiscono che la curiosità, le sensazioni forti e le amicizie interessanti sperimentate in questo contesto non sono assolutamente comparabili a quelle della vita reale, che al contrario percepiscono come banale, alienante, ripetitiva e poco soddisfacente); la *Cyber Relationship Addiction*, dipendenza dalle relazioni virtuali, che consiste nello stabilire relazioni amicali e/o sentimentali, con persone sconosciute, tramite e-mail, chat rooms o newsgroup¹³ a scapito dei reali rapporti interpersonali; ma anche la *Cybersexual Addiction*, la dipendenza dal sesso virtuale, l'*Information Overload Addiction*, una forma di dipendenza che si caratterizza per la ricerca estenuante di informazioni su web e il *Compulsive On Line Shopping*, un disturbo che consiste nell'impulso patologico a effettuare acquisti tramite Internet, fino alla compromissione della sfera finanziaria, lavorativa, relazionale e psicologica.

Il *Compulsive On Line Gambling* è il gioco d'azzardo compulsivo on-line. Questa cyberpatologia è già da tempo riconosciuta e contemplata dal manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV). La possibilità di accedere da casa a casinò virtuali o a siti per scommettitori facilita lo sviluppo di tale compulsione, con effetti deleteri sulla vita di relazione ed economica.

La dipendenza in forma grave può trasformarsi in *Trance Dissociativa da Videoterminale*, che consiste in uno stato involontario di trance con alterazione dello stato di coscienza, depersonalizz-

¹¹ Si tratta di giochi di ruolo in cui, tramite la Rete, è possibile che più utenti giochino tra loro simultaneamente. Il giocatore si sveste della propria identità e indossa i panni di un personaggio che finisce per percepire come reale.

¹² Le chat sono spazi virtuali che offrono agli utenti la possibilità di "incontrarsi" e "dialogare" in tempo reale.

¹³ I *Newsgroup* sono bacheche elettroniche, ciascuna dedicata ad un tema specifico. Per leggere i messaggi delle newsgroup o spedire il proprio messaggio bisogna collegarsi al news-server e scegliere l'argomento a cui si è interessati.

zazione e perdita dell'abituale senso di identità personale, che può essere sostituita o meno da un'identità alternativa che influenza o dissolve quella abituale. Il termine "dissociazione" indica la sconnessione di una o più parti delle funzioni mentali, solitamente integrate, come la coscienza, la memoria, l'identità e la percezione dell'ambiente, dal resto della coscienza, con la conseguenza che questa parte scissa si comporterà come un'identità mentale indipendente dalla personalità globale, la quale non riuscirà ad esercitare nessun controllo su di essa (Cantelmi, 2006).

Videogiochi violenti ed aggressività

Altra questione fortemente dibattuta, la relazione tra videogiochi ed aggressività. A lungo termine, l'esposizione costante ai videogiochi violenti influenza in maniera significativa il comportamento, in quanto promuove lo sviluppo di convinzioni, attitudini, schemi comportamentali e cognitivi aggressivi, di aspettative incentrate sulla lettura aggressiva delle situazioni, oltre che una desensibilizzazione che riduce notevolmente la soglia di percezione dell'aggressività.

Soprattutto nel periodo della pre-adolescenza, l'esposizione ripetuta alla violenza presente in molti videogiochi esercita un'influenza significativa, perché va a rinforzare e ad incrementare quei sentimenti, quelle cognizioni e quei livelli di attivazione, correlati all'aggressività, che il giovane già di per sé vive (ibidem).

Il mercato dei videogiochi in Italia

Un dato estremamente significativo riguarda la posizione che il trend del

mercato dei videogiochi software ricopre nell'industria dell'intrattenimento in Italia, risultando nel 2005 al primo posto (+9% rispetto al 2004, unico dato, tra l'altro, in positivo), laddove Musica e Home Video subiscono una significativa battuta d'arresto (rispettivamente -4% e -10% rispetto all'anno precedente) (Aesvi, 2006a).

Per quanto riguarda la rete di vendita, ciò che è rilevante sottolineare è la capacità di penetrazione del prodotto videogioco in considerazione della quantità di tipologie diverse dei canali di vendita, dagli ipermercati ai negozi specializzati, dai negozi di giocattoli alle edicole. È arduo, infatti, fornire una stima precisa del numero totale dei rivenditori; tra l'altro va assumendo sempre maggiore importanza, quale nuovo canale di vendita, Internet, scelto per la rapidità e l'efficacia nel fornire videogiochi a pagamento, che siano recapitati a casa o scaricati direttamente dal web. La natura stessa di questo canale rende impossibile stabilire il numero dei rivenditori on line. Tutto ciò è comunque indicativo della capacità che il settore dei videogiochi - grazie alla capillare rete di vendita, oltre che alle potenti strategie di marketing - ha di conquistare tutti i segmenti di mercato (professionisti, casalinghe, studenti, bambini ecc.).

I videogiocatori in Italia

La molteplicità delle indagini effettuate negli ultimi anni da più soggetti diversi, pubblici e privati, ha condotto alla produzione di un complesso di dati quasi sempre non confrontabili in considerazione:

- della diversità dei campioni analizzati;
- dei soggetti che hanno condotto le indagini con diversi obiettivi, portatori, nel condurre tali ricerche, di differenti interessi;

- dei periodi differenti in cui queste sono state condotte.

In ogni caso, tutte le ricerche concordano nell'evidenziare, pur indicando percentuali difformi, la progressiva crescente diffusione dei videogiochi tra gli italiani, con particolare riguardo ai soggetti di sesso femminile ed ai minori.

L'indagine multiscopo dell'Istat sulle famiglie *"I cittadini e il tempo libero"* (2000), su un campione di 16 milioni e 400 mila individui dai tre anni in su indicava nel 20,7% la percentuale dei videogiocatori. Ma secondo l'Associazione Editori e Sviluppatori italiani, i videogiocatori italiani sarebbero molti di più. Il più recente rapporto 2006 sullo stato dell'industria videoludica in Italia parla di 24 milioni di videogiocatori (il 43% della popolazione dai 4 anni di età), quasi un italiano su due.

L'età media è di 28 anni, ma gioca il 96% dei giovani tra i 6 e i 17 anni (il 100% tra gli 11 e i 14 anni, l'88,5% tra i 14 e i 19), pur se con modalità e frequenza diverse (Aesvi, 2006a).

La diffusione dei videogiochi tra i minori

L'Istat nel 2001 segnala anche la percentuale dei bambini tra i 3 e i 5 anni che giocano, pari al 26,5%. Ancor prima di iniziare l'esperienza scolastica, dunque, i bambini sono stimolati ad un alfabetismo spontaneo dai nuovi media. Vivendo sempre più a contatto con le nuove tecnologie non solo mostrano dipendenza da queste, ma manifestano un nuovo modo di guardare il mondo, di coglierne i segnali, di ricercarne gli stimoli (Osservatorio Nazionale per l'Infanzia. Relazione sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, 2000).

Alcune indagini in Italia hanno trattato il rapporto tra bambini e videogiochi.

Poche, anche a livello internazionale, sono però le ricerche che specificatamente circoscrivono il campione analizzato alla sola popolazione giovanile; ancor meno quelle che vanno oltre la mera analisi quantitativa della diffusione dei videogiochi tra gli adolescenti.

Secondo i dati oggi a disposizione il 56% dei bambini sotto i 14 anni possiede oggi una console di gioco (il 67% dei maschi il 44% delle femmine) (Doxa Junior 2004). Per quanto riguarda le modalità di fruizione:

- i maschi giocano in percentuale maggiore, ma il divario va assottigliandosi nel tempo;
- il bambino italiano gioca in media quasi due ore al giorno (h 1,56) (Università di Udine, 2006-2007). I maschi dichiarano quasi tre ore mentre le bambine si attestano su un'ora di gioco in media; il 43% dei bambini gioca di seguito;
- il 40% videogioca tutto il tempo (8%) o la maggior parte del tempo (32%) da solo, il 24% la metà del tempo da solo (Aesvi, 2006b). In altre parole, due bambini su tre videogiocano per lo più da soli;
- nella percezione dei ragazzi non si ritiene che vi sia il rischio dipendenza se non per chi gioca oltre 6 ore al giorno (47,5%) (Centro Studi Minori e Media, 2006).

Il bambino è normalmente in condizioni di inferiorità nelle conoscenze e nelle capacità rispetto all'adulto. Questa realtà si ribalta quando si affronta il tema delle nuove tecnologie. "Il bambino si mostra molto più competente ed aggiornato dell'adulto verso i nuovi media, competente alla interazione, alla comprensione, alla costruzione di un mondo virtuale dal quale è a sua volta costruito" (Relazione sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Ita-

lia, 2000). Il bambino è capace di usare il computer come mezzo di comunicazione e come mezzo utile per sviluppare linguaggi a cui il mondo adulto spesso non ha accesso. Dialoghi in chat tra sconosciuti, costruzione di un doppio virtuale in 3-D su Internet, scelta di un personaggio in un videogioco, sono i segnali del percorso che il bambino intraprende nella costruzione dei territori di azione e socializzazione degli adulti di domani. Vi sono tanti siti destinati ai ragazzini e molti fatti da loro stessi. Negli USA i bambini esperti di new media sono chiamati *cyberteens*. Essi hanno in mano un potere impensabile per le generazioni precedenti, un potere che cambia le strutture ed aumenta le capacità di apprendimento, ma che può essere utilizzato per amplificare o incoraggiare comportamenti ed azioni che gli adulti spesso non sono in grado di controllare. Il ruolo dei genitori nell'avvicinamento dei figli al PC sembrerebbe assai modesto. Il 59% dei bambini fa un uso almeno settimanale del computer per videogiocare contro solo il 20% degli adulti. I figli vedono i genitori come scarsamente capaci di usare le tecnologie informatiche per fini ludici. Appena il 19% dei bambini dichiara che il padre è capace di usare i videogiochi, il 5% che la madre è capace di usare i videogiochi. I genitori assumono informazioni sui videogiochi dai figli o dalla Tv; solo una minoranza (10%) sfoglia riviste specializzate o libri o chiede ai negozianti (Aesvi, 2006b).

2. La ricerca empirica

Ciò che rende il videogioco particolarmente coinvolgente è la possibilità che

l'utente ha di diventare il vero protagonista delle storie narrate e di agire in prima persona cambiando il corso degli eventi. Attraverso la logica dell'immedesimazione il giocatore si ritrova, infatti, all'interno di un mondo parallelo caratterizzato da regole condivise e leggi che devono essere comprese, interpretate ed utilizzate in modo funzionale agli obiettivi da raggiungere. Assumere un ruolo significa soprattutto poter esistere in un ambiente simulato differente da quello reale, attraverso la proiezione del proprio io all'interno di quello del protagonista. L'essere virtuale prende vita solamente se il giocatore diventa volontariamente attivo e se inizia ad elaborare strategie in tempo reale, per poter portare a termine le missioni prefissate. Tra l'utente ed il software si viene così a creare una relazione molto stretta, che garantirà sempre al soggetto una posizione di privilegio e gli consentirà di essere al centro di tutte le vicende che attorno a lui sembrano svolgersi (Comparini, 2006).

Generi e tematiche

Nel campione analizzato¹⁴ predominano nettamente alcuni generi, tra cui avventura (26%), azione (18%), simulazione e strategia (14%) (Tabella 1).

I temi prevalenti sono avventura (44%), fantasia (12%), sport e guerra (8%). Nel 6% dei casi emerge la violenza che si esplica soprattutto attraverso combattimenti di varia natura. Altre tematiche sono presenti in percentuali minori, tra cui malavita e paura (Grafico 1).

È interessante osservare che questi ultimi videogiochi, caratterizzati da tematiche non proprio per bambini, sono sconsigliati solo fino ai sette anni.

¹⁴ *Supra*, pag. 13.

I personaggi

La grande maggioranza del campione indagato (90%) ha un personaggio in cui l'utente può identificarsi. Si tratta di eroi che il giocatore può impersonare, controllandone mosse ed intenti. Solamente nel 10% dei videogames esa-

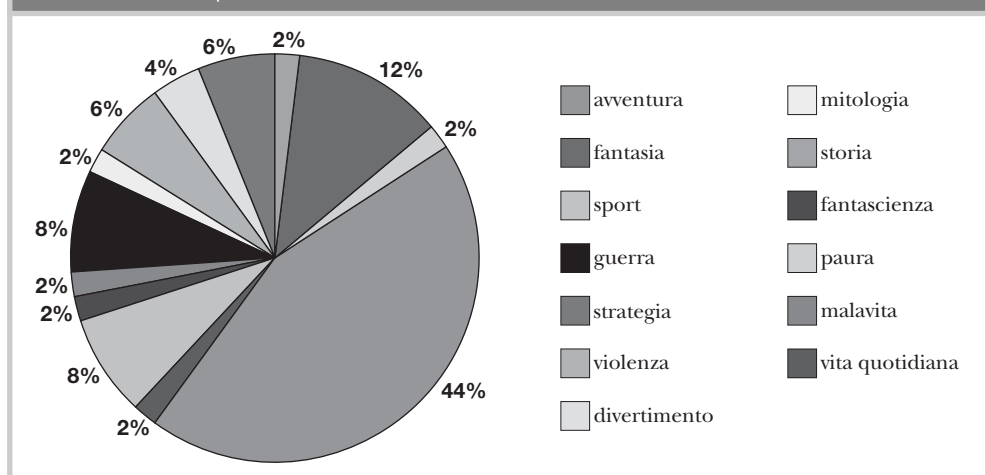
Tabella 1 - I generi

Genere	%
Avventura	26
Azione	18
Simulazione	14
Strategia	14
Arcade	4
Avventura/azione	4
Azione/simulazione	4
Azione/strategia	4
Picchiaduro	4
Avventura/sparatutto	2
Azione/picchiaduro	2
Gioco di ruolo	2
Sparatutto	2

minati ciò non è consentito. Si tratta per lo più di giochi arcade e di simulazione che non richiedono la presenza di protagonisti graficamente rappresentati; in alcuni casi, invece, si cerca di andare oltre al rapporto instaurato con il personaggio, per avvicinarsi di più all'ambiente di gioco, entrando senza mediazione alcuna all'interno dei meccanismi del software: l'utente diventa, quindi, il vero protagonista che osserva la scena dalla sua prospettiva. I videogiochi consigliati ad utenti di età maggiore ai sette anni possono tutti contare sulla presenza di personaggi graficamente rappresentati, mentre quelli classificati senza protagonista rientrano tutti nel gruppo dei videogiochi 3+.

I personaggi protagonisti delle avventure virtuali sono soprattutto di sesso maschile (71%), quelli femminili rappresentano solamente il 7% del totale. Ciò che caratterizza maggiormente le eroine, che sono presenti più che altro nei videogiochi di avventura, è la bellezza ma anche l'intelligenza, necessaria a scoprire misteri e a vincere i nemici con l'astuzia. In percentuale più alta (22%), invece, i videogames che con-

Grafico 1 - I temi prevalenti



sentono al giocatore di entrare nel ruolo di entrambi i generi, sfruttando al meglio i loro punti di forza ed agendo in funzione delle caratteristiche specifiche di ciascuno di essi.

È interessante osservare che la percentuale di personaggi femminili è maggiore all'interno dei videogiochi 3+. Probabilmente lo scopo è quello di avvicinare anche le bambine a questa tipologia di gioco. Nei videogames 7+, invece, sono in netta maggioranza i protagonisti maschili, probabilmente perché gli utenti che ne fanno maggiormente uso sono soprattutto bambini e ragazzi che nei personaggi possono, così, identificarsi con maggiore facilità (Tabella 2).

Persone, animali, creature fantastiche

La maggior parte dei personaggi presi in considerazione (74%) è rappresentata da soggetti con caratteristiche umane. È questa la tipologia che consente di immedesimarsi, con estrema immediatezza, nel ruolo proposto, consentendo al giocatore di creare una relazione diretta con il proprio eroe.

Le creature fantastiche sono presenti nel 18% dei casi e sono rappresentate soprattutto da pupazzi e fantasmi, i quali, comunque, agiscono come esseri

umani, ossia devono utilizzare le strutture del pensiero logico per poter arrivare alla fine dell'avventura.

In netta minoranza la categoria degli animali (4%), i quali non hanno la funzione, nei casi analizzati, di coinvolgere i bambini ma, più che altro, di proporre una diversa prospettiva di gioco per utenti adulti. È possibile osservare ciò anche dalla grafica caratterizzante l'espressione di questi personaggi, tutt'altro che amichevole¹⁵.

Anche la categoria degli animali antropomorfi è poco rappresentata, presente solo nel 4% dei casi (Grafico 2, Tabella 3).

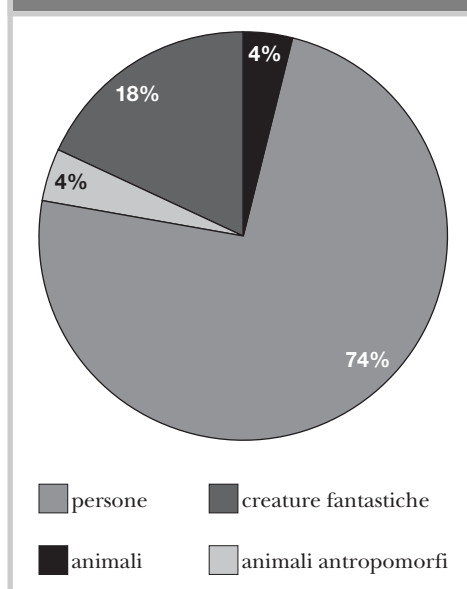
Il ceto sociale di appartenenza

Il 44% dei personaggi appartiene al ceto medio (vigile del fuoco, insegnante, fotografo, investigatore, orafo, ecc.): si tratta di individui semplici che però de-

Tabella 2 - Il sesso, in funzione dell'età consigliata

Sesso	3+		7+	
		%		%
Maschi	60		85	
Femmine	8		5	
Entrambi (a scelta del giocatore)	32		10	

Grafico 2 - Persone, animali, creature fantastiche



¹⁵ Nel videogioco *Ralph il lupo all'attacco*, ad esempio, il giocatore deve cercare di ingannare il cane pastore, al fine di rubargli tutte le pecore che custodisce, per poi trasformarle in un succulento pasto.

Tabella 3 - Tipologia di personaggi in funzione dell'età consigliata

Soggetto	3+	7+
	%	%
Persone	80	65
Creature fantastiche	1	25
Animali	4	5
Animali antropomorfi	4	5

vono portare a termine missioni che spesso richiedono una grande astuzia nell'elaborare strategie di azione: l'uomo comune si ritrova a vivere un'avventura straordinaria da protagonista.

Il 36%, invece, appartiene ad un ceto sociale alto (faraone, sacerdotessa, principe). Si tratta di figure coraggiose ed astute che spesso hanno la responsabilità di gestire un impero oppure di risolvere difficili rompicapo.

Nel 20% dei casi non è possibile definire un ceto sociale di appartenenza, solitamente perché la realtà in cui i personaggi vivono non prevede la presenza di relazioni di potere.

È interessante sottolineare che non esiste alcun personaggio appartenente ad un ceto sociale basso. Tutti i personaggi occupano una buona posizione all'interno della realtà in cui vivono.

Personaggi e valori

I protagonisti dei videogiochi sono tutti portatori di valori che essi esprimono attraverso il loro agire e che diventano rilevanti in funzione dell'ambiente di gioco, delle relazioni che eventualmente si creano con gli altri personaggi e degli obiettivi da raggiungere. La natura di questi valori può essere anche negativa; non in tutti i casi, infatti, è presente un'etica di fondo in grado di condizionare positivamente la condotta

dell'eroe.

I valori che risultano dominanti nei videogiochi analizzati, intesi in senso lato a comprendere capacità e qualità, sono l'astuzia, che caratterizza l'agire del 30% dei personaggi, il coraggio (16%), l'abilità (10%), necessaria ad ottenere buoni risultati nelle competizioni, e l'aggressività (10%), che si manifesta all'interno di quei titoli che richiedono all'utente di combattere contro avversari e nemici. Pochi i personaggi portatori di valori in senso stretto: altruismo, libertà (4%), devozione, giustizia, collaborazione e integrazione (2%). Altri, invece, lottano per ottenere ricchezza, potere, successo (2%). Nel 2% dei casi i protagonisti esprimono cattiveria e frustrazione. Nel videogioco *The Sims 2* i valori cambiano al mutare della storia che l'utente decide di creare (Tabella 4).

I personaggi femminili, in netta minoranza, esprimono tutti valori positivi. Sono infatti protagonisti devoti, altruisti ed astuti, buoni ed intelligenti.

Nei protagonisti di sesso maschile emergono soprattutto l'astuzia (30%) e il coraggio (16%). I valori negativi si ritrovano solamente nei maschi.

Nei videogiochi in cui sono presenti personaggi di entrambi i sessi emergono, come valori dominanti, anche qui l'astuzia e il coraggio (20%).

In sintesi, si vince più con l'astuzia che con le capacità.

Considerazioni finali

Nonostante molte ed autorevoli voci si siano pronunciate in materia, non è ancora tempo di bilanci finali, né d'altronde si può pensare di poter tracciare una linea netta di demarcazione tra be-

Tabella 4 - I valori espressi dai personaggi

Valore dominante %	3+	7+	Totale
Astuzia	24	6	30
Coraggio	8	8	16
Abilità	10	-	10
Aggressività	2	8	10
Altruismo	-	4	4
Temerarietà	-	4	4
Libertà	-	4	4
Devozione	2	-	2
Potere	2	-	2
Giustizia	2	-	2
Cattiveria	2	-	2
Successo	2	-	2
Ricchezza	2	-	2
Magia	2	-	2
Collaborazione	-	2	2
Integrazione	-	2	2
Frustrazione	-	2	2
Vari	-	2	2

ne e male nell'uso dei videogiochi da parte dei minori.

Nel complesso, comunque, l'analisi condotta dall'IIMS consente di focalizzare alcuni punti:

1. *Ridondanza di informazioni ed opinioni*

L'indagine ha messo in luce la gran mole di informazioni ed opinioni, disomogenee e talora discordanti tra loro, fornite ad ogni livello (da istituzioni pubbliche e università, da enti di ricerca ed organismi privati di ricerca sociale e di mercato), che creano confusione.

2. *Ricerca scientifica carente*

Le ricerche prodotte a livello nazionale ed internazionale sulle conseguenze dell'uso dei videogiochi non

hanno ancora, nel complesso, prodotto dati scientifici certi: scarse nel numero, circoscritte nei campioni numerici analizzati e raramente volte ad indagare nello specifico la sola popolazione dei minori, esse vengono addotte a sostegno di tesi le più diverse. L'accesa *querelle* che vede protagonisti accusatori, possibilisti e difensori dei videogiochi si fonda quindi su dati non univoci né univocamente interpretabili, su letture più o meno soggettive – e suggestive – di fatti di cronaca, spesso opportunamente amplificati, su atteggiamenti ondegianti tra scettico pregiudizio e fiducia incondizionata, a volte fondati su una parziale o distorta conoscenza della materia, o condizionati dalla necessità di difendere interessi di parte.

3. *Il peso politico dell'industria videoludica*

A complicare il quadro si aggiunge il grande potere da parte dei produttori e distributori di videogiochi di influenzare, a livello internazionale, politici e legislatori in favore della tesi secondo cui:

- a) i rischi, se ve ne sono, dipendono esclusivamente dal cattivo uso dei videogiochi;
- b) in capo ai produttori vi è solo un generico obbligo di informazione;
- c) non è possibile alcun tipo di censura in nome della assoluta libertà di espressione;
- d) i sistemi di autoregolamentazione sono in sé efficaci, per cui non servono norme ad hoc.

4. *Le carenze principali in materia di videogiochi*

L'Italia manca di una normativa precisa e di sistemi di regolazione e classificazione validi e indipendenti. In generale le associazioni di consumatori ritengono lacunosa la procedura

del sistema PEGI¹⁶ e lamentano l'assenza di controllo da parte di soggetti esterni (soprattutto a confronto con il sistema americano ESRB), nonché la mancata previsione delle sanzioni dissuasive¹⁷.

5. *La posizione delle associazioni di consumatori*

A fronte di questa situazione, le stesse associazioni di consumatori e di genitori chiedono che si superi l'ottica della denuncia e della richiesta di sanzioni: per assicurare i diritti dei minori nel campo della comunicazione, esse ritengono invece che si debbano "promuovere le opportunità educative e formative per le generazioni più giovani, per favorire presso il pubblico più ampio (e soprattutto tra i genitori e gli educatori) lo sviluppo di consapevolezza e di conoscenze sul rapporto minori/mass media. (...) Un sistema di tutela efficace deve, al tempo stesso, dissuadere da comportamenti dannosi e promuovere comportamenti virtuosi; deve porre i vincoli e i divieti strettamente necessari, ma deve puntare anche alla valorizzazione delle opportunità positive presenti nel contesto della comunicazione di massa"¹⁸.

6. *Diffusione inarrestabile del fenomeno tra i minori*

I dati rilevati, pur diversi tra loro, vanno comunque verso un'unica direzione: i videogiochi interessano oramai pressoché la totalità dell'universo adolescenziale. Ciò richiede dunque un approccio consapevole e responsabile da parte delle istituzioni preposte.

7. *Minori e media: altre priorità per le istituzioni*

L'attenzione delle istituzioni italiane in materia di minori e nuove tecnologie è oggi volutamente incentrata su alcune questioni ritenute assai più gravi e scottanti, tra cui, in particolare, la pedofilia su Internet. Per quel che concerne i videogiochi, si ritiene in generale il codice di autoregolamentazione PEGI uno strumento idoneo a garantire tutela ai minori. L'orientamento attualmente prevalente è perciò verso interventi che arginino la diffusione indiscriminata di titoli ritenuti dannosi o pericolosi.

8. *Armonizzazione normativa lontana*

Anche a livello europeo, la posizione espressa dai Ministri della Giustizia dei Paesi dell'Unione nell'incontro di Dresda dello scorso gennaio – nel prevedere il coordinamento delle norme nazionali solo sul piano delle sanzioni e nel lasciare libertà ad ogni Stato di decidere in merito al divieto di vendita di singoli titoli – conferma che non sono maturi i tempi per un'armonizzazione della normativa europea in materia.

Da quanto riportato si deduce quanto sia arduo raggiungere un accordo, non solo in fase di definizione dei contenuti dei provvedimenti a tutela dei minori ma, ancor prima, nel riconoscimento della stessa necessità di attuare interventi in tal senso. Ecco quindi che, come una tela di Penelope, la trama ora è tessuta ora è disfatta in un'altalena di dichiarazioni e prese di posizione che non hanno sinora condotto a risultati

¹⁶ *Supra*, nota 3.

¹⁷ Testo dell'audizione del Coordinamento Genitori Democratici presso la Commissione bicamerale per l'Infanzia del 30 Gennaio 2007.

¹⁸ *Ibidem*

concreti, sollecitate del clamore mediatico di eventi straordinari¹⁹ più che dalla volontà di affrontare il problema con la lucidità e l'onestà che solo il rigore scientifico può assicurare. L'IIMS si

propone quindi quale ente promotore di una proficua collaborazione tra soggetti diversi, pubblici e privati, finalizzata a fornire soluzioni chiare e condivise alle questioni ancora aperte.

¹⁹ Tra la fine dello scorso anno e l'inizio del 2007, la Commissione bicamerale per l'infanzia, ha ascoltato i rappresentanti dell'AESVI (Associazione Editori Software Videoludico Italiana), della CONFCOMMERCIO, del CODACONS, del Movimento difesa del cittadino e dell'Unione Nazionale Consumatori, a seguito delle reazioni scatenate nell'opinione pubblica dalla campagna mediatica contro la commercializzazione in Italia di alcuni titoli ritenuti violenti e pericolosi (The Rule of Rose).

Bibliografia

- AESVI Associazione Editori Software Videoludico Italiana. Secondo rapporto annuale sullo stato dell'industria videoludica in Italia. Settembre 2006a
- AESVI. Cultura del videogioco: mondo giovanile e mondo adulto a confronto. Dicembre 2006b
- Antinucci F. Computer per un figlio. Giocare, apprendere, creare. Bari: Laterza, 2001
- Bertolini P. (a cura di). Navigando nel cyberspazio. Ricerca sui rapporti tra infanzia e Internet. Bur, Dilani, 1999
- Cantelmi T, Cacace C. In Videogiochi: miti, valori e modelli di comportamento. Roma: IIMS, in corso di stampa
- Carnagey NL, Anderson CA, Bushman BJ. The effect of video game violence on physiological desensitization to real-life violence. *Journal of Experimental Social Psychology*, In Press, Corrected Proof, 17 July 2006
- Centro Studi Minori e Media, 2006
- Ciofi R. Psicologia professionale e videogiochi. Vertici network di Psicologia e scienze affini, 2 Novembre 2005
- Comparini N. In Videogiochi: miti, valori e modelli di comportamento. Roma: IIMS, in corso di stampa
- DOXA Junior, 2004
- Greenfield P. *Mente e media. Gli effetti della televisione, dei computer e dei videogiochi sui bambini*. Roma: Armando Editore, 1984
- Inside Illinois Index, Aug. 18, 2005, Vol. 25, No. 4
- ISTAT, *Indagine multiscopo sulle famiglie "I cittadini e il tempo libero"*, 2000
- Lima B. *Cinque G. Per un'etica dei mass media e del cyberspazio a tutela dei minori*. Milano: Franco Angeli 2004
- Manna E. *Media e minori: lo sguardo globale come chiave di lettura. Note e commenti*, Censis, a. XXXVII, 625, pp. 4-15, 2001
- Martelli S. (a cura di) *Videosocializzazione. Processi educativi e nuovi media*. Milano: Franco Angeli, 1996
- Mediamonitor minori. *Il gioco delle parti. Teen agers, adulti e consumi mediali. Viaggio nel mondo dei consumi multimediali dei teen agers*", rapporto di ricerca, 2001
- Morcellini M. (a cura di) *La scuola della modernità. Per un manifesto della media education*. Milano: Franco Angeli, 2004
- Morcellini M. *Passaggio al futuro. La socializzazione nell'età dei mass media*", seconda ed. Milano: Franco Angeli, 1994
- Osservatorio Nazionale per l'Infanzia. *Relazione sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*, 2000;
- Repetto M, Tagliabue C. (a cura di) *Il silenzio degli innocenti. Adolescenti, media e violenza*. Torino: Lindau, 2003
- Salvucci L. *Comunicazione multimediale e influenza sociale nell'età evolutiva. Gli effetti dei mass media su bambini e adolescenti*. Prometheus, 1997
- Tirocchi S. *Minori e media. Nuovi percorsi di ricerca*. Roma: Edizioni Eucos, 2001
- Università di Udine, "Bambini media e nuove tecnologie", 2006-2007

Gioco d'azzardo, una patologia della dipendenza

Gianluigi Conte ¹ - Annamaria Di Gioia ² - Corrado Villeda ³ - Elisabetta Righino ⁴ - Anna Gerecitano ⁵ - Francesca D'Amico ⁶ - Lisa Allegretti ⁷ - Raffaella Franza ⁷ - Pietro Bria ⁸

¹ Caporeparto D.H., Psichiatria Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

² Psicologa, specializzanda in Psicologia Clinica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

³ Specializzando in Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

⁴ Medico frequentatore, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

⁵ Counsellor on addictions, La Promessa ONLUS, Roma

⁶ Psicologa, La Promessa ONLUS, Roma

⁷ Psicologa, psicoterapeuta, La Promessa ONLUS, Roma

⁸ Professore di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Summary

Gambling, an addiction-related pathology

This article reviews the literature about epidemiology, social impact and therapy of pathological gambling, provides a description of a population of pathological gamblers in Rome and proposes a new group therapeutic program.

Riassunto

L'articolo riesamina la letteratura in tema di epidemiologia, impatto sociale e terapia del gioco d'azzardo patologico, fornisce una descrizione di una popolazione di giocatori patologici romani e propone un nuovo programma di terapia di gruppo.

Keywords: *pathological gambling, addictive behavior, epidemiology, rehabilitation, self-help groups.*

Parole chiave: *gioco d'azzardo patologico, dipendenze comportamentali, epidemiologia, riabilitazione, gruppi di auto-aiuto.*

Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico è stato introdotto per la prima volta come categoria diagnostica nella terza edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dell'*American Psychiatric Association* (1980) e mantenuto nelle successive edizioni nel capitolo dei Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove, cioè non riconducibili al quadro clinico di altri disturbi. La caratteristica fondamentale dei disturbi del controllo degli impulsi è l'incapacità a resistere ad un impulso o ad un desiderio impellente: il soggetto prova una ten-

sione o un eccitamento crescente prima di compiere l'azione e prova gratificazione o sollievo nel momento in cui la compie; in seguito possono o meno essere presenti rimorsi e sensi di colpa.

La decima versione dell'*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) (WHO, 2003) descrive il Gioco d'azzardo patologico nel capitolo dei Disturbi delle Abitudini e degli Impulsi, caratterizzati da atti ripetuti e incontrollabili che non hanno chiara motivazione razionale e che generalmente mettono in pericolo gli interessi del paziente e delle altre persone.

I criteri diagnostici che definiscono il gioco d'azzardo patologico nel DSM-IV-TR (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - quarta edizione - revisione del testo) (American Psychiatric Association, 2000) lo descrivono come un comportamento maladattativo persistente e ricorrente, con ripercussioni sulla situazione economica e relazionale, e con alcune caratteristiche simili a quelle delle dipendenze da sostanze come l'eccessivo coinvolgimento nell'attività, la necessità di giocare quantità sempre maggiori di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata, l'insuccesso nei tentativi di interrompere il comportamento, l'irrequietezza e l'irritabilità provocate dal tentativo di interrompere l'abitudine e la compromissione di importanti attività sociali o lavorative.

Attualmente si discute se classificare in un unico capitolo della prossima edizione del DSM i disturbi correlati a sostanze e le cosiddette dipendenze comportamentali, tra cui il gioco d'azzardo patologico (Petry, 2006; Potenza, 2006). Tali condizioni sono caratterizzate da uno stato di *craving* (o desiderio smansioso), precedente l'inizio dell'episodio patologico, che si manifesta in un discontrollo sul comportamento e sulla sua iterazione nonostante le conseguenze negative; sono descrivibili inoltre come *addiction* (Schaffer, 1999), un termine difficilmente traducibile, non contemplato nel DSM-IV-TR, che indica la dedizione ad una sostanza o ad un comportamento.

I disturbi correlati a sostanze e il gioco d'azzardo patologico mostrano molte similarità dal punto di vista clinico ed epidemiologico; le due condizioni sono frequentemente comorbili, mostrano una comune vulnerabilità genetica (Slutske et al, 2000) e presentano simili

caratteristiche di personalità dei soggetti affetti (Petry, 2006; Potenza, 2006). Inoltre, entrambi i disturbi provocano l'attivazione del sistema dopaminergico (che parte dall'area tegmentale ventrale e raggiunge il nucleus accumbens) e si rivelano associazioni con anomalie funzionali della corteccia prefrontale ventromediale, un'area implicata nel controllo degli impulsi. Di contro, manca un'evidenza di associazione tra il gioco d'azzardo patologico e il disturbo ossessivo-compulsivo, pur essendo questa una condizione che presenta delle caratteristiche simili (Kessler et al, 1994; Grant, 2004).

Epidemiologia

Il gioco d'azzardo patologico è una condizione diffusa nella popolazione generale e la sua prevalenza sembra crescere negli anni. Un'estesa meta-analisi che ha studiato le indagini epidemiologiche condotte negli Stati Uniti e nel Canada fino al 1999 ha identificato una prevalenza media del disturbo nel corso della vita nell'1,60% degli adulti, del 3,88% degli adolescenti, del 4,67% tra gli studenti di college e del 14,23% tra gli adulti detenuti o in cura per disturbi correlati a sostanze o altri disturbi psichiatrici; la prevalenza del gioco d'azzardo problematico (una categoria introdotta per indicare modalità problematiche del gioco che però non corrispondono del tutto alla categoria diagnostica del gioco d'azzardo patologico) ha invece una prevalenza *lifetime* media del 3,85% negli adulti, del 9,45% negli adolescenti, del 9,28% tra gli studenti di college e 15,01% tra i detenuti e i pazienti trattati per disturbi psichiatrici o correlati a sostanze. Coe-

rentemente la prevalenza, limitatamente al solo anno precedente, è risultata in media dell'1,14% tra gli adulti e del 5,77% tra gli adolescenti, mentre il dato per il "gioco d'azzardo problematico" è risultato del 2,80% tra gli adulti e del 14,82% tra gli adolescenti. Inoltre si è evidenziato un aumento della prevalenza del gioco d'azzardo patologico e del gioco d'azzardo problematico nella popolazione adulta col passare degli anni, in concomitanza con la maggiore accessibilità del gioco d'azzardo negli anni nel Nord America (Shaffer et al, 1999).

Il gioco d'azzardo patologico è più frequente tra gli uomini (5,7%) che tra le donne (0,6%); tra i fattori che influenzano il gioco tra gli uomini vi è l'anamnesi familiare di gioco d'azzardo patologico o dipendenza da alcol, l'aver iniziato a giocare da giovani e turbe familiari, mentre le donne sono più esposte al gioco se affette da disturbi depressivi (Lejoeux et al, 2000).

Il gioco d'azzardo si ripercuote sulla società provocando dei costi sociali che possono o meno essere espressi in termini monetari: da un lato, la perdita di produttività, le spese per l'assistenza sanitaria, i costi conseguenti alle implicazioni giudiziarie e penali, i costi per la regolamentazione, per il controllo e per la prevenzione del gioco, dall'altro il calo della qualità della vita, le sofferenze dei familiari e delle vittime di reati conseguenti al gioco d'azzardo (Collins et al, 2003). La stima dei costi sociali del gioco è controversa: diversi studi negli Stati Uniti hanno calcolato un ammontare che varia dai 2.974 U.S.\$ ai 9.469 U.S.\$ all'anno per ogni singolo giocatore patologico, mentre in Australia si è calcolato un costo globale del gioco d'azzardo per anno che varia da un minimo di 1.800 milioni di A.\$ a un

massimo di 5.586 milioni di A.\$ (Eadington, 2003).

Terapie

Differenti approcci terapeutici sono stati studiati nel trattamento del gioco d'azzardo patologico, sia farmacologici sia psicoterapici.

Al momento c'è una limitata evidenza sull'utilità dei timostabilizzanti, con dati sull'efficacia del litio, della carbamazepina e del valproato.

Maggiori evidenze sono disponibili relativamente all'uso di diversi farmaci serotoninergici: a partire da un "case report" in doppio cieco trattato prima con placebo, quindi con clomipramina alla dose di 125 mg/die, e infine in *open label* con clomipramina, 175 mg/die, il farmaco si è mostrato efficace nel ridurre la sintomatologia. Altri studi hanno indagato l'efficacia dei farmaci SSRI: la fluvoxamina, in studi sia in singolo sia in doppio cieco, si è mostrata superiore al placebo, alla dose media di 207 mg/die; tale dato non è stato confermato però da un altro studio in doppio cieco. Uno studio su otto pazienti suggerisce l'utilità del citalopram; sono state testate in studi più estesi la paroxetina e la fluoxetina. Gli SSRI sembrano efficaci nel ridurre nel breve termine i sintomi del gioco d'azzardo patologico, sono ben tollerati, sembrano essere efficaci indipendentemente dalla presenza di sintomi depressivi sottostanti, e le dosi necessarie sembrano essere in media superiori a quelle necessarie per trattare i disturbi depressivi. Il Naltrexone, un antagonista dei recettori mu per gli oppioidi, si è rivelato superiore al placebo in uno studio in doppio cieco, alla dose media di 188

mg/die, un dosaggio molto superiore rispetto a quello usato per la terapia della dipendenza da alcol o da oppioidi (50 mg/die), a rischio di provocare fenomeni di epatotossicità.

La scelta del farmaco dovrebbe essere guidata da un esame clinico approfondito e dalla presenza di condizioni psichiatriche specifiche, quali ciclotimia, depressione, uso di sostanze. I disturbi dell'umore, sia di tipo depressivo unipolare (28-76%), sia di tipo bipolare (8-31%) hanno un'alta prevalenza tra i giocatori patologici, ed è importante valutare che il gioco non occorra nel corso di un episodio maniacale, il che esclude la diagnosi di gioco d'azzardo patologico secondo i criteri del DSM-IV-TR. I sintomi depressivi sono frequentemente secondari al gioco patologico, mentre l'associazione con i disturbi dello spettro bipolare può essere interpretata come un effetto del discontrollo degli impulsi tipico del temperamento dei pazienti bipolari. La letteratura comunque evidenzia come sintomi maniacali possano essere indotti da situazioni comuni tra i giocatori, come l'uso di eccitanti e la privazione di sonno, fattori che vanno considerati nella valutazione psichiatrica (Grant et al, 2003; Kim et al, 2006).

Una recente meta-analisi ha inoltre indicato l'utilità delle psicoterapie, pur di diversa impostazione, nel trattamento del gioco d'azzardo patologico, con un miglioramento di due deviazioni standard rispetto alle misure di *outcome* confrontati con il gruppo di pazienti in lista d'attesa o con le misurazioni effettuate pre-trattamento; al *follow-up*, mediamente 17 mesi dopo il termine del trattamento, il miglioramento risultava di circa 1,5 deviazioni standard rispetto ai valori pre-trattamento (Pallesen, 2005).

Una proposta d'intervento

Dal Novembre del 2005, presso il Day Hospital di Psichiatria del Policlinico A. Gemelli, sono offerti ai pazienti dipendenti da gioco d'azzardo patologico degli interventi riabilitativi strutturati di gruppo condotti da esperti del settore: *counsellors* e psicoterapeuti.

Gli obiettivi del trattamento sono:

- l'imparare a contenere l'impulso e ad astenersi dal gioco;
- sviluppare una nuova competenza rispetto al gioco d'azzardo;
- sviluppare tecniche comportamentali, cognitive ed emotive idonee a facilitare il recupero e a ricercare un nuovo stile di vita;
- riconoscere i processi psichici emotivi e comportamentali che possono predisporre alla ricaduta a apprendere nuove modalità per mantenere l'astinenza;
- favorire una connessione con enti esterni (Gruppi di Giocatori Anonimi, Psicoterapie, etc.) per mantenere a lungo termine l'astensione dal gioco.

Rispetto al trattamento, dopo un primo colloquio di valutazione psichiatrica, il soggetto è supportato e sostenuto nella scelta del percorso terapeutico attraverso dei colloqui motivazionali. Successivamente, dopo che la motivazione del soggetto è individuata e rinforzata, inizia la riabilitazione di gruppo con frequenza di due incontri a settimana; ogni seduta ha durata di un'ora e mezza per un totale di venti sedute. Le sedute sono condotte in modo alternato da un *counsellor*, ex-giocatore in recupero, che utilizza il "modello dei 12 Passi di Giocatori Anonimi" e da uno psicoterapeuta che, utilizzando il modello dell'analisi transazionale, propone una psicoterapia di gruppo.

Al termine del primo anno di attività degli interventi riabilitativi di gruppo, pre-

sentiamo una panoramica delle caratteristiche socio-demografiche dei giocatori che hanno preso parte a tale programma terapeutico.

La popolazione in esame è composta di diciotto pazienti, tutti di sesso maschile, di età compresa tra i 32 e i 65 anni. Come emerge dalla Tabella 1 il 38,9% dei soggetti ha un'età compresa tra i 30 anni e i 39 anni, il 22,2% tra i 40 anni e i 49 anni, il 16,9% tra i 50 anni e i 59 anni e il 22,2% tra i 60 anni e i 69 anni. Il livello di scolarizzazione è prevalentemente medio inferiore (50%) e medio superiore (27,8%) mentre solo due soggetti hanno la laurea (11,1%) e due soggetti la licenza elementare (11,1%). Ri-

spetto allo stato civile si nota come il 66,6% dei soggetti è coniugato/convivente mentre solo il 16,7% è celibe; tre soggetti (16,7%) sono separati/divorziati. Una comorbilità con i disturbi dell'umore è stata riscontrata nel 50% del campione: a tre soggetti (16,7%) è stato diagnosticato un Disturbo Depressivo Maggiore, a tre soggetti (16,7%) un Disturbo Distimico e a tre soggetti (16,7%) un Disturbo Bipolare di tipo II. Un soggetto è affetto da morbo di Parkinson. Un Disturbo correlato a sostanze è stato riscontrato in sei soggetti: quattro hanno un'anamnesi di abuso di cocaina (22,2%) e due di abuso di alcool (11,1%) (Tabella 1).

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche dei giocatori d'azzardo

	<i>Sesso</i>	<i>Età</i>	<i>Scolarizzazione</i>	<i>Stato civile</i>	<i>Doppia Diagnosi</i>	<i>Abuso sostanze</i>
1	M	32	Media superiore	Celibe		
2	M	33	Media inferiore	Separato		Cocaina
3	M	35	Media superiore	Coniugato		
4	M	36	Media superiore	Celibe		
5	M	37	Media superiore	Coniugato		Cocaina
6	M	37	Media inferiore	Convivente		Cocaina
7	M	39	Media inferiore	Coniugato		Cocaina
8	M	40	Laurea	Divorziato	D. Depressivo Maggiore	
9	M	42	Laurea	Divorziato		
10	M	44	Media inferiore	Coniugato		
11	M	48	Media inferiore	Convivente	D. Distimico	
12	M	54	Media inferiore	Celibe	D. Depressivo Maggiore	
13	M	55	Media superiore	Coniugato		
14	M	57	Media inferiore	Coniugato	D. Distimico	Alcool
15	M	60	Media inferiore	Coniugato		
16	M	63	Licenza elementare	Coniugato	Morbo di Parkinson	
17	M	64	Licenza elementare	Coniugato	D. Distimico	Alcool
18	M	65	Media inferiore	Coniugato	D. Depressivo Maggiore	

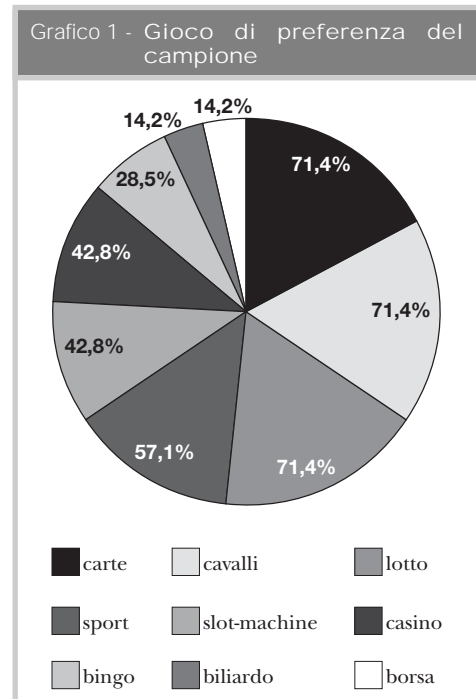
Abbiamo inoltre valutato le caratteristiche di personalità di un campione di sette soggetti che ha iniziato il trattamento nel Novembre 2006 portandolo a termine nel Gennaio 2007, al fine di fornire una descrizione maggiormente significativa dei soggetti.

Al fine di individuare le caratteristiche distinguibili fra il gioco d'azzardo e quello patologico abbiamo somministrato ai suddetti pazienti il reattivo *South Oaks Gambling Screen (SOGS)* di Lesieur H.R. e Blume S.B. (1987), validato in Italia da Guerreschi C. (2002). Questo è un test di screening auto-somministrato composto da 16 domande che fornisce anche informazioni sui tipi di giochi praticati, le attitudini, i comportamenti degli intervistati, le modalità con cui vengono coperti i debiti ed eventuali problemi legati al gioco della famiglia d'origine. Rispetto all'assegnazione del punteggio, se il soggetto risponde a 5 o più *items* in modo positivo è probabile che sia un giocatore d'azzardo patologico; il punteggio da 3 a 4 indica che il soggetto potrebbe essere un giocatore problematico a rischio mentre il punteggio da 1 a 2 rileva che non vi è una problematica inerente al gioco: il soggetto è un cosiddetto "giocatore sociale" (Tabella 2).

Tabella 2 - Punteggi conseguiti dai soggetti al test SOGS

Soggetti	Punteggi
1	9
2	12
3	15
4	16
5	16
6	18
7	19

Tutti i soggetti del campione sono risultati essere, secondo i parametri del test, giocatori d'azzardo patologici ottenendo un punteggio compreso, come si nota nella tabella 2, tra 9 e 19 *items* positivi. Per quanto concerne la tipologia del gioco preferito dai soggetti del campione quelli maggiormente rappresentativi sono, come si nota dal grafico 1, il gioco a carte per soldi (71,4 %), lo scommettere sui cavalli (71,4%), il giocare a lotto (71,4%) e lo scommettere su vari sport (57,1%). Mentre il 42,8 % dei soggetti sceglie di giocare alle slot-machine e un altro 42,8 % si reca a giocare al casinò. Solo due soggetti preferiscono il gioco del bingo (28,5%), uno il gioco del biliardo (14,2 %) e uno il giocare in borsa (14,2) (Grafico 1).



Considerando la somma di denaro maggiormente giocata in un giorno risulta che un 14,4% ha scommesso da 50 a

500 euro, un 42,8% ha scommesso da 500 fino a 5000 euro e un 42,8% oltre 5000 euro. La familiarità è stata riscontrata solo in un caso (14,2%), relativa alla figura materna.

Per una descrizione psicodinamica della personalità dei pazienti è stato somministrato il test di Rorschach utilizzando la siglatura secondo Klopfer B. (1971).

Il numero di risposte medie (19,3) date al protocollo suggerisce una flessibilità dei processi percettivi ed una elasticità dei processi associativi lievemente scarsa avvalorando la possibilità di un moderato stato depressivo.

Il breve tempo di esecuzione (in media 44 minuti), i brevissimi tempi di reazione alle risposte (in media 1 secondo) e la presenza di rifiuti alle tavole II, VI, IX, X suggeriscono una difficoltà nel controllo degli impulsi, come se la comprensione del dato di realtà (in questo caso gli stimoli percettivi presenti nelle tavole) passasse in secondo piano rispetto al bisogno di "agire" (in questo caso emettere una risposta). Ciò potrebbe far pensare alla difficoltà del giocatore di riflettere e meditare rispetto alla tendenza ad agire e all'impossibilità di tollerare la frustrazione dell'attesa che porta all'annullamento del pensiero (rifiuti).

Dall'analisi delle localizzazioni il tipo di approccio intellettuale appare equilibrato, ma si evidenzia una discrepanza tra un livello di aspirazione troppo alto rispetto alle concrete capacità.

La vita psichica dei soggetti esaminati è dominata da impulsi istintivi che richiedono una soddisfazione immediata. La predominanza di risposte di forma pura in tutti i protocolli, associata ad un livello formale non sempre adeguato, fa pensare ad un tentativo di autocontrollo delle energie poco mature e poco

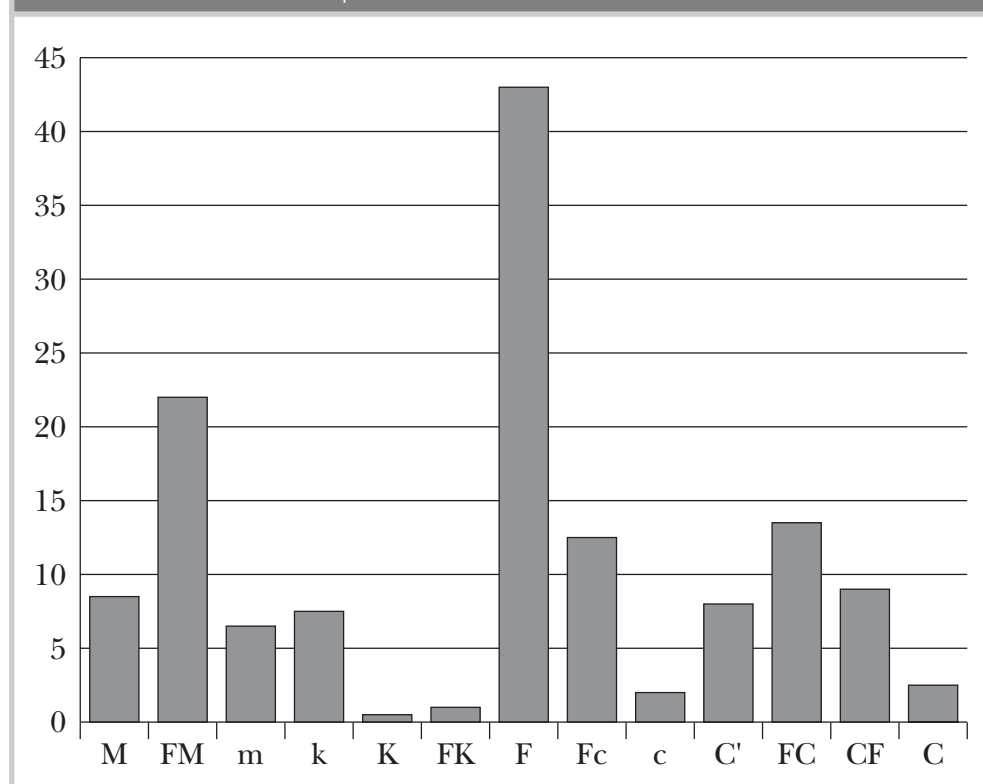
elaborate, mediante il distacco emozionale dalle situazioni ed eventi di vita. Anche dall'espressione delle energie psichiche si scorge il tentativo di contenimento, che a volte risulta adeguato, di un'emotività esplosiva e incontrollata sottostante. Tale contenimento fallisce totalmente, invece, nei confronti dei notevoli vissuti di angoscia che non riescono ad essere razionalizzati. Infine, l'accettazione dei bisogni di affetto e di dipendenza, che nel contesto grupale da noi esaminato potrebbe essere interpretata come accettazione del bisogno di affidarsi alle figure terapeutiche per poter usufruire della relazione di aiuto, emerge soprattutto a livello potenziale (risposte addizionali), come una possibile risorsa presente nei soggetti da incentivare durante il trattamento (Grafico 2).

Le caratteristiche della vita psichica dei pazienti esaminati, dominata da impulsi istintivi poco elaborati e, di contro, la coartazione immaginativa e il distacco emozionale manifestato al test di Rorschach, potrebbero essere sintomatiche di una difficoltà nell'espressione emotiva in senso alestitimico.

Il lavoro di Lumley (1995) ha evidenziato una relazione tra alestitimia e gioco d'azzardo patologico mediante la *South Oaks Gambling Screen* e la *Toronto Alexithymia Scale*, indicando l'alestitimia come possibile fattore di rischio per la patologia del gioco d'azzardo in diverse popolazioni.

Tale dato è suffragato dal lavoro di Parker e collaboratori (2005), nel quale si è valutata la relazione tra gioco d'azzardo patologico e alestitimia mediante l'utilizzo della SOGS e della TAS-20: si è evidenziata la presenza di alti livelli di alestitimia tra i soggetti classificati come giocatori patologici.

Grafico 2 - Somma delle frequenze delle determinanti al test di Rorschach



Il costrutto dell'alessitimia può trovare fondamento intorno alle seguenti caratteristiche (Taylor et al, 1990):

- difficoltà nella discriminazione delle diverse emozioni e nella distinzione degli stati somatici dalle emozioni;
- difficoltà nel comunicare ad altri le proprie emozioni;
- presenza di processi immaginativi coartati, con scarsità di vita fantasmatica;
- presenza di uno stile cognitivo legato allo stimolo, orientato all'esterno;
- possibili esplosioni di collera o pianto, ignorando la motivazione;
- ridotta capacità empatica;
- espressione dell'emozione con l'azione.

La valutazione di questo costrutto, all'interno dei nostri pazienti, mediante la *Toronto Alexithymia Scale* (standardizzazione italiana Bressi et al, 1996) ha evidenziato punteggi medio alti in 5 soggetti su 7.

Tale dato, da confermare ulteriormente, potrebbe suggerirci la possibilità di concentrare maggiormente il lavoro clinico, di gruppo o individuale, sullo stile di comunicazione, oltre che sui contenuti, e sul riconoscimento e distinzione degli stati emotivi dei pazienti in modo tale da poterli trasformare in parole per utilizzarli come segnali preventivi all'eventuale azione impulsiva del gioco patologico.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000
- Bressi C. et al. (1996) Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, pp. 551-559
- Collins D, Lapsley H. The social costs and benefits of gambling: an introduction to the economic issues. *Journal of Gambling Studies*, 19, 123-148, 2003
- Eadington WR. Measuring costs from permitted gambling: concepts and categories in evaluating gambling's consequences. *Journal of Gambling Studies*, 19, 185-213, 2003
- Grant JE, Kim SW, Potenza MN. Advances in the pharmacological treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19, 85-109, 2003
- Grant JE, Potenza MN. Impulse control disorders: clinical characteristics and pharmacological management. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16, 27-34, 2004
- Guerreschi C. Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico. Torino: Edizioni San Paolo, 2002; 137-142
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results of the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19, 1994
- Kim SW, Grant JE, Eckert ED, Faris PL, Hartmann BK. Pathological gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders*, 92, 109-116, 2006
- Klopfer B, Davidson HH. La Tecnica Rorschach. Manuale introduttivo, O.S., Firenze, 1971
- Lejoux M, Mc Loughlin M, Ades J. Epidemiology of behavioral dependence : literature review and results of original studies. *European Psychiatry*, 15, 129-134, 2000
- Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers, *Am J Psychiatry* 1987, 144:521-527
- Lumley MA, Roby KJ. (1995) Alexithymia and pathological gambling. *Psychother. Psychosom.* 63(3-4): 201-6
- Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412-1422, 2005
- Parker JD, Wood LM, Bond BJ, Shaughnessy P. (2005) Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. *Psychother. Psychosom.* 74(1): 51-5
- Petry NM. Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*, 101 (Suppl.1), 152-160, 2006
- Potenza MN. Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101 (Suppl.1), 142-151, 2006
- Shaffer HJ. Strange bedfellows: a critical view of pathological gambling and addiction. *Addiction*, 94, 1445-1448, 1999
- Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369-1375, 1999
- Slutske WS, Eisen S, True WR, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 57, 666-674, 2000
- Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JDA. (1990) Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Canadian Journal of Psychiatry*. 35, pp 290-297
- World Health Organization. WHO International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision, 2003. www.who.int/classifications/icd/en/

Shopping compulsivo: uno studio quantitativo e qualitativo

Cesare Guerreschi¹ - Antonella Ciardo²

¹ Responsabile S.I.I.Pa.C.* di Roma

² Psicologo, psicoterapeuta cognitivo comportamentale

Summary

Addictive shopping: a quantitative and qualitative study

The placement of the shopping syndrome among the mental disturbances has always been difficult. In fact, such a pathology entails three characteristics that, at times, are present at the same moment: an inadequate control of the buying impulse, an obsessive ideation, and an addiction to the activity. The buying impulse represents the **unrestrainable drive to purchase** and turns into a destroying and excessive propensity if it is not satisfied in the shortest possible time. The repetitiveness of the purchases and the cyclical nature of the events witness the **obsessive** character of the disturbance, which increases in times of stress. Its **addictive** character is instead witnessed by the abstinence crises that appear further to an interruption of the purchases. The research conducted by the S.I.I.Pa.C. on a sample of 527 individuals aged from 18 to 62 years, with a greater presence of women (65.3%) with respect to men (34.7%), shows that the age group more at risk is the one included between 23 and 31 years of age and involves mostly women falling within a low-income bracket – either a housewife or an unemployed woman, and less frequently women with a high income, such as professionals or entrepreneurs.

Riassunto

È sempre stato difficile collocare la sindrome da *shopping* all'interno dei disturbi della mente. Tale patologia racchiude infatti tre caratteristiche che talvolta si presentano nello stesso momento: il controllo deficitario dell'impulso; l'ideazione ossessiva; la dipendenza da un'attività. Il *buying impulse* rappresenta l'**incontrollabile spinta all'acquisto** e diventa una tendenza distruttiva ed eccessiva se non viene soddisfatta al più presto. La ripetitività degli acquisti e la ciclicità degli episodi testimoniano il carattere **ossessivo** del disturbo, che aumenta nei periodi di stress. Il carattere di **dipendenza** viene invece testimoniato dalle crisi di astinenza che si presentano a seguito dell'interruzione degli acquisti. La ricerca intrapresa dalla S.I.I.Pa.C. su un campione di 527 soggetti di età compresa tra i 18 e i 62 anni, con una maggiore presenza delle donne (65,3%) rispetto agli uomini (34,7%) mostra che la fascia di età maggiormente a rischio sembra essere quella tra i 23 e i 31 anni e di solito è una donna con una occupazione a basso reddito, come casalinga e disoccupata, meno frequentemente ad elevato reddito, come libera professionista o imprenditrice.

Keywords: *addictive buying impulse*

Parole chiave: *impulso compulsivo all'acquisto*

Introduzione

Una delle caratteristiche più importanti della sindrome da shopping è quella di comprendere diverse forme di disagio in un disturbo complesso, che è sempre stato difficile classificare nell'ambito dei disagi della mente.

Lo shopping compulsivo rappresenta, infatti, un disturbo che implica tre caratteristiche psicopatologiche distinte, presenti spesso contemporaneamente:

1. controllo deficitario dell'impulso;
2. ideazione ossessiva;
3. dipendenza da un'attività.

L'esistenza di un deficit nel controllo è

* Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive.

testimoniata dall'impulso a comprare vissuto in modo dirompente ed irresistibile. Questa incontrollabile spinta all'acquisto, presente negli shopper compulsivi, è stata definita "buying impulse" e viene descritta come una pervasiva tendenza distruttiva ed eccessiva, che crea un bisogno urgente che preme per essere soddisfatto. Tale caratteristica rende questo comportamento per alcuni aspetti simile ad altre manifestazioni di scarso controllo dei propri istinti, come il gioco d'azzardo patologico e la cleptomania.

La ripetitività dei comportamenti di acquisto e la ciclicità delle crisi hanno portato in risalto anche il carattere ossessivo del disturbo, che sembra aumentare, come accade per altre problematiche di tipo ossessivo, in corrispondenza delle situazioni di stress.

Ma la caratteristica che senza dubbio appare spesso più difficile da sradicare concerne la dipendenza dall'attività di acquisto che si instaura in questo tipo di comportamento e che ha portato a parlare anche di "addictive buying" ovvero di dipendenza dagli acquisti. In proposito in letteratura sono state descritte delle vere e proprie "crisi di astinenza" concomitanti alla sospensione temporanea dell'attività di acquisto.

Il presente studio, quindi, considera lo shopping patologico come una "entità sindromica" complessa, difficilmente definibile sul piano nosologico e solo in parte analizzabile con il ricorso ad una metodologia sperimentale esclusivamente quantitativa. È per questo che si è deciso di affiancare al dato meramente "numerico" della ricerca, comunque essenziale e fondante questo studio, quello qualitativo, concernente le storie e le caratteristiche di acquisto di un piccolo gruppo di shopper compulsivi.

Analisi quantitativa

Lo studio in questione si propone di indagare l'incidenza del disturbo in un campione adulto della città di Roma, confrontando i vari shoppers sulla base di 4 aree distinte:

- la tendenza a spendere;
- la compulsione;
- il tono dell'umore;
- le conseguenze economiche-sociali.

Sul piano strettamente strumentale si è fatto ricorso al questionario di valutazione sullo shopping compulsivo ideato dalla SIIPAC. Il test si compone di 12 items a cui i pazienti possono rispondere in base ad una scala Likert concepita su 3 livelli d'intensità: mai, spesso, sempre.

Il campione generale si compone di 527 soggetti di età compresa tra i 18 e i 62 anni. Il sesso femminile risulta più numeroso di quello maschile (Tabella 1) mentre gli occupati risultano prevalentemente dipendenti (Tabella 2): le categorie degli imprenditori e delle casalinghe risultano scarsamente rappresentate. La maggior parte dei soggetti ha un'istruzione di grado superiore e solo 4 soggetti risultano non avere alcuna istruzione (Tabella 3).

In base ai punteggi ottenuti al questionario (Tabella 4) sono emerse tre tipologie di shopper: shopper normali, problematici e compulsivi, le cui percentuali risultano rispettivamente pari al 77,8%, al 20,1% e al 2,1%.

Tabella 1 - Frequenze e percentuali relative alla variabile "sesso"

	Frequenza	Percentuale
Maschi	183	34,7
Femmine	344	65,3

La prima categoria di shoppers comprende quei soggetti che non presentano alcun problema nel controllo: acquistano prevalentemente cose utili e manifestano una consapevole gestione dei soldi.

Gli shoppers problematici sono invece quei soggetti che possono essere considerati a "rischio", cioè che investono

troppo tempo e denaro nell'attività di shopping sottraendolo ad altre attività, quali studio, amici, ecc.

Il controllo sull'attività di shopping viene completamente perso dagli shoppers compulsivi: questi soggetti vengono assaliti dall'urgenza di acquistare cose, in preda ad un'ossessione che li costringe a mettere in atto il comportamento.

L'incidenza del disturbo in questo campione appare in linea con la letteratura internazionale, variabile tra l'1% e il 6%. È possibile inquadrare la sindrome secondo 4 direttrici principali, ovvero in base al diverso contenuto degli items che compongono il questionario: tendenza a spendere o a raccogliere, compulsione, umore e conseguenze sociali, lavorative ed economiche.

Per quanto concerne il primo fattore, **la tendenza a spendere**, si può osservare come lo shopper compulsivo diversamente da quello normale tenda maggiormente ad acquistare cose superflue, anche senza avere il denaro sufficiente (Tabelle 5-6).

Non importa cosa compra, se lampade o prosciutti, ciò che conta maggiormente per lui è entrare in un negozio e uscirne carico di pacchi.

Purtroppo lo studio quantitativo non permette di inferire la natura degli acquisti o degli oggetti raccolti. La letteratura in proposito ci dice come le donne privilegino l'acquisto di capi d'abbigliamento, di cosmetici, di scarpe, di gioielli, mentre gli uomini siano più attratti dai simboli di prestigio e di potere, co-

Tabella 2 - Frequenze e percentuali relative alla variabile "occupazione"

	Frequenza	Percentuale
Studente	132	25,0
In cerca di 1° impiego	23	4,4
Lavoratore dipendente	216	41,0
Libero professionista	78	14,8
Imprenditore	11	2,1
Disoccupato	14	2,7
Altro (non specificato)	19	3,6
Casalinga	19	3,6
Pensionato	11	2,1

Tabella 3 - Frequenze e percentuali relative alla variabile "istruzione"

	Frequenza	Percentuale
Nessuno	4	0,8
Elementare	13	2,5
Media	65	12,3
Superiore	311	59,0
Diploma universitario	31	5,9
Laurea	103	19,5

Tabella 4 - Frequenze e percentuali relative alla variabile "livello patologico"

Punteggio	Livello patologico	Frequenza	Percentuale
0 - 6	normale	410	77,8
7 - 13	shopping problematico	106	20,1
14 - 24	shopping compulsivo	11	2,1

me telefonino e computer.

Un altro concetto importante e cruciale per questo tipo di patologia è la **compulsione**, ovvero l'impulso irresistibile a compiere una determinata azione. Lo shopper compulsivo manifesta una vera e propria ossessione per l'acquisto, un

disagio via via crescente che culmina in un atto compulsivo rinfrancante. Rispetto ai soggetti normali chi è affetto "dalla febbre da acquisto" avverte un vissuto di costrizione connesso al bisogno imperioso di possedere ciò che vede (Tabelle 7-8).

Tabella 5 - Domanda 1: "quanto frequentemente acquista cose che non usa?"

	Shopper normale		Stopper problematico		Shopper compulsivo		Totale	
	n	% rel.	n	% rel.	n	% rel.	n	%
Mai	293	71,46	14	13,20	2	18,18	309	58,63
Spesso	113	27,56	84	79,24	5	45,45	202	38,33
Sempre	4	0,97	8	7,54	4	36,36	16	3,03

Tabella 6 - Domanda 2: "quanto frequentemente acquista cose senza avere il denaro sufficiente?"

	Shopper normale		Stopper problematico		Shopper compulsivo		Totale	
	n	% rel.	n	% rel.	n	% rel.	n	%
Mai	374	91,21	43	40,95	0	0	417	79,12
Spesso	34	8,29	55	52,38	9	81,81	98	18,59
Sempre	2	0,48	7	6,66	2	18,18	11	0,18

Tabella 7 - Domanda 4: "quanto si sente in obbligo di acquistare qualcosa anche se non le occorre?"

	Shopper normale		Stopper problematico		Shopper compulsivo		Totale	
	n	% rel.	n	% rel.	n	% rel.	n	%
Mai	328	80	45	42,45	0	0	373	70,77
Spesso	79	19,26	57	53,77	2	18,18	138	26,18
Sempre	3	0,73	4	3,77	9	81,81	16	3,03

Tabella 8 - Domanda 7: "quanto spesso sente il bisogno di possedere assolutamente qualcosa che vede mentre sta facendo shopping?"

	Shopper normale		Stopper problematico		Shopper compulsivo		Totale	
	n	% rel.	n	% rel.	n	% rel.	n	%
Mai	243	59,26	14	13,33	0	0	257	48,76
Spesso	161	39,26	74	70,47	4	36,36	239	45,35
Sempre	6	1,46	18	17,14	7	63,63	31	5,88

Anche **il tono dell'umore** influisce e viene influenzato dalla condotta compulsiva. Lo shopping può costituire una specie di "antidepressivo naturale", una modalità comportamentale che, parimenti ad altre attività come il sesso o il gioco d'azzardo, compensa/attenua vissuti umorali disforici o palesemente depressivi. Il fatto che gli oggetti acquistati siano molto spesso inutili e che il più delle volte siano messi da parte o regalati, ci fa capire che essi servono solo a colmare il desolante vuoto che avverte il soggetto.

Il tono dell'umore può drammaticamente scendere quando lo shopper compulsivo sospende la sua attività, come segno di disagio astinenziale.

Dalle tabelle sottostanti si può facilmente notare sia l'aumento progressivo del disagio astinenziale che dell'attività di shopping, man mano che ci si sposta dallo shopper normale a quello compulsivo e dal livello d'intensità più basso a quello più alto (Tabelle 9-10).

L'ultimo fattore preso in considerazione

dal test riguarda le **conseguenze economiche-sociali** arrecate dalla patologia. Non si può compiere una adeguata diagnosi sindromica senza valutare il suo reale impatto sulla vita quotidiana del soggetto. Lo shopper patologico rispetto a quello problematico e soprattutto a quello normale incorre in maggiori difficoltà lavorative, sociali ed economiche a causa della sua "febbre da acquisto", benché, come si può notare dalle tabelle, non raggiunga mai un livello d'intensità tale da far pensare ad una compromissione assoluta (Tabelle 11-12).

Il confronto tra maschi e femmine (Tabella 13) evidenzia una differenza significativa per molti degli items del questionario e per il punteggio totale. I soggetti di sesso femminile presentano punteggi medi al test più alti, manifestando una sostanziale predisposizione patologica a sviluppare il disturbo, come ampiamente previsto dalla letteratura disponibile.

Il confronto tra i gruppi relativamente alle classi di età (Tabella 14) evidenzia

Tabella 9 - Domanda 5: "quanto spesso si sente in ansia o depresso quando non acquista qualcosa che avrebbe veramente voluto?"

	Shopper normale		Shopper problematico		Shopper compulsivo		Totale	
	n	% rel.	n	% rel.	n	% rel.	n	%
Mai	249	60,73	16	15,09	0	0	265	50,28
Spesso	155	37,80	66	62,26	4	36,36	225	42,69
Sempre	6	1,46	24	22,64	7	63,63	37	7,02

Tabella 10 - Domanda 6: "quanto spesso fa acquisti per sentirsi meglio?"

	Shopper normale		Shopper problematico		Shopper compulsivo		Totale	
	n	% rel.	n	% rel.	n	% rel.	n	%
Mai	184	44,87	6	5,66	0	0	190	36,05
Spesso	222	54,14	74	69,81	2	18,18	298	56,54
Sempre	4	0,97	26	24,52	9	81,81	39	7,40

Tabella 11 - Domanda 9: "lo shopping eccessivo le ha causato difficoltà finanziarie?"

	Shopper normale		Stopper problematico		Shopper compulsivo		Totale	
	n	% rel.	n	% rel.	n	% rel.	n	%
Mai	384	93,65	51	48,11	4	36,36	439	83,30
Spesso	25	6,09	54	50,94	6	54,54	85	16,12
Sempre	1	0,24	1	0,94	1	9,09	3	0,56

Tabella 12 - Domanda 10: "lo shopping eccessivo ha interferito sulla sua vita sociale o sul lavoro?"

	Shopper normale		Stopper problematico		Shopper compulsivo		Totale	
	n	% rel.	n	% rel.	n	% rel.	n	%
Mai	407	99,26	88	83,01	4	36,36	499	94,68
Spesso	3	0,73	15	14,15	6	54,54	24	4,55
Sempre	0	0	3	2,83	1	9,09	4	0,75

Tabella 13 - Analisi descrittiva e della varianza relativamente alla variabile sesso e agli items del questionario

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Tot.
Maschi	media	0,37	0,26	0,16	0,28	0,42	0,46	0,46	0,58	0,19	0,09	0,04	0,32	3,62
	d.s.	0,57	0,52	0,38	0,53	0,60	0,59	0,59	0,60	0,42	0,36	0,23	0,50	3,25
Femmine	media	0,49	0,21	0,22	0,34	0,65	0,85	0,63	0,80	0,17	0,04	0,05	0,44	4,88
	d.s.	0,55	0,44	0,46	0,53	0,62	0,55	0,60	0,65	0,38	0,20	0,26	0,60	3,30
ANOVA	F	5,56	1,50	2,45	1,48	16,02	54,20	8,91	14,07	0,31	5,53	0,24	5,74	17,66
	Signif.	0,01	0,22	0,11	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,57	0,01	0,61	0,01	0,00

una differenza significativa a favore della classe di età 23-31: i soggetti che appartengono a questa classe riportano un punteggio medio agli items 6 e 7 significativamente più alto rispetto alle classi di età più elevate (50-58 ; > 59).

Il confronto tra i gruppi in base al tipo di occupazione (Tabella 15) presenta molte differenze significative: in particolare sono i disoccupati e le casalinghe a riportare un punteggio medio al test più alto di tutti gli altri soggetti. Sembra che l'elevato grado di frustrazione esisten-

ziale vissuto da questi soggetti incida pesantemente sul livello di benessere generale e quindi sull'attività compulsiva.

Il confronto tra i gruppi relativamente al livello di istruzione (Tabella 16) evidenzia alcune differenze significative che però appaiono incoerenti e/o circoscritte ad alcuni items del questionario. Il dato importante, benché sul piano statistico non significativo, sembra invece riguardare l'elevato punteggio totale al test conseguito dai soggetti con istruzione più bassa, soprattutto quelli

Tabella 14 - Analisi descrittiva e della varianza relativamente alla variabile età e agli items del questionario

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Tot.
< 22	media	0,42	0,12	0,20	0,33	0,56	0,71	0,59	0,77	0,07	0,01	0,03	0,35	4,18
	d.s.	0,53	0,37	0,44	0,54	0,56	0,81	0,58	0,60	0,27	0,12	0,17	0,57	2,14
23 - 31	media	0,41	0,20	0,15	0,33	0,64	0,81	0,66	0,74	0,18	0,06	0,04	0,40	4,62
	d.s.	0,53	0,45	0,37	0,52	0,62	0,60	0,59	0,62	0,40	0,27	0,23	0,56	3,38
32 - 40	media	0,51	0,25	0,22	0,29	0,51	0,76	0,52	0,63	0,17	0,07	0,03	0,44	4,35
	d.s.	0,59	0,50	0,48	0,53	0,63	0,62	0,65	0,65	0,40	0,30	0,19	0,58	3,67
41 - 49	media	0,41	0,32	0,18	0,40	0,51	0,60	0,59	0,73	0,25	0,06	0,05	0,44	4,53
	d.s.	0,52	0,47	0,42	0,55	0,63	0,55	0,57	0,69	0,46	0,35	0,28	0,60	3,35
50 - 58	media	0,42	0,23	0,27	0,27	0,60	0,55	0,48	0,77	0,18	0,06	0,10	0,32	4,25
	d.s.	0,53	0,46	0,45	0,52	0,64	0,57	0,60	0,65	0,39	0,25	0,35	0,54	3,21
> 59	media	0,59	0,38	0,37	0,33	0,41	0,48	0,26	0,85	0,19	0,03	0,07	0,44	4,41
	d.s.	0,75	0,64	0,63	0,55	0,64	0,64	0,53	0,72	0,40	0,19	0,38	0,64	4,24
ANOVA	F	0,89	2,02	1,71	0,53	1,21	3,54	2,73	0,82	1,34	0,51	0,66	0,53	0,25
	Signif.	0,48	0,07	0,13	0,75	0,30	0,00	0,01	0,53	0,24	0,76	0,65	0,74	0,93

Tabella 15 - Analisi descrittiva e della varianza relativamente alla variabile occupazione e agli items del questionario

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Tot.
Studente	media	0,44	0,15	0,20	0,30	0,61	0,78	0,64	0,75	0,11	0,04	0,03	0,41	4,47
	d.s.	0,53	0,40	0,44	0,52	0,63	0,62	0,59	0,61	0,32	0,21	0,19	0,58	3,02
Primo impiego	media	0,43	0,08	0,22	0,30	0,74	0,96	0,61	0,70	0,13	0,04	0,00	0,43	4,65
	d.s.	0,59	0,42	0,52	0,47	0,69	0,64	0,58	0,47	0,34	0,21	0,00	0,59	3,28
Lavorat. dipend.	media	0,41	0,25	0,13	0,35	0,55	0,65	0,55	0,71	0,18	0,05	0,03	0,38	4,23
	d.s.	0,54	0,48	0,35	0,52	0,61	0,57	0,60	0,64	0,40	0,24	0,21	0,56	3,10
Libero profess.	media	0,54	0,28	0,26	0,35	0,53	0,77	0,58	0,73	0,19	0,08	0,07	0,35	4,67
	d.s.	0,57	0,48	0,50	0,58	0,60	0,58	0,61	0,71	0,46	0,33	0,31	0,53	3,88
Imprend.	media	0,55	0,18	0,18	0,36	0,36	0,82	0,91	0,91	0,36	0,09	0,09	0,36	5,18
	d.s.	0,69	0,40	0,40	0,50	0,67	0,60	0,70	0,83	0,50	0,30	0,30	0,50	3,46
Disocc.	media	0,57	0,64	0,36	0,43	0,86	0,93	0,57	0,86	0,43	0,43	0,21	0,71	7,00
	d.s.	0,65	0,74	0,50	0,65	0,66	0,47	0,65	0,53	0,51	0,76	0,58	0,73	3,84
Altro	media	0,32	0,16	0,26	0,21	0,53	0,58	0,37	0,53	0,16	0,00	0,11	0,42	3,63
	d.s.	0,58	0,37	0,56	0,54	0,61	0,61	0,60	0,70	0,37	0,00	0,46	0,61	4,40
casalinga	media	0,63	0,33	0,58	0,26	0,58	0,68	0,53	1,11	0,26	0,00	0,05	0,63	5,63
	d.s.	0,68	0,49	0,61	0,56	0,69	0,67	0,61	0,57	0,45	0,00	0,23	0,68	3,58
Pension.	media	0,27	0,18	0,27	0,27	0,45	0,36	0,27	0,36	0,09	0,00	0,09	0,18	2,82
	d.s.	0,47	0,40	0,47	0,47	0,69	0,50	0,47	0,50	0,30	0,00	0,30	0,40	2,64
ANOVA	d.s.	1,03	2,51	3,05	0,34	0,93	2,00	1,35	1,75	1,70	3,96	1,25	1,29	2,06
	Signif.	0,40	0,01	0,00	0,94	0,48	0,04	0,21	0,08	0,09	0,00	0,26	0,24	0,03

Tabella 16 - Analisi descrittiva e della varianza relativamente alla variabile istruzione e agli items del questionario

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Tot.
Nessuna	media	0,50	0,25	0,50	0,25	0,75	1,00	0,75	0,50	0,25	0,00	0,25	0,25	5,25
	d.s.	0,58	0,50	0,58	0,50	0,50	0,00	0,50	0,58	0,50	0,00	0,50	0,50	0,50
Element.	media	0,69	0,31	0,38	0,23	0,77	0,69	0,62	1,15	0,46	0,00	0,15	0,77	6,23
	d.s.	0,75	0,63	0,65	0,60	0,93	0,75	0,77	0,80	0,66	0,00	0,55	0,73	5,09
Media	media	0,49	0,31	0,31	0,28	0,52	0,43	0,43	0,63	0,29	0,09	0,03	0,32	4,14
	d.s.	0,69	0,53	0,50	0,48	0,59	0,56	0,56	0,55	0,49	0,34	0,17	0,50	3,44
Super.	media	0,43	0,20	0,16	0,32	0,56	0,72	0,58	0,75	0,15	0,04	0,04	0,40	4,36
	d.s.	0,52	0,45	0,40	0,52	0,61	0,59	0,59	0,63	0,36	0,24	0,22	0,59	3,06
Diploma univers.	media	0,48	0,23	0,23	0,45	0,65	0,94	0,58	0,81	0,13	0,13	0,00	0,45	5,06
	d.s.	0,51	0,43	0,43	0,68	0,66	0,63	0,67	0,70	0,43	0,43	0,00	0,51	4,02
Laurea	media	0,42	0,24	0,20	0,33	0,57	0,81	0,61	0,65	0,14	0,06	0,07	0,39	4,46
	d.s.	0,55	0,47	0,45	0,53	0,64	0,56	0,61	0,67	0,34	0,25	0,33	0,55	3,59
ANOVA	d.s.	0,75	0,69	2,18	0,56	0,52	4,65	0,90	2,02	3,14	0,90	1,53	1,43	1,16
	Signif.	0,58	0,62	0,05	0,73	0,75	0,00	0,47	0,07	0,00	0,48	0,17	0,21	0,32

con scolarità elementare. Ciò appare in pieno accordo con i rilievi occupazionali precedentemente descritti, vale a dire con la più alta incidenza del disturbo nelle categorie sociali più "svantaggiate" (disoccupati e casalinghe).

Analisi qualitativa

A livello qualitativo, si è provveduto ad approfondire il fenomeno in questione cercando di intervistare il maggior numero di soggetti risultati positivi al test (9 su 11).

In particolare i casi esaminati, tutti di sesso femminile, hanno fornito informazioni sulle seguenti aree:

- Storia familiare
- Rapporto con il denaro
- L'esperienza compulsiva
- Oggetti acquistati
- Mass media e denaro
- Comorbilità

Storia familiare

La maggior parte delle shoppers asserisce di aver vissuto in un clima familiare piuttosto freddo, dove la mancata espressione dell'affettività rappresentava più la norma che l'eccezione. I genitori solitamente lavoravano fino a tardi educando i figli più sul versante materialista che su quello affettivo-relazionale.

La figura paterna, pur risultando piuttosto assente in casa, suscitava nella shopper invidia e al tempo stesso ammirazione, soprattutto per il ruolo professionale ricoperto, a seconda dei casi, prestigioso o carismatico. La figura materna invece veniva percepita come molto presente, se non addirittura invadente, e incline ad assumere un atteggiamento autoritario.

La dipendenza della shopper, espressa prima nei confronti del consumo e poi attraverso la ricerca di aiuto, sembra riflettere un più ampio disagio familiare riguardante l'area dell'autonomia. "Non ce la puoi fare senza di noi" è

quello che Lucia, una shopper di 32 anni, si è sentita più volte dire da piccola dai propri familiari.

Rapporto con il denaro

Gli shoppers intervistati hanno con il denaro un rapporto quantomeno distorto: non riescono a farne a meno e nemmeno a valutarlo in modo corretto. Per loro spendere 50 o 500 euro per un capo di abbigliamento non fa alcuna differenza, salvo poco dopo rifletterci con forti sensi di colpa.

Nel periodo di massima compulsione possono spendere dai 100 ai 500 euro al giorno così da arrivare, in un breve arco di tempo, a contrarre ingenti debiti.

In particolare Anna, una shopper di 41 anni, racconta di essersi indebitata con la propria banca per circa 10.000 euro dopo ripetuti acquisti in boutique. L'intervento provvidenziale dei familiari ha permesso di evitare un'ulteriore perdita di denaro.

La modalità di pagamento preferita è in assoluto la carta di credito o il bancomat, dato che permettono transazioni monetarie rapide ed invisibili: "se non vedo non spendo", diversamente da quanto invece accade con il denaro contante.

L'esperienza compulsiva

La compulsione all'acquisto, nel nostro piccolo campione, si presenta con una frequenza media di 15 episodi al mese e con una durata che oscilla dall'ora alle tre ore ad episodio.

I tentativi di opporsi a tale comportamento compulsivo irrefrenabile vengono descritti spesso come fallimentari: "quando mi prende la voglia di comprare non c'è nulla che possa fare... posso resistere per qualche minuto ma poi inevitabilmente cedo. Mi sento come in trance".

L'esperienza compulsiva si accompagna

a vissuti personali variabili: alcune shoppers si sentono nervose, altre irrequiete, altre ancora genericamente strane o "disconnesse". Ad ogni modo l'episodio compulsivo si risolve dopo poche ore con la presa di coscienza del soggetto e con l'inevitabile senso di colpa. Quest'ultimo, a sua volta, pone le basi per un nuovo episodio compulsivo (Figura 1).

Oggetti acquistati

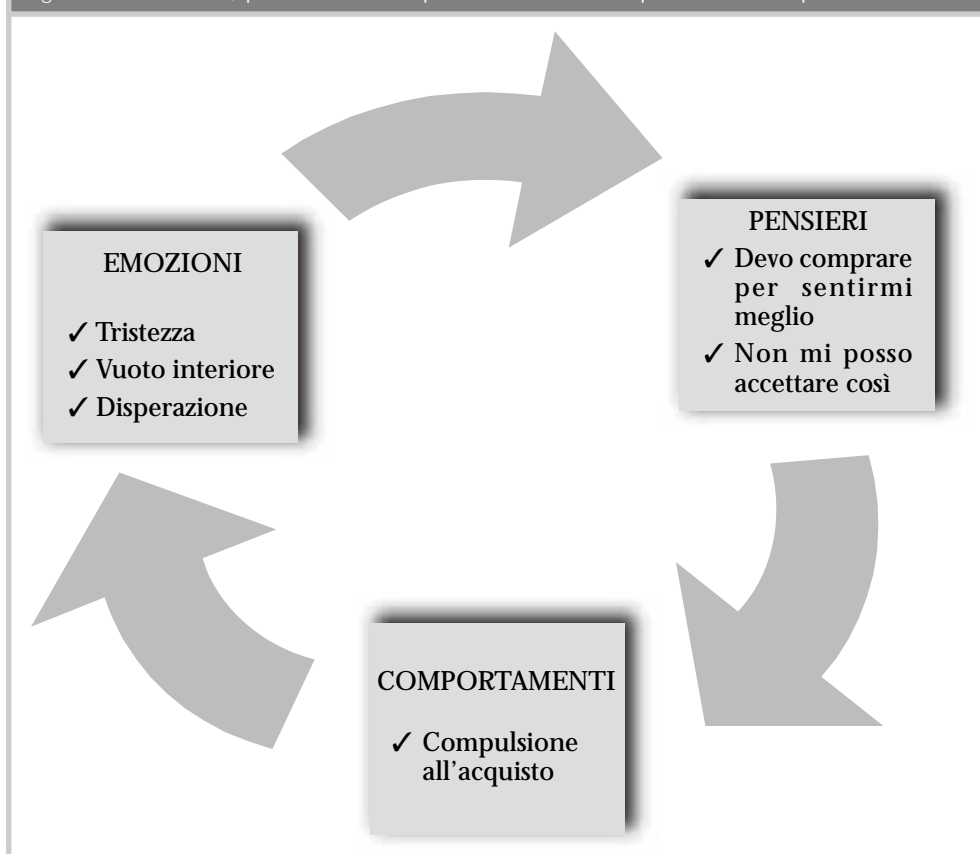
Sono gli articoli di abbigliamento ad attrarre maggiormente l'attenzione degli shopper e a costituire un irresistibile richiamo di piacere. Le scarpe, in particolare, vengono acquistate dalle donne in un numero davvero abnorme, di gran lunga superiore a qualsiasi altro articolo. A seguire compaiono gonne, camicette, biancheria intima, gioielli e cellulari. La scelta di acquistare questi oggetti piuttosto che altri viene motivata dal bisogno della persona di tutelare, rinforzare un'immagine personale costantemente minacciata da ingenti vissuti di vuoto e disperazione.

I casi esaminati riferiscono inoltre di frequentare soprattutto i centri commerciali o i negozi piuttosto che i mercati popolari. Questo per acquistare un prodotto di qualità che possa ancora di più riflettere il valore personale.

Mass media e denaro

L'informazione televisiva gioca un ruolo importante nello sviluppo di questa problematica, come del resto accade anche per altre patologie, come quelle alimentari. Indubbiamente la cultura dei consumi ci riporta ad una realtà edonistica dove l'apparire conta più dell'essere ("dimmi cosa compri e ti dirò chi sei") e dove tutto può essere acquistato a rate. Il possesso del prodotto diviene una vera e propria fonte di felici

Figura 1 - Emozioni, pensieri e comportamenti nell'esperienza compulsiva



cità, uno strumento per costruire una identità sociale accettata e gradita.

Le nostre shoppers, ovviamente, non sfuggono a questa realtà: quando guardano la tv preferiscono intrattenersi con programmi commerciali che con quelli di informazione pura; i personaggi delle telenovelas, ad esempio, possono divenire l'ideale di sé da raggiungere e a cui far riferimento per valutare il proprio valore personale.

Per quanto concerne la carta stampata, sono le riviste di moda a prevalere di gran lunga su tutte le altre: "quando sfoglio M... C... rimango letteralmente abbagliata dai capi d'abbigliamento che

vengono presentati. Le modelle sono così belle che provo invidia ed un forte senso d'ingiustizia". E dopo, Maria, una shopper di 43 anni, non può che dare sfogo alla sua disperata ricerca di senso e significato.

Comorbilità

Il disturbo in questione si associa di sovente ad altri disturbi o sofferenze mentali. La letteratura internazionale riporta elevati tassi di anoressia o bulimia, di depressione, di disordini legati all'ansia, di abuso di sostanze (in particolare alcol), e di problematiche connesse al controllo degli impulsi.

Su 9 casi esaminati 3 riferiscono di aver avuto in passato un rapporto difficile con il cibo, così da sviluppare delle forme patologiche affini all'anoressia o alla bulimia, 4 invece riportano al momento dell'intervista un episodio depressivo maggiore.

I disturbi connessi allo shopping compulsivo sembrano in gran parte riguardare l'area dell'autostima e dell'immagine personale. Proprio l'autostima potrebbe costituire il legame tra depressione e shopping patologico, come sembra evidenziare la ricerca di Faber e O'Guinn (1992). Dallo studio risulta che i compulsive buyers riportano punteggi di autostima molto più bassi rispetto ai normali consumatori. Per questi soggetti patologici fare acquisti potrebbe essere un modo per innalzare la propria autostima e combattere frustrazione e umore depresso.

Conclusioni: verso un identikit psicologico

La dipendenza, in senso generale, scaturisce sempre dall'incontro tra un ambiente che offre sostanze o attività che producono, nel breve termine, una elevata gratificazione ed un individuo che, per la sua costituzione, storia o talora per quella che è la sua situazione "psicobiologica" in quel momento, rimane intrappolato nella rete.

Tralasciando l'aspetto meramente ambientale e le sue degenerazioni consumistiche, passiamo ora a delineare il probabile identikit psicologico del soggetto a rischio, avvalendoci dei dati fin qui esposti ed ovviamente della sempre più numerosa letteratura scientifica.

Chi è lo shopper compulsivo?

È di solito una donna con una occupazione a basso reddito, come casalinga o disoccupata, oppure meno frequentemente ad elevato reddito, come libera professionista o imprenditrice.

Sembra che queste categorie occupazionali, rispetto a quelle intermedie, arrichino nel soggetto a rischio una maggiore frustrazione, dovuta o alla mancata realizzazione professionale (le prime) o all'elevato stress professionale (le seconde).

L'istruzione medio-bassa che ritroviamo di sovente nelle shopper compulsive può costituire un ulteriore motivo d'insoddisfazione e allargare il divario esistente tra sé reale e sé ideale.

La fascia di età maggiormente a rischio sembra essere quella tra i 23 e i 31 anni, con picchi di età superiore (soprattutto nel caso delle libere professioniste). In merito a quest'ultimo punto va detto che avvisaglie e sintomi di questa difficoltà connessa agli acquisti si avvertono in questi soggetti già nell'adolescenza.

La shopper compulsiva presenta inoltre un vissuto d'inadeguatezza e di vuoto, originatesi, come abbiamo già visto, in età infantile.

Inoltre solo una minoranza di loro non presenta altri problemi di interesse psichiatrico: è molto frequente che ci sia o ci sia stato in passato un rapporto difficile con il cibo (anoressia o bulimia) oppure un disturbo dell'umore (depressione) particolarmente persistente e invalidante.

La logica conseguenza della presenza di un così alto grado di comorbilità con altre patologie psichiatriche può portare ad ipotizzare diverse possibili cause nell'eziologia della dipendenza dagli acquisti.

Bibliografia

- Alonso-Fernandez F. *Le Altre droghe*. Roma: E.U.R., 1999
- Belk RW. Materialism: trait aspect of living in the material world. *Journal of Consumer Research*, 12, 265-281, 1985
- Belk RW. Three scale to measure constructs related to materialism: reliability, validity, and relationship to measures of happiness, in Kinnear, T. (Ed.), *Advances in Consumer Research*, 11, 753-760, 1984
- Black DW, Monahan P, Schlosser S, Repentinger S. Compulsive Buying Severity: An analysis of Compulsive Buying Scale Results in 44 Subjects, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 189 (2), 123-126, 2001
- Black DW, Repentinger S, Gaffney GR, Gabel J. Family History and Psychiatric Comorbidity in Persons with Compulsive Buying: Preliminary Findings, *Am J Psychiatry*, 1998; 155:7
- Black DW. Compulsive Buying: A review, *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 50-55, 1996
- Christenson GA, Faber RJ, De Zwaan M. Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity, *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-11, 1994
- Desarbo WS, Edwards, EA. Typologies of compulsive buying behaviour: a constrained clusterwise regression approach, *Journal of Consumer Psychology*, 5, 231-262, 1996
- Dittmar H, Beattie J, Friese S. Gender identity and material symbols: Objects and decision considerations in impulse purchases, *Journal of Economic Policy*, 15, 391-511, 1995
- Dittmar H, Beattie J. Impulsive and excessive buying behaviour, In P. Taylor-Gooby, *Choice and public policy: Limits of welfare markets* (pp. 123-144), London: Macmillan, 1998
- Dittmar H, Drury J. Self-image- is it in the bag? A qualitative comparison between "ordinary" and "excessive" consumers, *Journal of Economic Psychology* 21, 109-142, 2000
- Faber R, Christenson GA, De Zwaan M, Mitchell J. Two forms of compulsive consumption: Comorbidity of compulsive buying and binge eating, *Journal of Consumer Research*, 20, 296-304, 1995
- Faber RJ, Christenson G. In the mood buy: Differences in the mood states experienced by compulsive buyers and other consumers, *Psychology & Marketing*, 13, 803-819, 1996
- Faber RJ, O'Guinn, TC. A clinical screener for compulsive buying, 1992
- Lawrence L. The psychodynamics of the compulsive female shopper, *American Journal of Psychoanalysis*, 50, 67-70, 1990
- Lejoyeux M, Hourtane M, Ades J. Compulsive buying and depression, *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 38, 1995
- Lejoyeux M, Tassain V, Solomon J, Ades J. Study of Compulsive Buying in Depressed Patients, *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 169-173, 1997
- Lejoyeux, M, Tassain V, Solomon J. Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying, *American Journal of Psychiatry*, 153, 1524-1529, 1996
- Mcleroy SL, Keck PE, Phillips KA. Kleptomania compulsive buying, and binge-eating disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(suppl4), 14-26, 1995
- Melroy SL, Keck PE, Pope HG, Smith J, Strakowski SM. Compulsive Buying: a report of 20 cases, *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(6), 242-248, 1994
- Monahan P, Black DW, Gabel J. Reliability and validity of a scale to measure change in persons with compulsive buying, *Psychiatry Research* 64, 59-67, 1996
- Pani R, Biolcati R. Compulsività e dipendenza da shopping, In Coretti V, La Barbera D. *Le dipendenze patologiche*. Clinica e Psicopatologia. Cortina: Ed. Raffaello, 2005
- Rindfleisch A, Burroughs JE, Denton F. Family structure, Materialism and Compulsive Consumption, *Journal of Consumer Research*, 23, March, 312-325, 1997
- Rook DW. The buying impulse, *Journal of Consumer Research*, 14, 189-199, 1987
- Schlosser S, Black D, Repentinger S, Freet D. Compulsive buying: demograph, phenomenology, and comorbidity in 46 participants, *General Hospital Psychiatry*, 16, 205-212, 1994
- Sherhorn G, Reisch LA, Raab G. Addictive buying in West Germany; An empirical study, *Journal of Consumer Policy*, 13, 355-387, 1990
- Valence G, D'Astous A, Fortier L. Compulsive buying: Concept and Measurement, *Journal of Consumer Policy*, 11, 419-433, 1988
- Yurchisin J, Johnson KKP. Compulsive Buying Behavior and its Relationship to Perceived Social Status Associated with Buying, Materialism, Self-Esteem, and Apparel-Product Involvement, *Family and Consumer Sciences Research Journal*, Vol. 32 (3), March, 291-314, 2004

studi
e ricerche

Aspetti socio-demografici dell'abitudine al fumo in Italia

Maria Teresa Tenconi ¹ - Carla Ge ² - Marinella Maccagni ¹

¹ Dipartimento di Medicina Preventiva Occupazionale e di Comunità - Università degli Studi di Pavia

² Dipartimento di Statistica ed Economia applicate "L. Lenti" - Università degli Studi di Pavia

Summary

Sociodemographic features of smokers in Italy

The data of the Multipurpose survey 2002 and 2005 done by ISTAT in a population sample of respectively 55.294 and 49.288 individuals (aged > 14 years) were used to evaluate the association among several socio-demographic features and smoking habit. The results indicate a smokers prevalence rate equal to 24.2% (31.5% M and 17.4% F) in 2002 and to 22.6% (29% M and 16.6% F) in 2005. A 20% decrease of smoking habit was found.

The prevalence of smokers is higher in Southern Italy for males and in Central Italy for females, in manual workers for both genders. Smoking habit is also positively associated to job and friends relationship satisfaction.

Riassunto

Per mezzo dell'analisi dei dati dell'Indagine Multiscopo 2002 e 2005 condotta dall'ISTAT su 55.294 e 49.288 soggetti rispettivamente, è stata valutata l'associazione tra alcuni fattori sociodemografici e abitudine al fumo. I risultati dimostrano che nel 2002 la prevalenza di fumatori era pari al 24,2% (31,5% M e 17,4% F) mentre nel 2005 la prevalenza di fumatori risulta del 22,6% (29% M e 16,6% F) con una riduzione del 20% dei fumatori.

Inoltre, la propensione al fumo è più diffusa nell'Italia Centrale per le donne e Meridionale per gli uomini. Fumano di più gli operai e i meno istruiti tra gli uomini, tra le donne, quelle laureate. L'abitudine è inoltre associata positivamente alla soddisfazione in ambito lavorativo e per le relazioni amicali.

Keywords: *tobacco smoking, Italian population, social/demographic characteristics.*

Parole chiave: *fumo di tabacco, popolazione italiana, caratteristiche sociali/demografiche.*

Introduzione

L'abitudine al fumo di tabacco è uno dei fattori di rischio per molte patologie che causano circa 80.000 morti all'anno nel nostro Paese e la spesa sanitaria per curare le malattie indotte dal tabagismo è molto elevata in relazione alla loro cronicità. I numerosi studi epidemiologici a riguardo descrivono l'abitudine al fumo associata sia a fattori di tipo individuale, principalmente psicologici, che a fattori di tipo sociale.

Tra i fattori microsociale che possono in-

fluenzare l'abitudine al fumo sono stati descritti il livello socioeconomico individuale e il grado di istruzione, la presenza di famigliari o amici che fumano, la frequentazione di ambienti dove non vengono rispettati i divieti.

Galea e coll. (2004) riportano, in un'ampia revisione della letteratura su fattori sociali e dipendenze, i fattori favorevoli l'iniziazione, il mantenimento e la disassuefazione dal tabagismo. Tra i giovani l'iniziazione al fumo appare associata ad un basso reddito della famiglia, il mantenimento dell'abitudine al-

lo svantaggio socioeconomico, alla disoccupazione e alla residenza in aree depresse. Al contrario, la disassuefazione e l'astinenza sono associate a buone condizioni socioeconomiche, ad un elevato livello di istruzione, alle norme sociali e al sostegno sociale della famiglia.

In Italia un'ampia rassegna su questo tema è stata recentemente pubblicata da Vannoni (2004), che riporta dati ISTAT fino al 2000 e dati raccolti da indagini epidemiologiche eseguite in Italia su consistenti campioni di popolazione – studio RIFLE (Tenconi, 2000), studio MONICA (Ferrario et al, 2001) – negli anni '80 e '90. I risultati relativi all'associazione dell'abitudine al fumo con il grado di istruzione confermano che anche in Italia il tabagismo è più diffuso tra i maschi meno istruiti. Il presente lavoro si propone di valutare, utilizzando dati raccolti dall'ISTAT su un campione consistente di popolazione italiana, la prevalenza dell'abitudine al fumo nel 2002 e 2005 e le associazioni esistenti tra abitudini al fumo e alcuni fattori sociali e demografici, al fine di studiare interventi mirati di prevenzione del tabagismo nell'ambito dei gruppi a maggior rischio.

Popolazione e Metodi

I dati utilizzati per l'analisi di cui si riferiranno i risultati sono stati desunti direttamente dai files originali dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie condotte nel 2002 e 2005, rese disponibili dall'ISTAT su CD-ROM. Può essere utile ricordare in proposito che attraverso le Indagini Multiscopo sulle famiglie vengono rilevati gli aspetti fondamentali della vita quotidiana e i comportamenti relativi ad un determinato anno

(le aree tematiche sono le seguenti: famiglia, abitazione, zona in cui si vive, istruzione e formazione, lavoro domestico ed extradomestico, spostamenti quotidiani, tempo libero e partecipazione sociale, stili di vita e condizioni di salute, consumo di farmaci e utilizzo dei servizi sanitari, micro-criminalità, funzionamento dei servizi di pubblica utilità): le informazioni sono raccolte in parte con intervista diretta e in parte mediante autocompilazione. Il campione è a due stadi con stratificazione delle unità di primo stadio (Comuni); l'indagine del 2002 ha raggiunto 20.927 famiglie per un totale di 55.294 individui e nel 2005 18.944 famiglie e 49.288 soggetti.

Come si è appena sottolineato le informazioni riportate nel file sono di carattere campionario: al fine di ottenere le stime relative all'intera popolazione si è pesata ciascuna informazione per il coefficiente di riporto all'universo incluso nel set di dati. Occorre infine sottolineare che la domanda sul consumo di tabacco ("Lei attualmente fuma?") è stata posta solo alle persone di 14 anni e oltre nell'indagine 2002 e di 11 anni e oltre nell'indagine 2005. Per poter operare confronti omogenei, quale limite inferiore di età si sono sempre considerati i 14 anni. La prevalenza di fumatori in relazione al grado di istruzione e alla professione è stata standardizzata per età, assumendo come popolazione standard la popolazione italiana del 2001 (ISTAT, 14° Censimento, 2001).

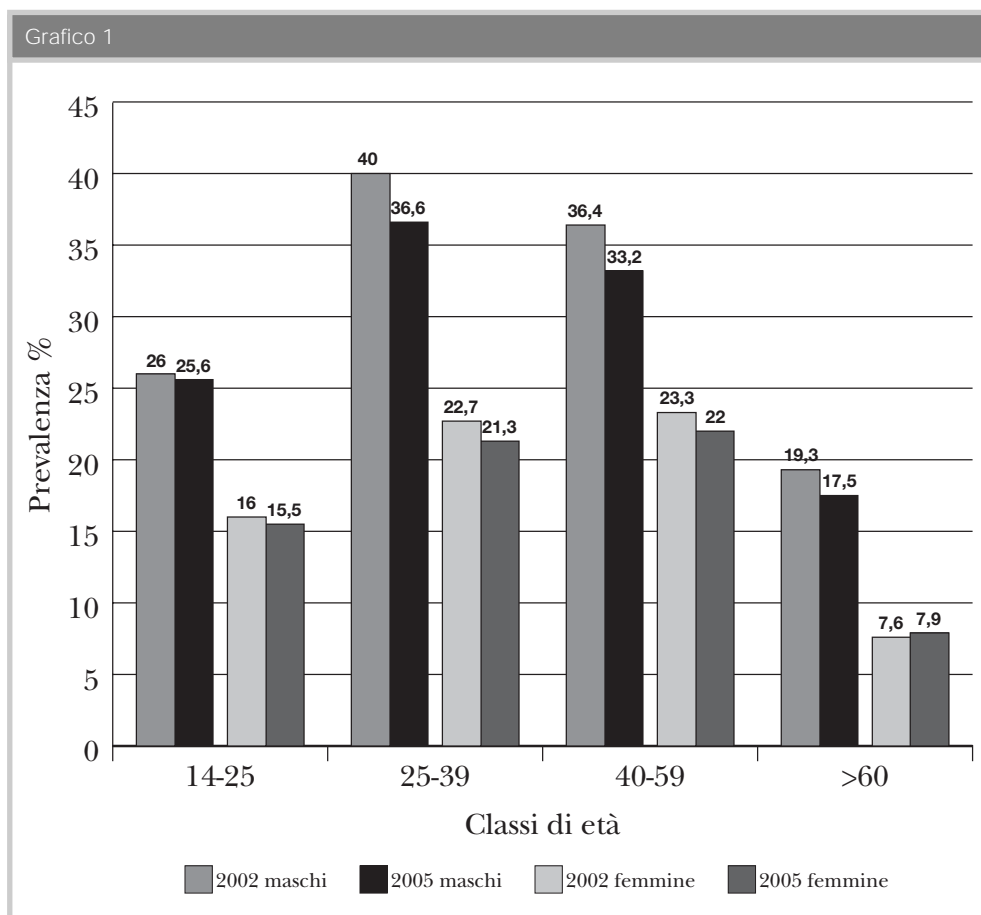
La stima degli effetti congiunti di alcuni fattori socio-demografici sull'abitudine al fumo è stata condotta ricorrendo ad un modello di regressione logistica (David et al, 1989) del tipo: $\text{logit}(q) = \ln [q / (1-q)] = a + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k$ dove il rapporto tra la probabilità che

l'evento (essere fumatore) si verifichi e quella che non si verifichi, ossia $q/(1-q)$, è noto come *odds*. Ciascuna delle variabili esplicative x_1, x_2, \dots, x_k introdotte nel modello è o è stata resa di tipo categorico: si è quindi attribuito valore zero ad una delle sue modalità (categoria di riferimento) e, se le modalità erano più di due, si sono trasformate le rimanenti in altrettante variabili di tipo *dummy*. Ricordiamo che l'antilogaritmo dei parametri associati ad ogni variabile (presente in origine o ottenuta dalla trasformazione delle modalità) prende il nome di *odds ratio*: esso rappresenta il rapporto tra l'*odds* in presenza di tale

modalità e l'*odds* per la categoria di riferimento. Ricordiamo ancora che un valore dell'*odds ratio* superiore all'unità denota una propensione al fumo maggiore per i soggetti che presentano tale modalità rispetto alla categoria di riferimento e, viceversa, quando è inferiore all'unità.

I fattori socio-demografici che sono stati assunti come esplicativi della propensione al fumo sono i seguenti:

- l'età: meno di 25 anni (considerata come categoria di riferimento), 25-39 anni, 40-59 anni, 60 anni e oltre;
- il livello di istruzione: università (categoria di riferimento), licenza di scuo-



- la media superiore, licenza di scuola media inferiore, licenza elementare;
- la condizione professionale: occupato (categoria di riferimento), disoccupato, studente, casalinga, altra condizione;
- la posizione nella professione: imprenditore o dirigente (categoria di riferimento), impiegato, operaio, altro;
- l'area geografica di residenza: Italia nord-orientale (categoria di riferimento), Italia nord-occidentale, Italia centrale, Italia meridionale e insulare;
- la soddisfazione delle proprie relazioni familiari: poco o per nulla soddisfatto (categoria di riferimento), abbastanza o molto soddisfatto;
- la soddisfazione del proprio lavoro: poco o per nulla soddisfatto (categoria di riferimento), abbastanza o molto soddisfatto;
- la soddisfazione delle proprie relazioni con amici: poco o per nulla soddisfatto (categoria di riferimento), abbastanza o molto soddisfatto;
- la soddisfazione del proprio tempo libero: poco o per nulla soddisfatto (categoria di riferimento), abbastanza o molto soddisfatto;
- la soddisfazione per la propria situazione economica: poco o per nulla soddisfatto (categoria di riferimento), abbastanza o molto soddisfatto.

Sono stati identificati cinque modelli. Il primo è stato stimato congiuntamente per i maschi e per le femmine: il sesso e il tempo (anni 2002 e 2005) sono stati introdotti come variabili esplicative considerando come categorie di riferimento per il sesso i maschi e per il tempo l'anno 2002. Gli altri quattro modelli sono stati stimati separatamente per la popolazione maschile e per la popolazione femminile e per gli anni 2002 e 2005.

I cinque modelli sono stati stimati sui dati riferiti all'intera popolazione, dopo avere pesato ciascuna informazione per il coefficiente di riporto all'universo: è necessario sottolineare che, proprio perché si sono utilizzati dati riferiti alla popolazione e non dati campionari, non sono stati eseguiti test di significatività sui parametri di regressione.

Risultati

I dati dell'Indagine Multiscopo sulle Famiglie Italiane dell'ISTAT (2002) rilevano una prevalenza di fumatori tra la popolazione di età uguale o superiore a 14 anni pari al 23,7%, 30,9% tra gli uomini e 17,1% tra le donne. L'età in cui la prevalenza è più elevata corrisponde a quella giovanile-adulta (25-39 anni) nei primi e a quella della maturità (40-59 anni) nelle seconde (Grafico 1). Nel 2005 la prevalenza di fumatori nella popolazione di età pari o superiore ai 14 anni è risultata del 22,6%, 29% tra gli uomini e 16,6% tra le donne.

I risultati emersi dal primo modello di regressione logistica (Tabella 1), evidenziano che nel 2005 l'abitudine al fumo si è ridotta di oltre il 20 per cento rispetto al 2002 e che la probabilità di trovare un fumatore tra gli uomini è dell'82 per cento più alta di quella di trovarlo tra le donne.

Nel 2002 il consumo di sigarette medio *pro die* è stato di 15,8±8,6 nei maschi e di 12±7,5 nelle femmine mentre nel 2005 è diminuito a 14,7±8,5 e 11±7,1 rispettivamente. Nel 2002 la maggior prevalenza dei fumatori era presente al Sud e nelle Isole per i maschi (32,3%) e nell'Italia Centrale per le femmine (20%). Nel 2005 si conferma la medesima tendenza.

Tabella 1 - Variabili socio-demografiche e propensione al fumo di tabacco nella popolazione italiana (anni 2002-05)

<i>Variabili nell'equazione</i>		ODDS RATIO*
Anno	2002	1,00
	2005	0,79
Sesso	Femmine	1,00
	Maschi	1,82
Età	< 25	1,00
	25-39	1,47
	40-59	1,59
	> 60	1,35
Istruzione	Universitaria	1,00
	Diploma	1,31
	Licenza media	1,38
	Elementare	0,96
Condizione professionale	occupato	1,00
	disoccupato	1,27
	casalinga	0,75
	studente	0,64
	altro	0,62
Posizione professionale	Imprenditore, dirigente, libero professionista	1,00
	impiegato	1,04
	operaio	1,45
	altre	1,37
Soddisfazione nelle relazioni familiari	nessuna/poca	1,00
	abbastanza/molta	0,93
Soddisfazione per il lavoro	nessuna/poca	1,00
	abbastanza/molta	1,09
Soddisfazione per il tempo libero	nessuna/poca	1,00
	abbastanza/molta	1,01
Soddisfazione nelle relazioni amicali	nessuna/poca	1,00
	abbastanza/molta	1,25
Soddisfazione della situazione economica	nessuna/poca	1,00
	abbastanza/molta	0,79
Ripartizione geografica	Nord-Est	1,00
	Nord-Ovest	1,16
	Centro	1,21
	Sud	1,07

Nel 2002 l'analisi dell'abitudine al fumo per istruzione (Tabella 2) mostra che fumavano di più i maschi con licenza elementare o media inferiore (33,7%) e le femmine con diploma di scuola media superiore (20,4%). Nel 2005 tra gli uomini si nota la stessa distribuzione, caratterizzata però da una minor prevalenza nelle categorie con livello di istruzione più elevato. Tra le donne invece il confronto con i dati del 2002 rivela una maggiore prevalenza delle fumatrici tra le laureate (20,8%) e un calo più evidente tra quelle con licenza media inferiore (16,8%).

Per quanto riguarda la condizione lavorativa nel 2005, la maggiore percentuale di fumatrici si rileva tra le donne oc-

cupate (22,2%), mentre tra gli uomini la prevalenza di fumatori è simile tra occupati e disoccupati (33,7% e 33,5%), con una riduzione evidente rispetto ai dati del 2002 (Tabella 3).

In entrambi i generi una maggior prevalenza di fumatori rispetto alle professioni si riscontra tra gli operai (Tabella 4); tuttavia sia nei maschi che tra le femmine nel 2005 si notano percentuali inferiori a quelle del 2002 in ogni categoria professionale considerata.

Lo studio dell'influenza delle variabili socio-demografiche, condotto mediante l'analisi di regressione logistica (Tabelle 5 e 6) pone in evidenza che nel 2005 tra gli uomini, l'abitudine al fumo è prevalentemente associata all'età ma-

Tabella 2 - Prevalenza (%) standardizzata per età dei fumatori in base al titolo di studio

	<i>Uomini</i>		<i>Donne</i>	
	2002	2005	2002	2005
LAUREA	24,5	21,1	18,5	20,8
DIPLOMA AC. MEDIA SUP.	31,8	27,8	20,4	19,7
LICENZA MEDIA INF.	33,8	32,2	19,6	16,8
ELEMENTARI O NESSUNO	33,7	34,0	14,4	13,1

POPOLAZIONE STANDARD = POPOLAZIONE ITALIANA 2001

Tabella 3 - Prevalenza (%) standardizzata per età dei fumatori in base alla condizione professionale

	<i>Uomini</i>		<i>Donne</i>	
	2002	2005	2002	2005
OCCUPATO	36,4	33,7	23,3	22,2
DISOCCUPATO	42,8	33,5	22,6	17,7
STUDENTE	11,4	9,26	6,6	3,62
CASALINGA	-	-	15,8	14,4
ALTRO	25,7	26,3	14,1	18,4

POPOLAZIONE STANDARD = POPOLAZIONE ITALIANA 2001

tura (O.R. = 2,03) e anziana (OR = 1,78) e, soprattutto, pone in evidenza che, rispetto al 2002, la probabilità di trovare un fumatore tra gli ultrasessantenni è straordinariamente cresciuta. Dall'analisi è inoltre emersa una maggiore propensione al fumo da parte di chi ha conseguito solo la licenza media inferiore, (O.R. = 1,66 nel 2005 e 1,42 nel 2002), di chi è disoccupato (O.R. = 1,21 nel 2005 contro 1,68 nel 2002) oppure operaio (O.R. = 1,35) di chi risiede nell'Italia del Sud (O.R. = 1,35).

L'abitudine al fumo appare inoltre associata positivamente alla soddisfazione in ambito lavorativo (O.R. = 1,12) o nelle relazioni amicali (O.R. = 1,20), mentre la soddisfazione nei rapporti famigliari (O.R. = 0,91) e nei confronti della propria situazione economica (O.R. = 0,76) appaiono associate negativamente.

Anche le donne fumatrici si riscontrano con maggior prevalenza nell'età matura (40-59 anni) (O.R. = 1,84) e, in particolare, anziana (O.R. = 2,16: tre volte il valore del 2002), ma tra quelle con istruzione media superiore (O.R. = 1,23) e tra le residenti nell'Italia Centrale (O.R. = 1,17). Come per gli uomini un buon grado di soddisfazione per le relazioni amicali appare associato all'abitudine al fumo (O.R. = 1,17), mentre risultano

protettive la soddisfazione per i rapporti con i famigliari (O.R. = 0,90) e per la propria situazione economica (O.R. = 0,80). Meno evidente nelle donne è l'associazione positiva tra abitudine al fumo e soddisfazione in ambito lavorativo (O.R. = 1,03).

Discussione

I risultati ottenuti dall'analisi dei campioni ISTAT 2002 e 2005, rappresentativi della popolazione italiana, forniscono una descrizione esauriente dal punto di vista socio-demografico dei fumatori, permettendo di identificare alcune caratteristiche dei gruppi target, utili per l'organizzazione di interventi educativi e di disassuefazione, al fine di ridurre la prevalenza dell'abitudine al fumo tra la popolazione.

In primo luogo è stata dimostrata una riduzione della prevalenza dei fumatori tra il 2002 e il 2005 in entrambi i generi e in tutte le età, salvo tra le donne più anziane (> 60 anni) dove però la prevalenza delle fumatrici è bassa.

L'applicazione del modello logistico congiuntamente ai dati delle due indagini Multiscopo indica un calo del 20%

Tabella 4 - Prevalenza (%) standardizzata per età dei fumatori nelle diverse categorie professionali

	<i>Uomini</i>		<i>Donne</i>	
	2002	2005	2002	2005
Imprenditori, Dirigenti	32	26,5	26,8	16,6
Impiegati	32,5	24,4	23,3	18,5
Operai	43,8	33,1	28,9	22
Altro	37,6	31,8	26,3	20,1

POPOLAZIONE STANDARD = POPOLAZIONE ITALIANA 2001

Tabella 5 - Variabili socio-demografiche e propensione al fumo di tabacco nella popolazione maschile italiana

Variabili nell'equazione		Anno 2002		Anno 2005	
		ODDS RATIO*	Frequenze	ODDS RATIO*	Frequenze
Età	< 25	1,00	14,9	1,00	14,1
	25-39	1,56	28,0	1,68	27,2
	40-59	1,49	31,9	2,03	33,0
	> 60	0,90	25,3	1,78	25,8
Istruzione	Universitaria	1,00	8,3	1,00	9,4
	Diploma	1,37	32,9	1,36	32,7
	Licenza media	1,42	35,6	1,66	36,6
	Elementare	1,29	23,2	1,58	21,3
Condizione professionale	occupato	1,00	57,7	1,00	57,6
	disoccupato	1,68	6,4	1,21	6,2
	studente	0,74	8,3	0,52	8,1
	altro	0,88	27,5	0,71	28,1
Posizione professionale					
Imprenditore, dirigente, libero professionista		1,00	18,3	1,00	12,9
	impiegato	1,02	26,7	0,96	4,7
	operaio	1,61	35,6	1,35	66,0
	altre	1,31	19,4	1,27	16,3
Soddisfazione nelle relazioni familiari					
	nessuna/poca	1,00	8,3	1,00	9,0
	abbastanza/molta	0,96	91,7	0,91	91,0
Soddisfazione per il lavoro	nessuna/poca	1,00	54,9	1,00	56,5
	abbastanza/molta	1,16	45,1	1,12	43,5
Soddisfazione per il tempo libero					
	nessuna/poca	1,00	33,5	1,00	34,8
	abbastanza/molta	0,97	66,5	1,09	65,2
Soddisfazione nelle relazioni amicali					
	nessuna/poca	1,00	13,6	1,00	14,7
	abbastanza/molta	1,32	86,4	1,20	85,3
Soddisfazione della situazione economica					
	nessuna/poca	1,00	34,8	1,00	49,6
	abbastanza/molta	0,82	65,2	0,76	50,4
Ripartizione geografica	Nord-Est	1,00	26,6	1,00	19,1
	Nord-Ovest	1,18	18,8	1,27	26,7
	Centro	1,24	19,4	1,29	19,3
	Sud	1,24	35,1	1,35	34,9

Tabella 6 - Variabili socio-demografiche e propensione al fumo di tabacco nella popolazione femminile italiana

Variabili nell'equazione		Anno 2002		Anno 2005	
		ODDS RATIO*	Frequenze	ODDS RATIO*	Frequenze
Età	< 25	1,00	13,3	1,00	12,5
	25-39	1,37	25,8	1,52	24,9
	40-59	1,65	30,4	1,83	31,3
	> 60	0,67	30,4	2,16	31,3
Istruzione	Universitaria	1,00	7,3	1,00	9,1
	Diploma	1,29	30,7	1,22	31,1
	Licenza media	1,22	29,4	1,11	29,4
	Elementare	0,73	32,6	0,63	30,3
Condizione professionale	occupato	1,00	33,3	1,00	33,7
	disoccupato	1,10	5,3	0,94	4,9
	casalinga	0,81	30,9	0,80	30,2
	studente	0,69	8,3	0,67	8,4
	altro	0,75	22,2	0,76	22,8
Posizione professionale					
Imprenditore, dirigente, libero professionista		1,00	13,0	1,00	5,8
	impiegato	0,95	47,0	0,90	3,8
	operaio	1,33	25,3	1,07	75,5
	altre	1,24	14,7	1,29	15,0
Soddisfazione nelle relazioni familiari					
	nessuna/poca	1,00	8,4	1,00	9,7
	abbastanza/molta	0,99	91,6	0,90	90,3
Soddisfazione per il lavoro					
	nessuna/poca	1,00	55,7	1,00	59,6
	abbastanza/molta	1,02	44,3	1,03	40,4
Soddisfazione per il tempo libero					
	nessuna/poca	1,00	36,0	1,00	37,8
	abbastanza/molta	1,03	64,0	0,98	62,2
Soddisfazione nelle relazioni amicali					
	nessuna/poca	1,00	17,7	1,00	19,3
	abbastanza/molta	1,21	82,3	1,17	80,7
Soddisfazione della situazione economica					
	insufficienti/ scarse	1,00	37,1	1,00	51,1
	adeguate/ottime	0,78	62,9	0,80	48,9
Ripartizione geografica	Nord-Est	1,00	26,6	1,00	18,9
	Nord-Ovest	1,03	18,7	1,01	26,6
	Centro	1,14	19,7	1,17	19,6
	Sud	0,68	35,0	0,86	34,9

considerando tutte le variabili inserite nel modello.

Tale riduzione è evidente anche confrontando il consumo medio di sigarette al giorno.

Ciò è presumibilmente ascrivibile all'entrata in vigore della legge Sirchia (L. 16 gennaio 2003 n. 3), che vieta il fumo nei luoghi di lavoro. I risultati del confronto tra il 2002 e il 2005 indicano infatti un calo più evidente nelle categorie di uomini lavoratori, anche se le femmine che lavorano mantengono percentuali generalmente superiori alla media nazionale di genere.

Per quanto concerne l'età tra gli uomini, l'abitudine al fumo è sempre stata descritta come più frequente tra i giovani adulti sia in Italia che negli altri Paesi (Center for Disease Control, 2005). Per le donne il riscontro di una maggior prevalenza di fumatrici in età matura può essere messo in relazione ad un effetto-coorte: le donne nate attorno agli anni cinquanta potrebbero essere state influenzate in gioventù dalla liberalizzazione dei costumi femminili, che ha avuto la sua massima espressione nel '68 e che ha indotto molte giovani ad assumere l'abitudine al fumo.

Un elevato grado di istruzione appare tra gli uomini associato negativamente al fumo, come descritto dalla maggior parte degli Autori nei paesi socioeconomicamente avanzati (ibidem). I dati dello studio MONICA-Brianza (Ferrario et al, 2001) indicano come le differenze nella prevalenza di fumatori tra gli uomini con differente grado di istruzione siano aumentate dal 1980 al 1999, mentre tra le donne tali differenze, inizialmente di segno opposto rispetto agli uomini, si siano ridotte, accennando dal '97 in poi a un'inversione di tendenza, che assume caratteristiche simili a quelle riscontrate nell'altro genere.

Questo fenomeno nelle donne appare in atto anche in altri Paesi europei (Svezia, Norvegia, Finlandia, Danimarca, Germania e Spagna) (Giskes et al, 2005).

Gli studi italiani riguardanti il grado di istruzione e l'abitudine al fumo presentano risultati tra loro discordanti (Tenconi, 2000; Vannoni, 2004).

Circa gli aspetti occupazionali, come indicano anche ricerche anglosassoni (Montgomery et al, 1998), la disoccupazione tra gli uomini è caratterizzata da un'associazione positiva al fumo, mentre tra le donne la condizione di casalinga appare negativamente associata. Una recente rassegna italiana che prende in esame i dati ISTAT di un'indagine sulla salute effettuata nel biennio 1999-2000 non ha riscontrato differenze per quanto concerne l'abitudine al fumo tra disoccupati e occupati (Vannoni, 2004). Nell'ambito lavorativo il lavoro manuale è più spesso associato al fumo in entrambi i generi, come riferisce la letteratura internazionale (Marmot, 1999). Che i fumatori siano più soddisfatti del loro lavoro e dei rapporti con gli amici è un risultato nuovo e non descritto in precedenza: nel primo caso l'associazione è evidente soprattutto per gli uomini e sembra contraddire quanto finora ritenuto, circa il rapporto tra lavoro ripetitivo e privo di responsabilità e abitudini al fumo (idem). Appaiono discordanti anche i risultati di una recente ricerca che ha evidenziato in un campione di lavoratori aeroportuali statunitensi un maggior grado di soddisfazione lavorativa tra i non fumatori (Shikier et al, 2004). L'accertamento del grado di soddisfazione lavorativa è comunque un processo che per la sua misurazione si avvale di scale apposite e che non può essere ridotta ad un solo giudizio sintetico ricavato da un'intervista. Ulteriori

ricerche in tal senso potranno chiarire questo risultato.

In entrambi i generi i fumatori appaiono abbastanza/molto soddisfatti per le relazioni amicali: anche questo risultato non appare descritto e potrebbe essere messo in relazione al carattere più estroverso dei fumatori (Thornton, 1978). La percezione dell'adeguatezza delle risorse economiche, protettiva nei confronti del fumo, è un'indiretta dimostrazione, in entrambi i generi, che l'abitudine al fumo è più frequente nelle classi sociali meno favorite.

Infine la localizzazione geografica in Italia in rapporto all'abitudine al fumo è differente nei due generi: per gli uomini le regioni del nord ovest d'Italia e del Sud appaiono positivamente associate, mentre per le donne le regioni dell'Italia Centrale. Questa associazione apparentemente contrastante, era già stata riscontrata da altri Autori (Gruppo di Ricerca ATS-RF2 del CNR, 1980; Giampaoli et al, 2004) in indagini epidemiologiche campionarie multicentriche sui fattori di rischio cardiovascolare ed è di difficile interpretazione: l'interazione tra differenti variabili quali l'urbanizzazione, il livello di istruzione e le condizioni socioeconomiche, che sono state dimostrate associate al fumo, può spiegare in parte questi risultati nei maschi. Tra le donne l'effetto protettivo della residenza nel Sud Italia può essere dovuto alla tradizione, ancora viva nelle comunità abitative medio-piccole, che vede la figura femminile non fumatrice. In conclusione, le affermazioni della letteratura scientifica internazionale e nazionale relative all'ultimo decennio trovano per lo più riscontro nei dati dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT del 2005. Queste confermano che anche in Italia l'abitudine al fumo è associata nei maschi a un basso livello di

istruzione e all'appartenenza a categorie professionali inferiori. Tra la popolazione femminile si notano associazioni differenti e a volte contraddittorie, che con ogni probabilità indicano come sia in atto una fase di transizione che dovrebbe essere studiata in modo più approfondito.

In generale, quanto sopra esposto sembra indicare che lo svantaggio sociale e un basso livello di istruzione comportano un minor grado di educazione sanitaria, una scarsa partecipazione alle iniziative di prevenzione, la percezione di scarse opportunità future e quindi la ricerca di quelle gratificazioni immediate che la sigaretta può offrire. Tenendo conto del rischio associato al fumo di tabacco per la salute sarà opportuno indirizzare prioritariamente ai gruppi di popolazione socioeconomicamente svantaggiata gli interventi di educazione sanitaria per scoraggiare l'iniziazione al fumo, soprattutto tra i giovani; inoltre i servizi per la disassuefazione dal tabagismo dovrebbero essere pubblici, accessibili e possibilmente gratuiti e i tentativi di smettere di fumare incoraggiati dai medici di famiglia e sostenuti dalla erogazione di farmaci per aiutare il mantenimento dell'astinenza nella popolazione a basso reddito. Questi provvedimenti, attuati recentemente in Inghilterra, hanno ridotto sensibilmente la prevalenza dei fumatori tra la popolazione e conseguentemente la mortalità per cancro del polmone. Riveste particolare importanza inoltre la sorveglianza dell'applicazione dei provvedimenti legislativi che limitano il fumo negli ambienti di lavoro e in quelli aperti al pubblico, deterrenti che stanno dimostrando una buona efficacia nella riduzione dell'abitudine al fumo e del consumo di tabacco nella popolazione italiana (Dobson, 2005).

Bibliografia

- Center for Disease Control (Atlanta GA-USA). Cigarette smoking among adults. United States 2003- MMWR 54:509-13, 2005
- David W, Hosmer DW, Stanley Lemeshow S. Applied logistic regression, J. Wiley & Sons, New York, 1989
- Dobson R. Italy's smoking ban has led to an 8% drop in tobacco consumption- BMJ 331;1159, 2005
- Ferrario M, Segà R, Chatenoud L. et al. Monica Brianza Research Group. Monitoring of cardiovascular diseases; Time trends of major risk factors in a northern Italian population (1986 - 1994). How remarkable are socioeconomic differences in an industrialized low CHD incidence country? Int. J. Epidem. 30: 285-97, 2001
- Galea S, Nandi A, Vlahov D. The Social Epidemiology of Substance Use. Epid. Reviews 26 : 36-52, 2004
- Giampaoli S, Vanuzzo D, Ferrario M, Vancheri F, Cesana G. Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano. Ital. Heart J. 5 (Suppl.3) 49S-93S , 2004
- Giskes K, Kurust AE, Beach J. et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. J. Epid. Comm Health 59 : 392-401, 2005
- Gruppo di Ricerca ATS-RF2 del CNR- I fattori di rischio dell' aterosclerosi in Italia. Giorn. Ital. Cardiol. X, Suppl.3, 1980
- Istat, 14° Censimento della popolazione e delle abitazioni, 2001
- Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2002
- Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie. Aspetti della vita quotidiana. Anno 2005
- Legge 16 gennaio 2003, n. 3; G.U. n. 15 del 20 gennaio 2003-Suppl. Ord. n.5
- Marmot MG, Wilkinson RG. Social determinants of health- Oxford University Press, Oxford 1999
- Montgomery SM, Cook DG, Bartley MJ et al. Substance abuse: unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men. Eur.J. Public Health 8:21-7, 1998
- Shikier R, Halpern MT, Rentz AM, Kahn ZM. Development of the Health and Work Questionnaire (HWQ): an instrument for assessing workplace productivity in relation to worker health. Work 22:219-29, 2004
- Tenconi MT, Devoti G, Comelli M. Role of socioeconomic indicators in the prediction of all causes and coronary heart disease mortality in over 12.000 men. The Italian RIFLE pooling project. Eur. J. Epidemiol. 16 : 565-71, 2000
- Thornton RE (ed). Smoking Health Behaviour: Physiological and Psychological influences. Churchill Livingstone, N.Y. 1978
- Vannoni F. Gli stili di vita. In: G. Costa, T. Spadea e M. Carrano. Disuguaglianze di salute in Italia. Epid. e Prev. 28 (Suppl.) 64-75, 2004

Consumi alcolici giovanili: indagine conoscitiva in alcune scuole di Roma

Rosanna Marchetti

Collabora alla ricerca territoriale presso la cattedra di Medicina Sociale dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Summary

Alcohol consumption among youths: fact-finding investigation in a few schools in Rome

Ethyl alcohol is a psychotropic substance that acts since the very first drop; sooner or later, the abuse of the substance leads to addiction.

Most of the times, youths start consuming alcoholic drinks in their teens, initially with isolated sip, while they start drinking with a certain regularity in coincidence with the beginning of high school.

The investigation into the attitude of youths with respect to the consumption of alcoholic drinks has been carried out with a view to probing into and identifying trends in the population of young people. The simple random sample comprised 405 males and 477 females.

The outcome permits to outline the profile of the youths that have been interviewed and that, except for a few rare cases, for the most part tend to keep their alcoholic consumptions below the threshold value.

Riassunto

L'alcool etilico è uno psicotropo che agisce sin dalla prima goccia; a lungo andare con l'abuso della sostanza, si viene a sviluppare dipendenza ed assuefazione.

Gli anni in cui i giovani cominciano ad avvicinarsi al consumo di alcolici sono quasi sempre quelli adolescenziali, prima con sporadici assaggi, per poi cominciare a bere con una certa regolarità in coincidenza dell'inizio della scuola superiore.

L'indagine sugli atteggiamenti dei giovani verso il consumo di alcolici si è svolta nell'ottica di esplorare ed individuare le tendenze presenti tra la popolazione giovanile. Il campione casuale semplice è composto da 405 maschi e 477 femmine.

Da quanto emerso possiamo tratteggiare un profilo sui giovani intervistati, che in larga misura tendono a mantenere i loro consumi alcolici abbastanza sotto soglia, salvo rare eccezioni.

Keywords: *alcoholism, teens, alcoholic, abuse, craving.*

Parole chiave: *alcolismo, adolescenti, etilista, abuso, craving.*

Introduzione

La storia dell'alcol ha un'estensione pari a quella della storia dell'umanità.

Per millenni bevande a base di alcol hanno avuto un ruolo importante in molte religioni, nella scienza, nella medicina, nell'alimentazione, nella socialità, ecc.

"I regimi politici, i costumi sociali, gli sviluppi scientifici e tecnologici e perfino l'ubi-

cazione geografica hanno di volta in volta culturalmente determinato vari comportamenti legati al bere, rendendo in tal modo molto difficile qualunque generalizzazione sull'uso dell'alcol" (Brown, 1997).

L'alcool etilico è una delle sostanze psicotrope che procurano dipendenza, di conseguenza l'abuso, oltre all'assuefazione, facilita l'insorgenza di patologie alcol-correlate e in alcuni casi, anche il decesso del paziente.

Nel 5% dei soggetti che normalmente beve alcolici, tale abitudine può trasformarsi prima in abuso e poi in una vera e propria dipendenza; l'alcolismo è stato classificato come seconda causa di morte prevedibile, preceduto solo dal tabagismo attivo.

Secondo l'OMS "L'alcolismo può essere caratterizzato come un disturbo comportamentale cronico che si manifesta con l'assunzione ripetuta di bevande alcoliche in eccesso rispetto agli usi alimentari e sociali della comunità e fino al punto di interferire con la salute o il funzionamento sociale ed economico del bevitore" (Mendelson, 1985).

Facendo riferimento alla fenomenologia sui consumi alcolici, possiamo ipotizzare che inizialmente il primo assaggio di tali bevande avviene durante particolari festività perlopiù in ambito familiare, in questo caso l'episodio può considerarsi come "consumo casuale".

Se con il passare del tempo, il consumo cosiddetto moderato (sotto soglia) è ripetuto nell'arco delle 24h o giornaliero, acquisisce se avviene durante i pasti una valenza "essenzialmente alimentare".

Infine, se si verificano degli episodi di eccedenza nelle dosi sempre più ravvicinate nel tempo anche se non si arriva all'ubriacatura vera e propria, si ha un modello comportamentale di tipo "problematico"; in quest'ultimo caso, il soggetto va incontro al superamento della moderazione (sopra soglia) con possibili episodi in stato di ebbrezza causati dall'eccedenza (Ashworth, 1997).

Una differente chiave di lettura, va impostata quando si analizza il bere giovanile vissuto all'interno del gruppo dei pari, situazioni con la presenza anche di atteggiamenti e comportamenti considerati "audaci", un modo di sperimentare insieme al gruppo il rituale del bere, ma anche del fumare lo stesso spinel-

lo, fare le prime esperienze sentimentali, magari confidandosi ed imitandosi nei primi approcci alla sessualità.

Sono momenti in cui si concorda l'identità di gruppo, un complesso sistema di assimilazione tra i suoi componenti con peculiarità culturali, comportamentali, e di scelte, che si differenziano sia dalla cultura egemonica, che da sub-culture riferite ad altri gruppi giovanili.

Un modo per confrontarsi con capacità e limiti propri, come la tolleranza per le elevate quantità di alcool ingerite, cui segue la legittimazione da parte del gruppo e per alcuni la leadership.

In quest'ambito si stabiliscono anche le capacità necessarie che delineano l'immagine ideale dell'esponente tipo, cui tutti fanno riferimento, e che s'identifica anche con il rituale della condivisione di bere alcolici.

Se gli amici di bevute sono anche compagni di scuola, quest'ultimi rivestono un ruolo relazionale più importante rispetto sia agli amici di sempre che a quelli occasionali, condividendo più esperienze come quella scolastica, il tempo libero, i momenti "da sballo".

Materiali e metodi

Il lavoro qui esposto, fa parte di una più ampia ricerca effettuata in collaborazione con la Cattedra di Medicina Sociale su argomenti di Educazione alla Salute; in particolare, si è indagato sulla fenomenologia dei consumi alcolici tra i giovani, sulle possibili concause che sottendono episodi del bere in gruppo ed eventuali eccessi.

Lo studio nella sua totalità è stato così articolato: "*I giovani e l'alcool, interventi di Educazione alla Salute nelle scuole*" ISS 2001; "*Abusi alcolici: una possibile cultura*

del rischio tra i giovani" Riv. Difesa sociale n° 1/2004 IIMS Roma; "Consumi alcolici giovanili: indagine conoscitiva in alcune scuole di Roma", quest'ultima presente in questo scritto.

La scelta di realizzare un intervento sulla popolazione giovanile poggia sulla considerazione che le fasce di età adolescenziali/giovanili sono quelle maggiormente a rischio per quanto riguarda eventuali abitudini alcoliche eccedenti, sia per fattori comuni al particolare momento evolutivo, che per le possibili conseguenze socio-culturali correlate al bere giovanile.

Quest'ultime vanno messe in relazione anche a condotte legate all'identità di gruppo che possono ospitare comportamenti a rischio e d'imitazione; oppure desiderio d'acquisire un'identità adulta concepita in maniera esagerata e definita da modelli considerati come "vincenti" e forse, per questo, anche "trasgressivi".

Ai partecipanti la ricerca è stato distribuito un questionario contenente sia indicatori utili alla definizione della struttura del campione, sia quesiti specifici, finalizzati allo studio sui consumi alcolici, comportamenti e stili di vita correlati al bere.

Al momento della rilevazione dei dati, i ragazzi intervistati frequentavano scuole medie superiori di diverso indirizzo, presenti sul territorio di Roma e nel suo hinterland.

Il campione contattato, di tipo casuale semplice, era composto da 405 maschi e 477 femmine.

Ogni domanda facente parte il questionario era corredata da una serie di risposte precostituite, più una casella aperta **altro** dove sono confluite tutte quelle affermazioni liberamente espresse.

La sommatoria di quest'ultime, quando è stato possibile per la similitudine del

concetto espresso, è stata utilizzata a completamento della tabella, tutte le altre espressioni squisitamente qualitative e non cumulabili sono state utilizzate per la stesura del testo scritto.

Ogni ragazzo/a, quando il quesito lo disponeva, ha potuto esprimere più risposte per ogni argomento trattato, formulando così in modo più esaustivo il proprio parere.

Intervento strutturato sul campione

Attualmente, nelle società occidentalizzate sia nei costumi che nei consumi, l'iniziazione al bere avviene in età prepubere, prima con sporadici assaggi, per poi continuare nella quotidianità con bevande a bassa gradazione; conseguentemente, per molti ragazzi, può verificarsi anche una certa assiduità nei consumi di superalcolici.

L'approccio metodologico utilizzato in questo lavoro di ricerca ha seguito anche il criterio di una particolare attenzione per quei casi in cui il/la giovane provengano sia da famiglie, che da contesti dove l'abuso alcolico è presente e/o tollerato.

Chi conosce situazioni di disagio, come chi fa parte di famiglie dove è presente l'alcolismo, ha più possibilità rispetto ad altri ragazzi di un'iniziazione al bere fin dalla più tenera età, con più occasioni di abusi alcolici e non solo.

Sono circostanze in cui il giovane convive con situazioni di abbandono e degrado sociale, ed è "obbligato agli eccessi", o per salvare la faccia perché il contesto ritiene il bere smodato "una normalità", oppure perché considerato dimostrativo nel "saper reggere l'alcool".

Tra i giovani vi è una differente consapevolezza sui possibili pericoli cui può andare incontro chi eccede oltre "il consumo-limite" e questa diversità è

rapportata anche al sesso di appartenenza, all'età, allo stato di salute, al peso corporeo.

Purtroppo, c'è chi non si rende conto delle conseguenze negative dell'eccedere con gli alcolici, ed ignora completamente o sottostima ogni possibile moderazione, preferendo situazioni da sbalzo, oppure elabora criteri di valutazione spesso arbitrari, sulla possibilità di reggere quantitativi di alcolici in eccesso.

Non tutti i giovani però sono sprovvisti o disinformati sui problemi alcol-correlati; molti hanno esatte cognizioni del proprio bere, delle proprie abitudini, delle quantità ingerite e soprattutto del concetto di moderazione e tollerabilità.

Questa differenziazione introduce il concetto di "soglia", il limite personale oltre il quale si ha la perdita di controllo sulla sostanza.

Riguardo alle prime ubriacature, va fatta un'ulteriore riflessione perché queste possono diversificarsi nelle modalità del bere: si va dal bere in quantità abbastanza elevate, fino ad arrivare all'essere un poco alticci, oppure bere abbondantemente fino all'abuso alcolico e divenire del tutto ubriachi.

Indicatori culturali

1. La totalità del campione intervistato è composta da 882 soggetti, di cui 477 di sesso femminile, e 405 di sesso maschile (Tabella 1).
2. Per quanto riguarda le classi di età, risulta essere più rappresentativa per ambo i sessi la fascia dei 18 anni (Tabella 2).
3. Gli sport più praticati sono per i maschi l'atletica con 135 unità, seguita dal calcio con 79 adesioni; nelle femmine l'atletica ha 188 indicazioni, seguita dal nuoto con 75 preferenze; va anche sottolineato che vi è un consistente numero di giovani per un totale di 52 maschi e 92 femmine, che non pratica lo sport (Tabella 3).
4. Per quanto riguarda le classi di età dei padri, in entrambi i sessi la più popolosa è quella compresa tra i 41-50 anni, con valori assoluti per i padri dei ragazzi di 286 unità, mentre per i padri delle ragazze vengono indicati 320 soggetti (Tabella 4).
5. Le classi di età riferite alle madri risultano anch'esse più numerose in quella compresa tra i 41-50 anni, con valori assoluti riferiti alle madri dei giovani di 237 unità, mentre per le

Tabella 1 - Struttura del campione

<i>Totale n° 882</i>		<i>Totale campione</i>	
maschi		valori assoluti n° 405	valori relativi 45,91
femmine		valori assoluti n° 477	valori relativi 54,09

Tabella 2 - Classi di età dei ragazzi

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
17 anni	73	18,02	96	29,12
18 anni	196	48,39	194	40,67
19 anni	86	21,23	97	20,33
20 anni <	50	12,34	90	18,86

madri delle giovani, l'indice è di 266 persone (Tabella 5).

6. Ed infine la professione, che nei padri la più rappresentata indica i lavo-

ratori dipendenti, distinguendosi nei padri dei maschi in 216 soggetti, mentre tra padri delle femmine ne risultano 305 (Tabella 6).

Tabella 3 - Sport praticato

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Atletica	135	33,33	188	39,41
Nuoto	50	12,34	75	15,72
Tennis	28	6,91	15	3,14
Sci6	1,48	4	0,83	
Calcio	79	19,50	//	//
Nessuno sport	52	12,83	92	19,28
Non risp.	53	13,00	93	19,49

Tabella 4 - Età padre

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
< 40	8	1,90	3	0,63
41-50	237	58,50	266	55,50
51-60	138	34,07	171	35,80
61 <	21	5,18	37	7,75

Tabella 5 - Età madre

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
< 40	8	1,9	3	0,63
41-50	237	58,50	266	55,50
51-60	138	34,07	171	35,80
61 <	21	5,18	37	7,75

Tabella 6 - Professione padre

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Disoccupato	3	0,74	1	0,02
Pensionato	25	6,17	42	8,80
Lavoro dip.	216	53,33	305	63,94
Lavoro aut.	52	12,83	45	9,43
Libero prof.	74	18,27	63	13,2
Non risp.	35	8,64	17	3,56

7. Per quanto riguarda la professione delle madri vi sono differenti indicazioni, con punte massime tra le madri dei ragazzi di 160 unità per il lavoro dipendente, mentre tra le madri delle ragazze vi è un maggior numero di casalinghe, con ben 204 soggetti (Tabella 7).

L'iniziazione al consumo di alcolici

L'alcol agisce in particolare sul sistema nervoso centrale con effetti sedativi e psicotonici che variano da soggetto a soggetto, è anche vasodilatatore, se ne consiglia il solo uso alimentare in modeste quantità, preferibilmente ai pasti. L'azione che l'alcol ha sull'individuo è molteplice: disinibente, nell'immediato dell'assunzione in quantità moderate dà un senso di benessere favorendo così anche la socializzazione e ovviamente, per questo, stati d'ansietà.

L'eccesso nei consumi ha però controindicazioni: la predisposizione a stati depressivi e, in soggetti disadattati, l'aggressività verbale e comportamenti violenti.

Si comincia a bere con una certa regolarità fin dall'adolescenza, spesso l'iniziazione avviene in casa con i propri familiari, magari cominciando con un "gocchetto" e poi aumentando sempre più le dosi, quel tanto che basta per sen-

tirsi grandi, alla pari con gli altri in un erroneo concetto correlato ad un'acquisita "personalità adulta".

È il primo approccio con le bevande alcoliche, proprio il primo "sorso", trattandosi quasi sempre di vino/birra sorseggiata durante i pasti principali; una funzione questa che si identifica con un uso esclusivamente alimentare e momenti di convivialità con la propria famiglia, magari allargata per una festività o altri momenti vissuti nella famiglia estesa.

Nella Tabella a, il quesito **"In quale occasione hai avuto le prime esperienze di consumo di vino/birra?"**, indica che esse si sono verificate essenzialmente in "casa propria" e i ragazzi hanno risposto con il 44,44% di preferenze per i M, e con il 43,60% per le F; mentre pub e discoteche sono i luoghi più indicati per le prime esperienze del bere "fuori casa", con percentuali pressoché simili per entrambi i sessi (il 20,98% per i M ed il 21,38% per le F).

Le indicazioni delle risposte nella loro totalità evidenziano che le preferenze dei ragazzi sono quelle dello stare insieme, con il proprio gruppo di amici, con cui si condividono i primi atteggiamenti di un fare adulto, le ambizioni, speranze, ma anche i propri timori. Insomma, con coloro su cui si può contare.

Il concetto di stare insieme in allegria è presente anche nell'indicatore che defi-

Tabella 7 - Professione madre

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Disocc./casal	147	36,29	204	42,76
Pensionata	10	0,24	21	4,40
Lavoro dip.	160	39,50	185	38,78
Lavoro aut.	21	5,18	27	5,66
Libero prof.	32	7,90	21	4,40
Non risp.	37	9,13	19	3,98

nisce “le vacanze” come il periodo in cui ci si accosta all’alcool, magari in modo moderato, perché non è detto che in queste occasioni ci sia sempre l’abuso, anzi in molti giovani si riscontra auto-controllo associato all’autodeterminazione e rispetto delle regole sociali.

Le risposte in merito presentano: nei M maggiori adesioni con 17,28%, mentre nelle F si constata una percentuale più bassa nelle preferenze con il 12,99%.

Le altre indicazioni sono statisticamente poco significative, ad eccezione del dato sulla condizione di “sono astemio/a” che interessa il 4,93 dei M e l’11,94% delle F.

La Tabella b, riguarda il quesito “**In quale occasione hai avuto le prime esperienze di consumo di super-alcolici?**”; le

preferenze indicano “pub/discoteche” possibili luoghi per l’iniziazione al consumo di super alcolici, con valori per i M del 25,67% delle preferenze, mentre le F raggiungono il 23,27% del totale.

Questi ambiti vanno intesi come punti d’incontro, dove le “regole alla moderazione” accettate in ambito familiare possono venire meno, probabilmente perché diminuiscono le pressioni parentali ed il controllo sociale.

Si comincia a bere per gioco o per sfida, per essere all’altezza degli altri senza valutare adeguatamente i rischi cui si va incontro, con atteggiamenti di tolleranza limitati al contesto e al gruppo dei pari cui si aderisce.

Mentre gli adulti sono sempre più alla ricerca di un buon prodotto e le mostre

Tabella a - In quale occasione hai avuto le prime esperienze di consumo di vino/birra?

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Casa propria	180	44,44	208	43,60
Casa amici/parenti	72	17,77	88	18,44
Pub Discoteche	85	20,98	102	21,38
Vacanze	70	17,28	62	12,99
Altro				
non risponde	6	1,48	21	4,4
sono astemio/a	20	4,93	57	11,94

Tabella b - In quale occasione hai avuto le prime esperienze di consumo di super-alcolici?

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Casa propria	88	21,72	73	15,30
Casa amici/parenti	88	21,72	64	13,41
Pub/discoteca	104	25,67	111	23,27
Vacanze	66	16,29	75	15,72
Altro				
non risponde	6	1,48	69	14,46
Non bevo	20	4,93	111	23,27
risposta contraddittoria	29	7,16	//	//

vinicole sempre più numerose ed apprezzate dagli estimatori, i giovani spesso si accontentano di alcolici più a buon mercato; un fenomeno del “basso prezzo/elevato consumo” che contribuisce all’abbassamento dell’età d’iniziazione per entrambi i sessi

Le indicazioni riguardo alle prime esperienze con i superalcolici vedono anche gli stessi luoghi di ritrovo lontano dalla famiglia, con una uniformità dell’intero campione quasi sorprendente nelle percentuali riferite alle “vacanze”; i dati interessano il 16,29% dei M e il 15,72% delle F.; mentre per quanto riguarda i comportamenti sul consumo dei super-alcolici in casa propria, gli indici si attestano per i M al 21,72% e per le F al 15,30%.

Seguendo l’analisi dei dati, si evidenziano però delle discrepanze nelle percentuali circa il “non bevo”, che per i M si attesta al 4,93%, mentre per le F risulta del 23,27%, con una disparità che supera oltre i 18 punti percentuali a favore delle ragazze; altra differenza nelle percentuali di circa 10 punti si nota tra i dati riferiti al “non risponde”, che nelle F si attesta al 14,46%, mentre nei M è solo del 1,48%.

Le differenze sopra indicate danno voce a due ipotesi tra loro contrapposte: le femmine sono meno inclini al consumo di superalcolici rispetto ai loro coetanei maschi? Oppure, si tratta di comportamenti ambivalenti nei confronti dell’alcol?

Dobbiamo tener conto soprattutto dei messaggi non verbali esplicitati dalle ragazze, che potrebbero correlarsi più ad atteggiamenti di reticenza e vergogna, che a un vero e proprio rifiuto dei superalcolici; oppure, la maggior parte delle intervistate ha vissuto episodi di consumo meno visibili rispetto ai ragazzi, tali da non essere menzionati, ne tanto me-

no adeguatamente valutati. L’evoluzione del costume ha però cambiato le abitudini giovanili rispetto a modelli tradizionali del passato e il comportamento tra i due sessi sembra diventare sempre più sovrapponibile in tema di abitudini voluttuarie.

Queste differenze nei modi del bere tra i due sessi saranno quindi meno evidenti nel proseguo del tempo e, a tal proposito, la letteratura dimostra che le classi di età appena superiori al campione analizzato tendono ad uniformarsi nelle preferenze del bere, e le donne sono sempre più inclini al consumo alcolico fino ad eguagliare gli uomini nelle loro scelte.

Dare per scontato, che tra i due sessi, vi siano notevoli differenze sul consumo dei superalcolici può risultare effimero ai fini di un’esatta analisi del fenomeno; i dati analizzati (vedi dati relativi a pub/discoteche e vacanze) confermano quanto siano coniugabili momenti di svago/tempo libero e scelte più permissive, quest’ultime erroneamente considerate come comportamenti maturi da imitare.

Quantità nei consumi e modalità nel bere

Per un’analisi esaustiva sulle dipendenze l’approccio multidisciplinare è il più indicato e va dalla Medicina Sociale, alla Psicologia, dalla Giurisprudenza fino all’Antropologia, una chiave di lettura efficace che tiene conto del tipo di cultura cui appartiene il/i soggetto/i, e ancor più della sub-cultura di riferimento del singolo o del gruppo in esame.

Per quanto riguarda la popolazione italiana adulta, in tema di bevande alcoliche si fa riferimento quasi sempre al vino, magari quello buono, quello fatto da persone che si conoscono, che hanno l’hobby del “fai da te”, oppure quello DOC. in una variegata offerta di pro-

dotti apprezzati anche a livello internazionale.

Tra i giovanissimi, spesso amanti di mode d'oltre oceano o del nord europeo, si riscontrano invece delle preferenze soprattutto per la birra, consumata anche lontana dai pasti.

L'argomento trattato in questo paragrafo verte sul tema della quantità nei consumi e modalità nel bere e qui sotto sono riportati i valori/quantità delle bevande alcoliche (Ashworth, in BMJ, agosto 1997) (Grafico 1).

La Tabella c si riferisce al quesito **“Qual è il tuo abituale consumo giornaliero di vino/birra?”** e i dati riferiti al consumo giornaliero di vino indicano **“1B die”** per il 35%, del campione femminile, mentre nei M è il 23,95% del totale; gli altri dati riferiti al consumo di vino sono poco significativi.

L'abitudine di bere bevande alcoliche durante i pasti non viene meno neanche se si pranza fuori casa: il solito spuntino al bar della scuola, viene facilmente accompagnato da una **“birretta”**, soprat-

tutto se consumato in tarda mattinata, con il dato più indicativo riferito al quesito **“1B die di birra”** che riceve il 25,43% di preferenze dai M ed il 12,57% di preferenze dalle F; anche per i consumi di birra i restanti dati hanno scarsa significatività statistica.

Riguardo alle dosi che superano il $\frac{1}{2}$ L die, si riscontra che nelle F il consumo di vino e birra oltre il quantitativo di $\frac{1}{2}$ L die non supera lo 0,83% per entrambi i tipi bevande, mentre nei M i risultati sono del 4,44% per il vino e del 5,43% per la birra; possiamo affermare che tali consumi arrivano al limite descritto di **“sopra soglia”** e riguarda quei casi riferiti ad un bere problematico.

La risposta che riguarda il **“bevo saltuariamente”** riceve per i maschi il 44,93% dei consensi, mentre il campione femminile fornisce il 72,95% di consensi, superando nel totale delle risposte il 100%; ciò evidenzia ancora una contraddittorietà nel fornire più risposte, forse riconducibile ad un uso abbastanza continuo di bevande alcoliche so-

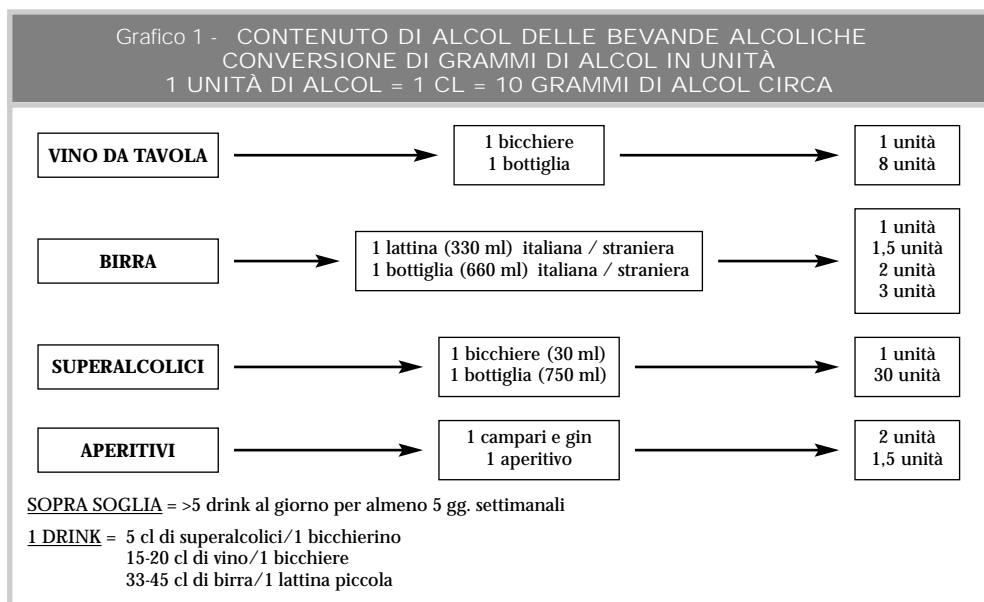


Tabella c - Qual è il tuo abituale consumo giornaliero di vino/birra?

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Vino				
1B die	87	23,95	167	35,00
2B die	34	8,39	17	1,46
1/2 L die	7	1,72	//	//
oltre die	18	4,44	4	0,83
Birra				
1B die	103	25,43	60	12,57
2B die	37	9,13	14	2,93
1/2 L die	9	2,22	//	//
oltre die	22	5,43	4	0,83
Altro				
non risponde	19	4,69	24	5,03
bevo saltuariamente	182	44,93	348	72,95

prattutto durante i pasti, anche se non tutti i giorni.

Di fronte a questa complessità di scelte nei consumi alcolici, emerge chiaramente la necessità di un'analisi con metodologia qualitativa (vedi Marchetti R. 2000-2002-2004) accanto al dato quantitativo.

Quando si parla di dipendenze, che nel caso in esame può interessare un'esigua parte del campione, vi è infatti l'eventualità del verificarsi di possibili reticenze da parte degli intervistati, vuoi per i pregiudizi che accompagnano questo tipo di comportamenti a rischio, e/o il controllo sociale.

Da ribadire che la dipendenza alcolica è una malattia non un vizio, e sotto questo aspetto va affrontata, anche se spesso l'abuso di sostanze è associato all'idea della condanna sociale, dei sensi di colpa, della microcriminalità, della devianza.

Quest'erronea valutazione del fenomeno delle dipendenze non dà spazio al "concetto di malattia", nonostante le indicazioni presenti nel DSM IV, e i riferimenti fatti dalla stessa OMS.

Fatta questa breve premessa, il nostro campione è composto da un'alta percentuale di non bevitori abituali, e solitamente non particolarmente interessato al consumo dei super alcolici.

I dati del quesito della Tabella d "**Qual è il tuo abituale consumo giornaliero di super-alcolici?**" esprimono con il 35,55% dei M e ben il 51,25% delle F il "non-consumo" di bevande ad alta gradazione; per quanto riguarda "l'uso saltuario", i dati si attestano al 37,03% per i M e al 28,30% per le F; ed infine un altro dato significativo correlato a momenti di svago risulta dall'indicazione del "fine settimana" con 24,19% di adesioni dei M ed il 17,19% di consensi delle F.

Questa riduzione dei consumi nei superalcolici è probabile, perché l'inizio di condotte alcoliche avviene di solito in fasce di età superiori a quelle degli intervistati, anche se ultimamente questo fenomeno tende sempre più ad interessare fasce di età più giovanili. Gli altri dati sono statisticamente poco significativi.

Tabella d - Qual è il tuo abituale consumo giornaliero di super-alcologici?

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Non bevo superalcolici	144	35,55	244	51,25
1 bic.no die	20	4,93	4	0,83
2 bic.ni die	7	1,72	5	1,04
Saltuariamente	150	37,03	135	28,30
La mattina	//	//	//	//
Fine settimana	98	24,19	82	17,19
Altro				
non risponde	9	2,21	14	2,93

Valori e comportamenti nei consumi alcolici

Si riscontra una mancanza di conoscenze specifiche sui problemi che l'abuso alcolico può produrre all'organismo, soprattutto ad individui in età adolescenziale/giovanile. L'abbassamento dell'età media al primo approccio con le bevande alcoliche, i notevoli cambiamenti nell'interpretazione del concetto dell'uso/abuso, correlati alla particolarità del momento evolutivo che attraversa l'età giovanile, rendono particolarmente necessari interventi mirati di Educazione alla Salute, presso la scuola, su sostanze assuefative, ed in particolare l'alcool.

In quest'ultima parte del nostro intervento (tramite il questionario sottoposto ai ragazzi) era nostra intenzione evidenziare la dimensione del rapporto alcol-giovani e il proliferare di abitudini e comportamenti devianti anche se socialmente accettati e condivisi.

In questa fascia d'età, i ragazzi poco più che adolescenti e facilmente soggetti all'influenza di mode e comportamenti a rischio, proposti questi senza alcun controllo, si riscontra un'alta percentuale di coloro che vi aderiscono, spesso a causa della vulnerabilità della loro gioventù.

La Tabella e tratta del tema **Cosa è significativo per te iniziare a bere vino/birra?**

In Italia, il vino rappresenta nettamente quest'appartenenza "all'alimentazione"; a dimostrazione di questo, i giovani intervistati lo affermano con un'elevata percentuale (il 61,48% per i M ed il 49,05% per le F), anche se la birra è sempre più associata ai momenti di convivialità, soprattutto tra le giovani generazioni.

Di minore consistenza numerica, ma estremamente significative dal punto di vista sociologico, sono le preferenze che indicano: "virilità/autodeterminazione", con il 12,83% per i M e solo il 6,28% per le F; e quella riferita al "desiderio di far parte di un mondo adulto" con il 12,83% indicato dai M, ed il 16,35% preferito dalle F.

Due indicatori, questi, spesso correlati a riti d'iniziazione che possono verificarsi nel gruppo dei pari, quando si sta tutti insieme; oppure in famiglia, durante feste o ricorrenze, quando il gruppo familiare pensa che sia arrivato il momento di consentire l'assunzione di bevande alcoliche, fino a quel momento riservate solo i grandi.

Questa è la fase in cui si entra a far parte del mondo adulto, con l'inizio dell'abitudine a bere alcolici, fino ad allora

Tabella e - Cosa è significato per te iniziare a bere vino/birra?

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Desiderio di far parte del mondo adulto	52	12,83	78	16,35
Esprimere virilità (per i maschi)	52	12,83	30	6,28
Autodeterminazione (per le femmine)				
Imitazione comportamento genitoriale	22	5,43	42	8,80
Fa parte dell'alimentazione	249	61,48	243	49,05
Altro				
non bevo	6	1,48	20	4,19
non risponde	40	9,87	84	17,61

negata a chi era considerato “piccolo”. Pochi consensi riceve il quesito, “l’imitazione comportamentale genitoriale” che pone l’accento sui rapporti tra generazioni (per i M 5,43%, per le F 8,80% del totale delle preferenze).

I dati evidenziano che, per quel che riguarda l’aspetto imitativo comportamentale correlato al consumo alcolico, esso non è molto presente nel campione; ciò può significare che questi giovani, nella maggior parte dei casi, non provengono da famiglie dove è presente l’alcool-dipendenza.

La disomogeneità di preferenze riservate ai vari indicatori da parte dei due ses-

si evidenziano non solo un diverso modo di bere i super-alcolici correlato ad elementi culturali che differenziano i comportamenti tra maschi e femmine, ma soprattutto un diverso orientamento nei gusti ed un diverso modo di proporsi, come analizzato nella sottostante tabella (Tabella f) **Cosa è significato per te iniziare a bere super-alcolici?**

Indipendentemente delle percentuali delle preferenze che indicano di non “gradire i super-alcolici” (M 17,53% e F 36,68%) e l’esigua percentuale che invece dice “mai bevuti” (5,92% nei M e 9,01% nelle F), dobbiamo registrare due risposte che possono avere una chiave di

Tabella f - Cosa è significato per te iniziare a bere super-alcolici?

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Non li gradisco	71	17,53	175	36,68
Mai bevuti	24	5,92	43	9,01
Trasgressione alle regole	89	21,97	114	23,89
Un modo di bere adulto	151	37,28	89	18,65
Altro				
non risponde	54	13,33	59	12,36
li gradisco	31	7,65	13	2,72

lettura correlata alla contestazione. Sto parlando dell'indicatore "trasgressione alle regole" che vede in prima linea le giovani donne con un nutrito 23,89% circa, come a voler dimostrare una condizione di indipendenza da schemi prefissati, ed un altrettanto nutrito numero di M con il 21,97% dei consensi.

"L'alcool è usato (dalle donne alcoliste ndr.) come mezzo per accettare un ruolo che si rifiuta, compiendo nel contempo un'azione che ribadisce l'insubordinazione" (Corretti et. Coll. 1985).

Per le giovanissime, bere alcolici ad alta gradazione esprime un modo di identificarsi con la forza virile, di supremazia, che l'immaginario collettivo ha correlato alla posizione dominante di "leadership". Questa competitività di genere sussiste perché nel mondo moderno, sopravvivono consuetudini che evidenziano le disuguaglianze tra i sessi.

Pur constatando che nel nostro ordinamento giuridico è presente una normativa effettivamente paritaria, questa poi non si traduce in un'equivalente parità sociale, ma si concretizza in un'alternanza di riconoscimenti/disconoscimenti secondo le circostanze ed i contesti; una dissonanza tra intenti e applicazioni che si coniuga perfettamente con una persistente disuguaglianza culturale, che relega i diritti femminili nel dimenticatoio.

In quest'ottica, dove sopravvivono stereotipi arcaici, s'inserisce per molte donne l'abuso alcolico inteso come espressione di rivincita, che poi per molte può tradursi in dipendenza vera e propria.

Stesso dicasi per i giovani che sono convinti di coniugare l'assunzione di superalcolici con una condizione adulta; questa è in realtà una scappatoia che dà l'illusoria certezza di essere finalmente adulti. Più verisimilmente questo può

rappresentare un pericolo per consumi più elevati che a lungo andare potrebbero sfociare in una vera e propria dipendenza.

Anche i valori riferiti al "non risponde", indicano forse una certa reticenza in tema di iniziazione al consumo alcolico, verificata in entrambi i sessi con valori per i M del 13,33% e per quanto riguarda le F pari al 12,36%.

È il momento in cui si affronta il salto quotidiano nelle scelte dei consumi, soprattutto se queste vengono fatte fuori dal contesto familiare, dove sfuma la possibilità di moderazione o autocontrollo su possibili abusi.

Vi è dunque una connessione tra aspetti sociali e cultura del bere soprattutto a livello giovanile; al contempo, sono presenti forti e determinanti implicazioni psicologiche che influenzano profondamente l'atteggiamento di questi ragazzi nei confronti della bevanda alcolica.

Abusi e problemi alcol-correlati

Il primo effetto procurato dall'ingestione di bevande alcoliche viene inteso come un apporto d'energia, un aumento del proprio tono vitale anche a livello psichico, che spiega anche perché molte persone associno il bere alcolici e i momenti di depressione al bisogno di una sferzata di tonicità che aiuti a ritrovare fiducia in se stessi

Il bere alcolici è definito anche come atto sociale, un modo di comportarsi che si acquisisce nel tempo; a livello macro sociale nel contesto culturale/sociale di appartenenza, a livello micro-sociale nella propria famiglia/gruppo dei pari. Questo non vuol dire dedizione all'abuso alcolico, in quanto il consumo di alcolici fa parte della nostra cultura; mentre uno degli elementi motivazionali che possono favorire l'abuso alcolico va iden-

tificato in un *“sentimento di rischiosità, sia sul piano organico che sociale, sentimento che assume connotazioni emotive gratificanti. Pare infatti che un tale tipo di sentimento sia fortemente rassicurante, a livello profondo, della propria virilità”* (Trentini, 1970).

Bere bevande a forte gradazione alcolica è correlabile ad un'immagine di Sé apparentemente forte, che dà sicurezza, dimostrando disponibilità verso l'alterità, l'inconsueto, le forti emozioni; non a caso l'ebbrezza ha sempre avuto una sua collocazione nelle religioni primitive che nel suo significato esprime il contatto con il proprio Dio in un mondo di estasi.

Qui però va fatta una distinzione fondamentale: l'immagine del ricongiungimento con la divinità delle religioni cosiddette pagane ha di per sé un valore essenzialmente mistico; al contrario, lo stato di ebbrezza procurato dall'ubriacatura è correlabile essenzialmente ad una distorta immagine del Sé ed una bassa autostima.

Non a caso, il potere inebriante dell'alcool allenta anche le difese caratteriali dell'individuo mettendo a nudo la propria personalità privata dell'autocontrollo e il ridimensionamento del SuperIo *“Normalmente tale istanza è percepita come minacciosa, punitiva, pericolosa, rigidamente bloccata di fronte al suo compito normativo...L'alcool ridimensiona, minimizzandolo, il Principio d'Autorità, nella percezione e quindi nella dinamica del soggetto, attenuando in maggiore o minore misura le connotazioni suddette”* (ibidem).

Ma vi è un'ulteriore aspetto: molti si avvicinano all'abuso alcolico con l'insorgenza di condizioni depressive, distruttive con componenti di tipo regressivo, il ripiegamento su se stessi, la fuga nella passività e nella dipendenza alcolica. Il comportamento dell'etilista sotto la spinta del craving è quello di frequenti

bevute fuori pasto; egli ne giustifica l'assunzione adducendo che esse fanno parte delle proprie abitudini, non rinunciando mai all'ultimo bicchiere ancora da ingurgitare. In questo suo bighellonare, l'alcolista spesso si accompagna a forti bevitori o etilisti.

La soluzione del problema, sempre più attuale nella gravità delle sue manifestazioni, non è la severità, ma un maggiore ascolto dei problemi che affliggono i giovani e questo per prevenire l'adozione di modelli tipici dell'abuso.

Ciò che si ritiene fondamentale è la prevenzione e l'informazione anche con l'adozione di politiche sociali ad hoc, prima che si manifestino situazioni di disagio giovanile e l'evolversi di comportamenti devianti.

L'alcolismo va inteso come un disturbo familiare, per questo tutti i membri della famiglia sono condizionati dall'alcolismo del congiunto; nella Tabella g alla domanda **Nella tua famiglia si sono verificati casi di alcolismo?** il campione esaminato risponde a maggioranza con un “mai” (69,62% dei M e 74,21% delle F).

Questi indici non debbono indurre a sottovalutare le percentuali che riguardano i casi di “alcolismo conclamato – si”, che se sommati tra loro danno un totale del 13,71 per i M e del 14,63 per le F; un discreto tasso di alcolismo presente nella famiglia allargata, un elemento da non sottovalutare nell'analisi complessiva dei dati.

Tra le risposte precostituite il “non lo so” raggiunge il 16,29% nei M ed il 12,15% nelle F. Queste risposte sono dovute a reticenze o mancata conoscenza da parte dei ragazzi su possibili casi di alcolismo tra la parentela?

Da non ignorare il comportamento all'insegna della negazione del problema da parte di tutti i componenti la fami-

Tabella g - Nella tua famiglia si sono verificati casi di alcolismo?

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
Non lo so	66	16,29	58	12,15
Mai	282	69,62	354	74,21
Si:				
padre	4	0,98	6	1,25
madre	3	0,74	2	0,41
fratelli	4	0,98	2	0,41
sorelle	1	0,24	2	0,41
nonni	27	6,66	27	5,66
zii	16	3,95	31	6,49
Altro				
non risponde	9	2,22	3	0,62

glia alcolista, che tende a chiudersi al suo interno perché assillata dai sensi di colpa e dalla vergogna, vivendo in solitudine il dramma familiare, spesso senza chiedere aiuto, anzi rimuovendone anche l'evidenza.

Questa è la chiave di lettura da utilizzare forse per alcune delle risposte del "non risponde", nonostante le basse percentuali con indici, che per i M sono del 2,22% e per le F solo lo 0,62%; questo non vuol dire che tutti i casi siano da interpretarsi con un alcolismo sommerso, ma l'eventualità dell'esistenza di possibili situazioni di etilismo

non dichiarato e/o occultato è possibile.

La giovane età del campione, la negazione che accompagna l'alcool-dipendenza, le differenti generazioni presenti nella famiglia estesa, un'errata valutazione dell'entità della dipendenza, una medicalizzazione di eventuali patologie alcool-correlate, ecc., sono una sommatoria che dovrà essere presente nella discussione dell'argomento, anche se questo non traspare con evidenza dai numeri ottenuti.

La Tabella h, **Hai amici che abusano di bevande alcoliche?**, indica in percen-

Tabella h - Hai amici che abusano di bevande alcoliche?

	<i>M. valori assoluti</i>	<i>M. valori relativi</i>	<i>F. valori assoluti</i>	<i>F. valori relativi</i>
No	60	14,81	118	24,23
Compagni di scuola	103	25,43	68	14,25
Partner	16	3,95	8	1,67
Gruppo dei pari	100	24,69	62	12,99
Amici occasionali	176	43,45	167	35,00
Altro				
non risponde	57	14,07	83	17,40

tuale le abitudini alcoliche riferite alla cerchia di amici di cui si fa parte, considerando che le risposte sono perlopiù riferite a compagni e/o amici appartenenti al gruppo dei pari di per sé eterogeneo; gli/le amici/e su cui contare e confidarsi, anche se questi acquistano valenze diverse secondo il/i ruolo/i che hanno rispetto all'intervistato.

I dati riferiti a "compagni di scuola" (M 25,43% e F 14,25%) sono simili nella loro validità indicativa a quelli che riguardano i risultati su "gruppo dei pari" con il 24,69% dei M ed il 12,99% delle F.

Questa similitudine dei dati è probabilmente scaturita dal fatto che ai due gruppi potrebbero appartenere le stesse persone.

Questa omogeneità nei risultati differisce totalmente quando le risposte sugli abusi riguardano il "partner"; qui subentra sicuramente l'aspetto sentimentale spesso indulgente verso chi si ama e quindi non del tutto veritiero ai fini della ricerca (3,95% nei M e solo l'1,67% nelle F); quest'ultimo dato, come abbiamo già detto, forse non corrisponde alla realtà che indica nelle ragazze un maggior abuso alcolico, anche se le percentuali tra i sessi si stanno allineando sempre più.

Va comunque sottolineata l'alta per-

centuale che fa riferimento all'eccessivo consumo degli "amici occasionali", che inseguono la logica della trasgressione con un 43,45% per i M ed il 35% per le F.

Da sottolineare le differenze tra le percentuali dei dati sopra analizzati riguardanti le persone più vicine affettivamente agli intervistati e queste ultime, che interpretano al meglio (perché libera l'intervistato/a dalla reticenza) la realtà sugli abusi alcolici riguardo ai giovani, ma anche ai giovanissimi.

Nel passare all'analisi dei dati presentati nella Tabella i, "**quali danni produce all'organismo l'abuso di alcolici?**", occorre distinguere il bere controllato, che non determina danni psico-fisici e non deteriora il comportamento sociale dell'individuo dall'alcolismo vero e proprio.

Non è ad esempio sufficiente che saltuariamente ci si ubriachi, per poter concludere che la persona in questione è un alcolista; molto dipende dalla quantità di alcool che normalmente si consuma e dalla ripetitività dell'assunzione nell'arco delle 24h.

Se i consumi superano la quantità stabilita come sopra-soglia (vedi schema pag. 105), si può ipotizzare la presenza di un bere eccessivo e conseguentemente la comparsa di disturbi causati

Tabella i - Sai quali danni produce all'organismo l'abuso di alcolici?

	M. valori assoluti	M. valori relativi	F. valori assoluti	F. valori relativi
Nessun problema	17	4,19	2	0,41
Epatici	242	59,75	329	68,87
Neuro-psichiatrici	176	43,45	280	58,70
Cardio-circolatori-metabolici	237	58,51	307	64,36
Altro				
non risponde	9	2,22	4	0,83
non lo so	2	0,49	7	1,46

dalle proprietà tossiche dell'alcool e la comparsa del craving.

Esistono delle differenze individuali (sia in rapporto al genere, che all'età, così pure in base al peso corporeo del soggetto) o nella tolleranza all'alcool e ancor più nelle modalità di assunzione che consigliano una certa prudenza.

I giovani d'oggi sono dunque informati?

Le risposte fornite dal campione evidenziano quanto esso nella sua moltitudine sia informato sulle patologie alcool-correlate; nei ragazzi interpellati si denota un'elevata correttezza nel rispondere ed un efficace spirito di osservazione ed intuizione.

Oltre la metà degli intervistati indica perfettamente le patologie più ricorrenti nei casi di etilismo, rispondendo a: "epatici" (per i M il 59,75% e le F il 68,87%); "neuro-psichiatrici" (per i M il 43,45% e per le F il 58,70%); ed infine "cardio-circolatori e metabolici" (il 58,51% dei M ed il 64,36% delle F).

Altro dato interessante dal punto di vista strettamente statistico per l'aspetto negativo che riveste, riguarda la risposta "nessun problema", indicato dai M con il 4,19% delle preferenze, mentre le F con solo lo 0,41% del totale; il resto dei dati ha poca valenza sul risultato della ricerca.

Tornando a quest'ultime indicazioni, non bisogna farsi ingannare dall'esiguità del campione che non da nessuna rilevanza all'aspetto clinico dell'alcolismo.

Esso potrebbe essere solo la punta di un iceberg di massicci ai consumi alcolici, anche se essi non sono ancora riscontrabili in relazione a una morbilità ben specifica riferita a patologie alcool-correlate, visto che il campione nella sua totalità appartiene ad una fascia di età estremamente giovane.

Discussione

L'indagine conoscitiva sugli atteggiamenti che i giovani hanno verso il consumo di alcolici si è svolta nell'ottica di esplorare ed individuare le tendenze presenti tra la popolazione giovanile in ambito scolastico; la ricerca si è svolta presso le sedi delle scuole frequentate da questi ragazzi.

In considerazione della complessità del fenomeno, il criterio prescelto è stato quello d'inserire nello studio anche quelle condotte o comportamenti che i ragazzi adottano verso possibili abusi, senza limitarsi al solo dato quantitativo riferito ai consumi.

Importante è il ruolo svolto dalla famiglia, l'iniziazione al consumo di bevande alcoliche è per entrambi i sessi vissuta quasi all'unanimità tra le mura domestiche. Così pure la funzione svolta dal gruppo dei pari, correlata al "sentimento del noi, quello che unisce", con cui si sono fatte le prime esperienze, alcune anche trasgressive.

L'adesione al gruppo, si traduce in un elevato senso di identificazione e di lealtà verso gli altri componenti, oltre che conformità alle norme, ai valori, allo stile di vita del gruppo stesso.

L'inserimento del giovane nel gruppo esercita un enorme peso sulle condotte circa il consumo alcolico, che può assumere carattere socializzante.

I dati riguardanti la ricerca possono considerarsi comunque confortanti, in quanto il consumo di alcolici a bassa gradazione, le cui dosi possono quantificarsi a quelle di un bere moderato, interessa circa il 50% dell'intero campione. Si riscontra invece un diverso significato tra il bere alcool a bassa gradazione, che su indicazione dei ragazzi fa parte dell'alimentazione ed il bere superalcolici correlato a: trasgressione/mondo adul-

to, come riportato nelle tabelle sopra indicate (Tabelle e-f).

Secondo i diversi enclave culturali, vi sono inoltre diversi gradi di giudizio sul consumo degli alcolici: in quelli più restrittivi si ritiene abuso anche il solo stato di alterazione euforica, mentre in altri più permissivi ci si riferisce esclusivamente all'ubriacatura, se non alla sola dipendenza.

Per quanto riguarda i super alcolici, il consumo è alquanto contenuto, in questo caso va considerata la giovane età del campione analizzato.

Ancora, per quanto riguarda i casi di un possibile alcolismo in famiglia, le percentuali di entrambi i sessi presentano dati ridotti, anche se il sospetto che qualcuno abbia optato per una negazione del problema per vergogna e/o timore, è presente nell'analisi sociologica.

Le rilevazioni di questa ricerca si attengono comunque al consumo di giovani che ancora frequentano la scuola superiore, e tra loro, possiamo dire, che è difficile trovare già chi ha sviluppato la dipendenza alcolica, mentre è facile individuare quei comportamenti di soggetti a rischio con episodi di eccedenza nei consumi, sebbene solitamente nei fine settimana.

Sulla possibilità di avere degli amici che abusano di alcool, entrambi i sessi indicano come "amici occasionali" coloro che effettivamente ne abusano.

Dai dati riguardanti l'informazione sulle patologie alcool-correlate si deduce

infine che vi è una diffusa conoscenza del fenomeno.

Conclusioni

Nel trarre delle conclusioni, possiamo confermare la presenza di una certa limitazione nei consumi dei giovani, anche in relazione alla loro giovane età ed inesperienza nei confronti di comportamenti di abuso.

Nelle famiglie degli intervistati si beve moderatamente soprattutto durante i pasti; questo non nega la presenza di alcuni segni di insofferenza alle regole, che cominciano a fare capolino tra le preferenze.

Comunque l'intero campione è abbastanza informato sulle possibili patologie alcool-correlate che possono manifestarsi a lungo andare quando l'eccedenza diventa una condotta di vita, di qui l'efficacia di azioni di informazione sul problema dell'alcol-dipendenza, perché si possono così affrontare tematiche che spesso in ambito scolastico vengono sottaciute e/o ignorate.

Da quanto emerso, possiamo tratteggiare un profilo sui giovani intervistati, che in larga misura tendono a mantenere i loro consumi alcolici abbastanza sotto soglia, salvo rare eccezioni di abuso, che vanno considerati soprattutto come consumi eccedenti occasionali, oppure in situazioni di esclusione, solitudine, negazione, sconfitta.

Bibliografia

AA.VV. Tabagismo: Clinica e prevenzione. In Sicurezza Sociale, Riv. n°8, 2002 Firenze: Regione Toscana

Arnao G. La droga perfetta. Milano: Feltrinelli, 1983

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. In Psychological Review, 1977

- Bandura A. Autoefficacia: teoria e applicazioni. Trento: Erickson, 2000
- Bateson G. Verso un'ecologia della mente. Milano: Adelphi, 1976
- Bettelheim B. Un genitore quasi perfetto. Milano: Universale economica Feltrinelli, 1998
- Bonino S. Ragazzi contro. Il rischio nell'adolescenza: le condotte antisociali e devianti, In Riv. Psicologia contemporanea n° 155, 1999, Milano
- Brown S, Beletsis S, Cermak T. Adult children of alcoholics in treatment. Ed. Orlando, FL, Health communications 1989
- Brown S. Alcolismo, terapia multidimensionale e recupero. Trento: Erickson, 1997
- Blumir G. Marijuana. Torino: Einaudi Tascabili, 2002
- Coretti A. et coll. Alcolismo, fenomeno e cura. Roma: Citta Nuova, 1985
- Cottarelli J. Social networks and social influences in adolescence. London/New York: Routledge, 1996
- Dettore D. Il disturbo ossessivo-compulsivo. Milano: Psicologia McGraw-Hill, 2003
- Di Maria F, Lo Verso G. (a cura di) La psicodinamica dei gruppi. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1995
- Erikson EH. Gioventù e crisi d'identità. Roma: Armando Editore, 1995
- Fox R. Children in the alcoholic family. In W. C. Bier Problem in addiction. New York, 1962
- Fizzotti E. Teppisti per noia? La nuova violenza delle baby gang. Roma: LAS, 2003
- Giorgetti R. Legislazione e organizzazione del SSN. Rieti: Maggiolini Editore, 2001
- Kaufman E, Kaufman P. Family therapy of drug and alcohol abuse. Needham Heights, MA, 1992 Allyn & Bacon
- Kohut H. Narcisismo e analisi del Sé. Torino: Bollati Boringhieri, 2001
- Kohut H. La guarigione del Sé. Torino: Bollati Boringhieri, 1987
- Maggiolini A, Riva E. Adolescenti trasgressivi. Le azioni devianti e le risposte degli adulti. Milano: Franco Angeli, 1998
- Minuchin S. Famiglie e terapia della famiglia. Roma: Astrolabio, 1976
- Minuchin S. Quando la famiglia guarisce. Milano: Rizzoli, 1993
- Marchetti R. Vivere con il genitore alcolista: quale dialogo? Atti Congresso Nazionale ISS, Roma, 2000
- Marchetti R. Giovani e alcool: interventi di Educazione alla salute nelle scuole Congresso Nazionale ISS, Roma, 2001
- Marchetti R. Abusi alcolici: una possibile cultura del rischio tra i giovani. Difesa Sociale 2004 n. 1 Roma: IIMS
- Marchetti R. La famiglia alcolista ed il suo interno Atti Congresso Nazionale ISS 2002, Roma
- Marchetti R La famiglia alcolista e l'episodio della ricaduta. Difesa Sociale 2004 n.2. Roma: IIMS
- Maslow A. Motivazione e personalità. Roma: Armando editore, 1996
- Mendelson JH, Mello NK. The diagnosis and treatment of alcoholism. New York: McGrawHill, 1985
- Miller WR, Rollnick B. Il colloquio motivazionale. Trento: Erikson, 1994
- Nicoletti WE. Argomenti di Medicina Sociale. Roma: Lombardo editore, 1990
- Olievenstein C. Droga. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2001
- Polmonari A. Adolescenti e devianza: la gestione collettiva della reputazione. Bologna: Il Mulino, 2000
- Rollinick S, Mason P, Butler C. Cambiare stili di vita non salutari. Trento: Erikson
- Sidoti F. Introduzione alla Sociologia della Devianza. Milano: SEAM, 1999
- Steinglass P, Bennett L, Wolin S, Reiss D. The alcoholic family. New York: Basic Books, 1987
- Trentini CG, Carli R. Approccio psicosociale alla dinamica degli atteggiamenti nei confronti delle bevande alcoliche. Contrib. Ist. Psicologia, Roma, 1970
- Zoppi G, Bressan F. Alcool e adolescenti. Latina: Acta pediatrica, 1985

Tecnopatie in ambiente ospedaliero

Limitazioni e patologie occupazionali nei dipendenti di un'azienda ospedaliera di rilievo nazionale e alta specializzazione sottoposti a sorveglianza sanitaria ai sensi del D.Lgs. n. 626/94 nell'ultimo triennio

Giuseppe Rosato¹ - **Vincenzo Castaldo**² - **Armando Masucci**³ - **Silvia S.A.Presta**⁴ - **Giuseppe Perrella**⁴

¹ Direttore Generale A.O.R.N.A.S. "San Giuseppe Moscati", Avellino

² Direttore Sanitario A.O.R.N.A.S. "San Giuseppe Moscati", Avellino

³ Direttore Struttura Complessa "Medicina Preventiva, Igiene Ambientale e Radioprotezione", A.O.R.N.A.S. "San Giuseppe Moscati" Avellino

⁴ Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

Summary

Occupational diseases within hospitals.

Limitations and occupational pathologies affecting the employees of a highly specialized hospital authority having national relevance (A.O.R.N.A.S.) who have been subjected to health supervision during the last three years in pursuance of law 626/94.

The hospital, a place of treatment, is also a working place, where workers may be exposed to a variety of risks. The authors have studied the prevalence of occupational pathologies in three Operating Units (U.O.) of an A.O.R.N.A.S. The study pointed to a prevalence of osteoarticular pathologies determined by working factors and life styles. The authors stress the relevance of preventive measures with a view to reducing risks (health supervision by the Competent Physician, technical and organizational measures; training and information programs).

Riassunto

L'Ospedale, luogo di cura, è anche sede lavorativa, in cui i lavoratori possono essere esposti a rischi diversi. Gli Autori hanno studiato la prevalenza delle patologie occupazionali in 3 UU.OO. di un'A.O.R.N.A.S. Si è evidenziata una prevalenza elevata di patologie osteoarticolari, sul cui determinismo agiscono fattori lavorativi e stili di vita. Gli Autori sottolineano la rilevanza delle misure preventive per la riduzione dei rischi (sorveglianza sanitaria da parte del Medico Competente; misure tecniche e organizzative; programmi di formazione e informazione).

Keywords: *medical subjects.*

Parole chiave: *argomenti di medicina.*

Introduzione

L'Ospedale, da sempre destinato alla cura e al ricovero dei malati, è anche sede lavorativa in cui i lavoratori posso-

no essere esposti a diversi rischi.

Pur nella necessità di garantire le prestazioni sanitarie e la tutela della salute della popolazione, è indispensabile anche la tutela della salute dell'operatore

sanitario soprattutto alla luce del D.Lgs. 626/94 e s.m.i.¹, che prescrive proprio misure per la salute e per la sicurezza dei lavoratori durante il lavoro, in tutti i settori di attività privati o pubblici.

L'obiettivo dello studio è valutare la prevalenza delle diverse patologie occupazionali in alcune UU.OO. di un'A.O.R.N.A.S. e suggerire misure preventive finalizzate alla minimizzazione dei rischi lavorativi.

Materiali e Metodi

Il totale dei dipendenti dell'A.O.R.N.A.S. "San Giuseppe Moscati" di Avellino, al 1° Settembre 2006, raggiunge le 1696 unità.

Il campione di studio è costituito da 151 operatori sanitari appartenenti a tre UU.OO.

- Ortopedia (33 operatori)
- Pronto Soccorso (47 operatori)
- Cardiologia (71 operatori)

Nelle suddette Unità svolgono la loro attività operatori esposti ad alcuni dei principali rischi presenti in ambito nosocomiale (movimentazione manuale dei pazienti, rischio biologico, rischio chimico).

Il materiale esaminato è costituito dalle cartelle sanitarie e di rischio compilate in seguito a Sorveglianza Sanitaria obbligatoria a norma di legge effettuata negli anni 2003-2006.

Di ogni dipendente sono stati raccolti i seguenti dati:

- sesso
- età
- anzianità lavorativa
- qualifica

- abitudine al fumo di sigaretta (> 10/die)

- indice di massa corporea o BMI (> 25)

- svolgimento di regolare attività fisica.

La convocazione alla visita medica prevista per la sorveglianza sanitaria viene effettuata con periodicità variabile in base alla valutazione dei rischi professionali legati alle mansioni specifiche dei dipendenti.

Viene creato un "planning" sul quale, mese per mese, sono elencati i dipendenti che dovranno essere convocati a visita.

I protocolli utilizzati per la Sorveglianza Sanitaria dei dipendenti riportano, come da prassi, i rischi specifici della mansione svolta, i pertinenti riferimenti normativi, la specifica delle visite mediche e la loro periodicità, i provvedimenti sanitari di cui si consiglia l'adozione e, in ultimo, il programma di vaccinazione consigliato e previsto (Masucci, 2002).

Risultati

Si riportano complessivamente i dati relativi agli operatori idonei con prescrizione/limitazione nelle tre UU.OO. considerate, nella Tabella 1.

Discussione

Il numero di idoneità con limitazioni/prescrizioni nelle UU.OO. considerate (20 su 151 dipendenti) appare adeguato per trarre alcune interessanti considerazioni.

¹ Con le modifiche ed integrazioni apportate dal D. Lgs. 19 Marzo 1996 n° 242

Tabella 1 - Dati relativi agli operatori idonei con limit./prescr.

Unità Operativa	Idonei con limit./prescr.	Età media	Anz. lav. media	Fumo di sig. >10/die	BMI >25	Attiv. fisica reg.	Patologia occupazionale di maggiore prevalenza
Ortopedia	5/33 (15,1%)	53,4	26,6	3	3	2	Patologia osteoarticolare 3 (60%)
Pronto soccorso	9/47 (19,1%)	55,5	26,7	7	3	4	Patologia osteoarticolare 4 (44%)
Cardiologia	6/71 (8,4%)	48,1	19,1	4	4	4	Patologia osteoarticolare 2 (33%)
Totale	20 (15,2%)	52,3	24,1	14	10	10	9 (45%)

Si nota che la patologia osteo-articolare ha un ruolo di primaria importanza nella patologia occupazionale complessiva dell'ambito ospedaliero considerato.

Tale patologia è tra le principali cause d'invalidità delle popolazioni di età medio-avanzata nei paesi a maggiore evoluzione socio-economica (ISTAT, 2003).

Numerosi sono i fattori di rischio chiamati in causa nella patogenesi anche se non è esattamente stimato il peso di ciascuno di essi (Folletti et al, 2005).

L'età è sicuramente un fattore determinante: col suo incremento si assiste a un progressivo aumento della patologia.

La letteratura indica che lo svolgimento di un'attività fisica regolare è un fattore protettivo nel determinismo della patologia.

Il sovrappeso (BMI > 25) e la franca obesità incrementano il rischio in entrambi i sessi, verosimilmente per il maggiore carico sulle articolazioni e anche il fumo di sigaretta esplicherebbe un'azione favorente.

A livello lavorativo, molte ricerche hanno dimostrato un alto rischio di patologia osteoarticolare in lavoratori impegnati in attività manuali o in situazioni antiergonomiche o esposti a vibrazioni meccaniche (Corona et al, 2005).

Nell'ambito delle UU.OO. prese in considerazione si può osservare che il Pron-

to Soccorso è quello in cui più alta è la percentuale di idoneità con limitazioni/prescrizioni.

Ciò può essere ascrivibile al fatto che in tale U.O. agirebbero in maniera sinergica diversi fattori di rischio lavorativo presenti in ospedale: in primis la movimentazione di pazienti scarsamente o per nulla collaboranti e l'esposizione ad agenti biologici durante procedure d'urgenza su pazienti agitati.

Tuttavia è in Ortopedia che si rileva la più alta percentuale di idoneità con limitazioni/prescrizioni per patologia osteoarticolare: ben tre dipendenti su cinque, tra gli idonei con limitazione/prescrizione hanno ricevuto un giudizio correlato a tale patologia.

Ciò può essere ricondotto all'elevato numero di operazioni manuali (sollevamento, trascinarsi, traslazione dal letto alla carrozzella e viceversa etc.) eseguiti dal personale su pazienti scarsamente collaboranti o non deambulanti (Menoni et al, 1999).

Viceversa, in cardiologia, c'è la più bassa percentuale di idoneità con limitazioni/prescrizioni (solo l'8,4%) e incide relativamente poco la patologia osteoarticolare (per il 33%), per motivi sostanzialmente opposti a quelli ricordati per le altre due UU.OO.

Dall'analisi dei dati relativi alle singole UU.OO. si può anche osservare che i soggetti affetti da patologia osteoarticolare mostrano la presenza contemporanea di due o anche tutti e tre i fattori considerati, in quanto concausali per il determinismo delle patologie osteoarticolari (fumo, sovrappeso, sedentarietà).

Complessivamente, nelle tre UU.OO., gli idonei con limitazioni/prescrizioni ammontano al 15,2%, valore leggermente inferiore alla percentuale rilevata sui dipendenti aziendali nel complesso (21,9 %), ma colpisce il dato per cui ben il 45% (9 su 20) delle limitazioni/prescrizioni sono legate alla presenza di una patologia osteoarticolare.

Conclusioni

Considerata la ridotta efficacia delle terapie disponibili per la patologia osteoarticolare, grande attenzione deve essere riservata alla ricerca di strategie preventive che agiscano sui fattori di rischio rappresentati dalla attività lavorativa, dalla dieta, dall'attività fisica, dall'obesità, dai traumi reiterati delle articolazioni.

Per quanto riguarda il ruolo del Medico Competente, la sorveglianza sanitaria istituita ai sensi di legge ha come scopo primario quello di proteggere la salute dei lavoratori dai rischi lavorativi, ma deve essere anche intesa come un importante momento di promozione della salute; pertanto, anche in sede di visite preventive/periodiche il Medico ha la possibilità di suggerire al lavoratore/paziente la correzione di stili di vita inappropriati (iperalimentazione, fumo, sedentarietà).

Il Medico ha inoltre l'opportunità, at-

traverso l'espressione di un giudizio di idoneità alla mansione specifica ponderato ed attento, di evitare al lavoratore l'esposizione reiterata a fattori di rischio per la sua patologia.

Nella nostra indagine si è osservato che una sorveglianza condotta secondo i termini di legge e le linee guida, insieme al senso di responsabilità dei lavoratori (non è mai accaduto che un dipendente non si sottoponesse alla visita e agli accertamenti previsti) possono far ottenere un buon risultato in termini preventivi.

Il Medico ha anche la possibilità di stimolare la piena comprensione degli obiettivi delle misure di prevenzione, sottolineando lo spirito della Legge 626/94 le cui finalità sono esclusivamente rivolte alla tutela dei lavoratori a rischio.

Dal punto di vista della prevenzione "tecnica" e organizzativa, si può attivare un programma che, partendo dalle indicazioni fornite dal Medico Competente, coinvolga tutte le figure istituzionali preposte alla prevenzione, portando all'obiettivo finale della riduzione ai minimi livelli dei rischi per l'apparato osteo-articolare in ambito nosocomiale. Un intervento che appare essenziale in tal senso è quello che può essere effettuato su arredi/attrezzature/ausili: introducendoli se non presenti, o implementandone la disponibilità si potrà limitare il rischio da movimentazione dei pazienti e migliorare la compliance del personale (Poletti et al, 2005; Panciera et al, 1999).

Tra le principali attrezzature utilizzabili a tali scopi ricordiamo:

- letti articolati su ruote a 4 sezioni (3 snodi) con movimento alto-basso e regolazione delle sezioni, realizzati tramite dispositivi elettromeccanici o oleodinamici;

- sollevamatalati a corsetto, con movimento alto-basso e delle basi tramite dispositivo elettromeccanico;
- barelle ad altezza variabile con movimento alto basso realizzato tramite meccanismo oleodinamico azionato a pedali;
- tavole a rulli ad alto scorrimento;
- teli ad alto scorrimento con o senza maniglie.

Si tratta di attrezzature di sicuro impatto sulla riduzione del rischio, ma di costo non trascurabile e spesso di non facile collocazione in ambiti architettonici precostituiti e difficilmente modificabili.

Numerosi dei dispositivi sopraindicati sono già disponibili presso l'Azienda ospedaliera oggetto dello studio; ad ogni piano sono presenti alcuni di essi, che possono essere utilizzati dalle varie UU.OO., a seconda delle contingenti necessità. È prevista una integrazione alla singola U.O. con nuove apparecchiature meglio rispondenti ai continui aggiornamenti in materia tecnologica e normativa e alle necessità d'uso.

Fondamentale appare, inoltre, il programma di formazione-informazione dei lavoratori previsto ai sensi degli artt. 21 e 22 D.Lvo 626/94 e infatti l'Azienda prevede un corso obbligatorio all'assunzione, sui rischi specifici in ambito nosocomiale.

Nel corso di questi incontri si pone attenzione non solo alle regole generali relative alla movimentazione manuale

dei carichi, ma anche alle più frequenti condizioni operative che meritano alcune precise norme comportamentali. I dipendenti vengono pertanto formati su alcune operazioni che saranno particolarmente frequenti nello svolgimento delle loro mansioni, sia sul paziente collaborante (riposizionamento nel letto, traslazione dal letto alla seggiola etc.) che sul paziente non collaborante (rotazione nel letto, spostamento verso il cuscino, traslazione dal letto alla carrozzina, trasferimento dal letto alla barella etc.).

La formazione potrebbe essere anche essa oggetto di miglioramento, prevedendo una lezione teorica di anatomia biomeccanica e una lezione teorica e pratica di ergonomia, nonché un breve corso finalizzato al corretto utilizzo dei dispositivi meccanici di nuova introduzione.

Inoltre è stato recentemente approvato dalla Direzione Generale il Progetto Obiettivo "Adeguamento normativo relativo all'attività di formazione e informazione del personale, ai sensi delle nuove leggi": è prevista l'attivazione di una nuova modalità di formazione e informazione con il coinvolgimento di nuove professionalità, sempre finalizzata alla riduzione degli infortuni e delle malattie professionali e alla realizzazione di azioni volte alla promozione di condizioni di lavoro ottimali in termini di benessere psico-fisico dei lavoratori.

Bibliografia

- Corona G, Amedei F, Piselli F, Padalino MP, Ribaldi S, Franco G. Associazione tra fattori relazionali e organizzativi e insorgenza di patologia muscolo-scheletrica negli operatori sanitari. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 2005; 27 (2): 208-212
- Decreto Legislativo 19 Settembre 1994 n. 626 con le modifiche ed integrazioni apportate dal D. Lvo 19 Marzo 1996 n° 242
- Folletti I, Belardinelli V, Giovannini G, Cresta B, Fabrizi G, Tacconi C, Stopponi R, Ferrari L, Siracusa A. Prevalenza e fattori determinanti delle lombalgie tra i dipendenti dell'ospedale di Terni. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 2005; 27 (3): 359-361
- ISTAT "Annuario statistico 2001". Roma: 2003
- Masucci A. Sorveglianza Sanitaria nelle Aziende Ospedaliere. Roma: Mediprint, 2002
- Menoni O, Ricci MG, Panciera D, Occhipinti E. Valutazione dell'esposizione ad attività di movimentazione manuale dei pazienti nei reparti di degenza: metodi, procedure, indice di esposizione MAPO e criteri di classificazione. *La Medicina del Lavoro*, 1999; 90 (2): 152-172
- Panciera D, Menoni O, Ricci MG, Occhipinti E. Criteri di valutazione nella scelta degli ausili per la movimentazione dei pazienti. *La Medicina del Lavoro*, 1999; 90 (2): 399-411
- Poletti M, Morini G, Farina M, Vezzosi G. Un'esperienza di contenimento del rischio da movimentazione manuale di pazienti in un'azienda sanitaria. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 2005; 2 (2): 205-207

miscellanea

Il bullismo tra i giovani precursore del mobbing adulto? Il percorso in parallelo di due patologie della società contemporanea

Maria Antonietta Pizzichini ¹ - Stefano Giuliodoro ²

¹ Medico, esperto di Promozione della Salute ed Educazione Sanitaria, Ancona

² Educatore Professionale, coordinatore Centro Studi e Documentazione, ASUR Zona 7 di Ancona

Vignette di

Lorenzo Recanatini

Psicologo ASUR zona7 di Ancona

Summary

Is bullying among the young developing into adult mobbing? The parallel analysis of two pathologies of contemporary society.

It's understood that mobbing and bullying are two aspects of the disturbed contemporary world, a sort of "mal de vivre" which affects both young people and adults.

What's the link between a mobber and a bully, between the victim and the one who has been mobbed? Are these troubled people reaching for a sort of limelight which makes them look like tied to each other?

The authors will be investigating the several aspects which connect and separate these two situations of social uneasiness.

Riassunto

È acquisito che mobbing e bullismo sono due possibili facce del disagio presente nella società contemporanea. Un mal di vivere che colpisce ragazzi e uomini. Ci sono legami tra il bullo e il mobber, e tra la vittima e il mobbizzato? A quale protagonismo tendono le persone che vivono queste situazioni di disagio, che potrebbero sembrare coinvolti in un unico abbraccio? Gli AA. riflettono, con una progressione in parallelo, su i vari aspetti che uniscono e allontanano le due situazioni di malessere sociale.

Keywords: *bullying, mobbing, health, comparative analysis.*

Parole chiave: *bullismo, mobbing, salute, analisi comparata.*



“Indubbiamente cattivo è colui, che, abusando del proprio ruolo di potere e di prestigio, commette ingiustizie e violenza a danno dei suoi simili; infinitamente più cattivo è colui che, pur sapendo dell’ingiustizia subita da un suo simile, tacendo, acconsente a che l’ingiustizia venga commessa” (Einstein A, 1981).

Bullying e mobbing sono due fenomeni di cui si parla sempre più frequentemente, sia nelle cronache che nei dibattiti scientifici. Apparentemente simili nelle modalità di espressione e nel provocare un disagio prima di tutto psicologico nelle persone che risultano vittime, stanno entrambi emergendo all’interno rispettivamente del contesto scolastico e lavorativo, facendo nascere la necessità di interpretare le ragioni della prevaricazione e le conseguenze a breve e a lungo termine su chi le “agisce”, su chi le subisce, sul contesto in cui si verificano.

Una definizione

Definizione di bullismo: Traduzione letterale dell’inglese bullying, la parola bullismo denota il fenomeno per cui una persona usa la propria forza o potere per intimidire o danneggiare una persona più debole. In particolare la parola è espressione non di un semplice atteggiamento, ma di una specifica modalità di relazione tra due soggetti: uno più forte che si avvale della propria superiorità per danneggiare l’altro e uno più debole che ne subisce i soprusi senza riuscire a ribellarsi (Olweus, 1993). Mettendo in evidenza la matrice relazionale del fenomeno si possono evidenziare tre aspetti fondamentali:

- il primo riguarda l’intenzionalità del comportamento aggressivo, fisico o verbale, che ha lo scopo di offendere l’altro o di recargli danno o disagio;
- il secondo concerne la persistenza nel tempo dell’azione aggressiva sistemati-

ca poiché, sebbene anche un singolo episodio possa essere considerato una forma di bullismo, l’interazione bullo-vittima, e quindi il fenomeno, è caratterizzato dalla ripetitività di comportamenti prepotenti protratti nel tempo (Besag, 1993).

- il terzo riguarda il tipo di relazione tra aggressore e vittima, che si configura come una relazione di potere asimmetrica, fondata cioè sul disequilibrio e sulla disegualianza di forza tra il bullo che agisce e la vittima che spesso non è in grado di difendersi (Whitney, 1993). Il termine viene generalmente applicato a fenomeni di prevaricazione tra bambini e/o ragazzi soprattutto in ambiente scolastico.

Definizione di mobbing: Il termine “Mobbing” (dall’inglese *to mob* che significa assalire, aggredire, accerchiare qualcuno) deriva dall’etologia: fu Konrad Lorenz (1983), che per primo negli anni ’70 lo conio per descrivere un particolare comportamento di alcune specie animali che circondano un proprio simile e lo assalgono rumorosamente in gruppo, al fine di isolarlo e allontanarlo dal branco. Alla fine degli anni ’80 il termine fu riferito per la prima volta da Leymann (1988) a forme di violenza psicologica sul posto di lavoro e da lui definito come *“una forma di terrorismo psicologico che implica un atteggiamento ostile e non etico, posto in essere in forma sistematica - e non occasionale o episodica - da una o più persone nei confronti di un solo individuo, il quale viene a trovarsi in una condizione indifesa e fatta oggetto di una serie di iniziative vessatorie e persecutorie. A causa dell’alta frequenza e della lunga durata del comportamento ostile, questa forma di maltrattamento causa considerevoli sofferenze mentali, psicosomatiche e sociali”*. In sintesi si può affermare che gli elementi identificativi del

mobbing sono:

- la presenza di due soggetti il mobber e il mobbizzato che entrano in contrasto tra loro;
- l'azione persecutoria intrapresa per un periodo continuativo (arbitrariamente fissato in sei mesi, ma comunque variabile in base alle caratteristiche della vessazione e della personalità del soggetto);
- lo scopo di isolare la vittima sul posto di lavoro o comunque di allontanarla e/o di spingerla al licenziamento.

Scuola e lavoro dunque, due ambienti importanti rispettivamente dell'età giovanile e adulta, accomunati da particolari forme di violenza che minano alla base i significati più profondi delle due istituzioni e le rendono luoghi in cui la persona mette a dura prova il proprio equilibrio psicologico, la propria digni-

tà, il diritto di poter esprimere le proprie potenzialità e risorse.

Tratti di personalità, organizzazione delle attività lavorative e/o scolastiche, caratteristiche dei colleghi e/o compagni, reazioni di superiori e/o insegnanti, fattori culturali e sociali sono tutti chiamati in causa per spiegare l'insorgenza e il mantenimento delle prevaricazioni e le conseguenze che da esse possono derivare sia per le vittime che per i persecutori all'interno, ma anche all'esterno dell'ambiente in cui si sviluppano.

Si intende, in questa ricerca documentaria, effettuare un percorso parallelo alla scoperta dei due fenomeni per individuarne eventuali punti di contatto o di differenza sia nelle caratteristiche e modalità di espressione, sia nelle conseguenze che ne derivano, sia relativamente alle strategie di contrasto messe in atto.

Le caratteristiche di bullismo e mobbing

Caratteristiche del bullismo

Il bullismo si può esprimere con atti aggressivi

- di tipo *fisico* (picchiare, prendere a calci, spingere, ecc.);
- di tipo *verbale* (minacciare, insultare, prendere in giro, offendere, ecc.);
- di tipo *indiretto*, meno evidente e più difficile da individuare, ma ugualmente molto dannoso per la vittima (esclusione dal gruppo dei coetanei, isolamento, diffusione di pettegolezzi e calunnie, ecc.).

Questa ultima manifestazione di prepotenza sembra essere quella maggiormente scelta dalle ragazze che utilizzano spesso una maggiore finez-

Caratteristiche del mobbing

Si possono riconoscere vari dinamiche nelle azioni di mobbing:

- di tipo *orizzontale*, quando l'azione discriminatoria è messa in atto dai colleghi di pari grado verso il soggetto scelto come vittima;
- di tipo *verticale*, quando è un dirigente, un capo reparto, un capoufficio o un collega di anzianità superiore a mettere in atto la violenza psicologica;
- dal "*basso*" esercitato da un gruppo di soggetti o un singolo posti ad un livello inferiore nella scala gerarchica verso il capo che non accettano, mettendo in atto una forma di "ammutinamento" contro di lui (Ege, 2001).

za psicologica nel concretizzare l'intenzione aggressiva. Anche le femmine, infatti, sono direttamente implicate nel fenomeno, e il loro coinvolgimento sembra essere in costante aumento.

Il bullismo sembra connotarsi come un fenomeno "sociale" nel senso che circa l'85% degli episodi di prevaricazione avviene in presenza di coetanei, i quali possono assumere ruoli diversi, ponendosi dalla parte del bullo, intervenendo a sostegno della vittima o rimanendo semplici osservatori (Pepler et al, 1994).

Salmivalli (1997) identifica 6 ruoli ben definiti:

- 1) il bullo che prende attivamente l'iniziativa;
- 2) l'aiutante del bullo che agisce in maniera prepotente, ma con una posizione secondaria nel gruppo;
- 3) il sostenitore che agisce in modo da rinforzare il comportamento del bullo;
- 4) il difensore che prende le difese della vittima;
- 5) l'esterno che non fa niente cercando di rimanere fuori;
- 6) la vittima che subisce.

A seconda delle modalità con le quali è messo in atto il mobbing si può anche distinguere in:

- mobbing strategico che corrisponde ad un preciso disegno di esclusione di un lavoratore da parte della stessa azienda e/o del management aziendale, che, con tale azione premeditata e programmata, intende realizzare un ridimensionamento delle attività di un determinato lavoratore o il suo allontanamento dal lavoro;
- mobbing emozionale, o relazionale che si riconosce nelle alterate relazioni interpersonali (esaltazione ed esasperazione dei comuni sentimenti di ciascun individuo di rivalità, gelosia, antipatia, diffidenza, paura, ecc.) sia di tipo gerarchico che tra colleghi (Cassitto, 2000);
- mobbing non intenzionale, nel caso in cui non vi sia, da parte del management aziendale, una precisa volontà strategica di eliminare o condizionare negativamente un determinato lavoratore con azioni di violenza psicologica. Piuttosto, esiste all'interno della complessa organizzazione del lavoro di un'azienda, una nicchia di conflitto che esorbita dalla dimensione normale del conflitto interpersonale sul luogo di lavoro.

Chi è il bullo

Sono state identificate alcune caratteristiche attribuibili al "bullo":

- atteggiamento positivo verso la violenza;
- carente controllo dell'impulsività;
- marcato bisogno di dominare gli altri;
- elevata opinione di sé;
- ridotta capacità di riconoscere le

Chi è il mobber

Secondo Casilli (Casilli, 2000) i tratti caratteristici del mobber sono:

- Scarsa stima di sé (si sente inadatto al proprio ruolo e cerca di coprire questa sua insicurezza rendendo la vita impossibile agli altri).
- Scarse capacità comunicative (non si capisce quello che dice, è offensivo).

- emozioni soprattutto quelle positive
- minori capacità empatiche;
- impiego massiccio di meccanismi di disimpegno morale (Bandura, 1977);
- tendenza a non controllare i propri bisogni, ad essere meno attento alle regole sociali;
- bassa accettazione sociale, scarsa competenza scolastica, e, solo nei maschi una scarsa forza del sé;
- famiglie con scarso coinvolgimento affettivo e/o con incoerenza di azioni e comportamenti educativi (Olweus, 1993; Ross, 1996; Fonzi, 1999; Marini, 2002).

Si possono poi riconoscere tre tipi di bulli:

1. il bullo aggressivo;
2. il bullo ansioso (che ha più problemi, può anche essere aggressivo e provocare altri bulli);
3. il bullo passivo (per proteggersi, per appartenere al gruppo, più empatico, con sensi di colpa).

- Scarse abilità nelle relazioni personali (incapace di gestire rapporti umani sul lavoro e fuori).
 - Mentalità vendicativa e portata alle rappresaglie (suscettibilità, ostilità, si atteggia a persona temuta e rispettata da tutti).
 - Inefficienza lavorativa (la sua professionalità è superata o inadeguata, scarso rendimento della sua unità).
- E più in generale si possono riconoscere quattro tipologie di mobber:
1. il frustrato;
 2. l'istigatore;
 3. il megalomane;
 4. il narcisista perverso (Hirigoyen, 2000).



Chi è la vittima

Le caratteristiche che frequentemente si ritrovano nelle vittime sono:

- si mostra vulnerabile con elevati livelli di ansia e insicurezza per una valutazione negativa di sé;
- può presentare problematiche di ti-

Chi è il mobbizzato

Anche se a livello teorico tutti i lavoratori potrebbero essere vittime di mobbing si possono riconoscere in particolare 4 tipologie di soggetti:

- i "creativi";
- gli "onesti";

- po nevrotico associate ad elevati livelli di stress e stati d'animo di infelicità e preoccupazione;
- frequente compagni vittime;
 - bassa forza del Sé e rifiuto sociale;
 - scarsa capacità di comportamenti assertivi con eccessiva passività e difficoltà a fronteggiare la situazione di attacco mediante comportamenti reattivi o richiesta di aiuto;
 - famiglie molto coese e protettive con creazione di legami di stretta dipendenza;
 - difficoltà nel gestire le relazioni sociali soprattutto con i coetanei (Olweus, 1993; Fonzi, 1999; Menesini, 2000; Marini, 2002).

Si riconosce inoltre la cosiddetta "vittima provocatrice" che, pur subendo le prepotenze, mostra uno stile di interazione di tipo regressivo e aggressivo per cui può ricorrere alla forza o controbattere anche se in maniera inefficace e può essere iperattiva, inquieta, creare tensione, ecc.

- i "disabili";
- i cosiddetti "superflui";
- persone che, per un motivo o per l'altro (provenienza geografica, religione, abitudini di vita, preferenze sessuali, ecc.) si differenziano rispetto all'ambiente lavorativo in cui si trovano ad operare e proprio per la loro peculiare diversità vengono emarginati o allontanati dal lavoro. Alcuni sostengono che comunque, alla base di ciascun mobbizzato si riconosce una personalità "pre-morbosa" in quanto chiuso, remissivo o al contrario iperattivo e non dà soddisfazione al datore di lavoro (Leymann, 1998; Ege, 2001).

Conseguenze del bullismo

Esiti maladattivi sia per il bullo che per la vittima nel senso di aumento del senso di solitudine, bassa autostima e ansia sociale.

Inoltre per il bullo:

- abbandono scolastico;
- comportamenti antisociali e devianti;
- micro e macro criminalità;
- violenza in famiglia e aggressività sul lavoro;

per la vittima:

- abbandono scolastico;
- problemi di salute mentale soprattutto di tipo depressivo.

Conseguenze del mobbing

Gli effetti conseguenti a situazioni mobbizzanti si manifestano dopo un certo intervallo di tempo come manifestazioni della sfera neuropsichica. In una fase iniziale compaiono sintomi di tipo psicosomatico (cefalea, tachicardia, gastroenteralgie, dolori osteoarticolari, mialgie, disturbi dell'equilibrio), emozionale (ansia, tensione, disturbi del sonno, dell'umore), comportamentale (anoressia, bulimia, potus, farmacodipendenza).

Si può con il tempo arrivare ad una vera e propria patologia d'organo con due quadri sindromici principali:

- il disturbo dell'adattamento (DA);

- il disturbo post traumatico da stress (DPTS).

Ci sono poi conseguenze sociali, identificabili in:

- difficile recupero dell'inserimento professionale;

- coinvolgimento del nucleo familiare;

- coinvolgimento del tessuto di vita e di relazione (Gilioli et al, in La medicina del Lavoro 2001).

Pur sembrando che le due manifestazioni di sopraffazione si sviluppino lungo un continuum che vede nell'età e nel contesto in cui esse si verificano le differenze principali, in realtà, ad un'analisi più accurata, emergono altri elementi da prendere in considerazione. Lo stesso Leymann differenziava i due fenomeni sottolineando come il bullismo sia più frequentemente caratterizzato da vere e proprie "azioni di forza", da atti di violenza fisica che in genere mancano nel mobbing, contraddistinto da dinamiche più sofisticate e subdole che hanno lo scopo di intaccare l'integrità psicofisica del lavoratore. Sembra però essere presente, anche all'interno del contesto scolastico la pratica di atti di bullismo indiretto, soprattutto da parte di ragazze, volti ad isolare il proprio compagno/a vittima, a tenerlo/a fuori dalla cerchia amicale, giocando molto su fattori psicologici piuttosto che sulla violenza fisica.

Altre due importanti considerazioni generali riguardano l'aspetto "sociale" del bullismo e l'interazione che di fatto si verifica con gli adulti (insegnanti e/o genitori) chiamati ad intervenire per contrastare e/o prevenire le prevaricazioni.

La messa in atto di azioni di prevarica-

zione (fisiche o psicologiche) con il sostegno e la "benedizione" dei compagni apre ampi scenari sulla mutata importanza della socialità tra pari in preadolescenza ed adolescenza, del ruolo della famiglia nella costruzione della piramide dei valori e dell'identità del giovane, del grado di tolleranza della violenza che la società propone o è disposta ad accettare. Ne esce una figura di bullo che è quella di una persona in divenire che ricopre quel ruolo per dare risposta ad alcuni suoi bisogni di crescita e che è possibile modificare tale ruolo se è possibile intervenire prima che esso sia diventato parte costitutiva dell'identità del giovane e nella misura in cui egli viene aiutato ad acquisire competenze che gli permettano di costruire un percorso di crescita diverso (life skills). Anche il bullo, quindi, è in realtà una vittima. E i programmi di intervento e di prevenzione efficaci si basano sulla valorizzazione delle abilità individuali e sociali e prevedono la necessità di una collaborazione fattiva tra educatori, giovani, genitori e comunità.

Lo studio del mobbing sembra dalla letteratura, molto più analitico. È presente una classificazione generale delle attività mobbizzanti (Tabella 1) (Pappone et al, 2005).

Tabella 1 - Classificazione generale delle attività mobbizzanti secondo H. Leymann

Effetti sulle possibilità della vittima di comunicare adeguatamente	La dirigenza non dà la possibilità di comunicare, il lavoratore viene zittito, si fanno attacchi verbali riguardo le assegnazioni del lavoro, minacce verbali, espressioni verbali che respingono, ecc.
Effetti sulle possibilità della vittima di mantenere contatti sociali	I colleghi non comunicano affatto con il lavoratore o la dirigenza proibisce esplicitamente di comunicare con loro, isolamento in una stanza lontano dagli altri, ecc.
Effetti sulle possibilità della vittima di mantenere la sua reputazione personale	Mettere in giro voci sul conto della vittima, azioni di messa in ridicolo, derisione circa eventuale handicap o della appartenenza etnica o del modo di muoversi, di comunicare, ecc.
Effetti sulla situazione professionale della vittima	Non viene assegnato alcun compito o solo dei compiti insignificanti, ecc.
Effetti sulla salute fisica della vittima	Vengono assegnati incarichi pericolosi di lavoro, oppure si fanno minacce di lesioni fisiche, di molestie sessuali, ecc.

Si ritrova anche una “stadiazione” del mobbing che, per la realtà italiana, presenta 6 fasi (Hege, 1997):

LA CONDIZIONE ZERO - Si tratta di una situazione iniziale, detta “prefase”, normalmente presente in Italia e del tutto sconosciuta nella cultura nord europea, e si caratterizza per la presenza negli ambienti di lavoro di condizioni favorevoli allo sviluppo del mobbing e caratterizzato da un clima ostile o di tensione determinato ad esempio dall’ambizione di qualcuno o dalla concorrenza tra i lavoratori

LA PRIMA FASE: *il conflitto mirato*

Si caratterizza per l’individuazione della vittima che diventerà il “capro espiatorio” per ogni problema aziendale o dei singoli lavoratori.

LA SECONDA FASE: *l’inizio del Mobbing*

La vittima inizia a provare un senso di disagio e fastidio, percepisce un inasprimento delle relazioni con i colleghi ed è portata ad interrogarsi su tale mutamento.

LA TERZA FASE: *primi sintomi psicosomatici*

La vittima comincia a manifestare dei problemi di salute e questa situazione può protrarsi anche per lungo tempo. Questi primi sintomi riguardano in genere un senso di insicurezza, l’insorgenza di insonnia e problemi digestivi.

LA QUARTA FASE: *errori ed abusi dell’Amministrazione del personale*



Il caso di Mobbing diventa pubblico e spesso viene favorito dagli errori di valutazione dell'ufficio del personale.

LA QUINTA FASE: *serio aggravamento della salute psico-fisica della vittima*

Si registra un serio peggioramento nelle condizioni di salute della vittima che comincia a soffrire di forme di depressione più o meno gravi e a far uso di psicofarmaci e altre terapie con scarso risultato. L'azienda adotta azioni disciplinari che peggiorano ancora di più le condizioni della vittima.

LA SESTA FASE: *esclusione dal mondo del lavoro*

Questa fase implica l'uscita della vittima dal mondo del lavoro tramite dimissioni volontarie, licenziamenti, ricorso al pre-pensionamento e anche esiti traumatici, come il suicidio, lo sviluppo di manie ossessive, l'omicidio o la vendetta sul mobber.

Si osserva inoltre, relativamente al mobbing, una puntuale definizione delle patologie (DSM IV) cui il mobbizzato va incontro, degli strumenti psicodiagnostici e delle figure professionali necessarie alla diagnosi (medico del lavoro, medico psichiatra, psicologo del lavoro, psicologo clinico, medico legale) che richiede una procedura molto complessa (Gilioli et al, 2001; Marasco, in Difesa Sociale, 2003):

- Anamnesi lavorativa del soggetto e rilievo delle azioni mobbizzanti
- Analisi storica del contesto lavorativo
- Anamnesi personale, familiare e sociale
- Anamnesi patologica remota
- Anamnesi patologica prossima
- Esame obiettivo completo
- Indagini neuropsichiatriche
- Test psicodiagnostici
- Diagnosi medico-legale

- Nesso causale tra danno subito e azioni mobbizzanti
- Valutazione del danno

Infine, il legislatore è al lavoro per definire dal punto di vista giuridico, il riconoscimento e il risarcimento del danno da mobbing, considerato da alcuni, danno biologico, patrimoniale, morale ed esistenziale.

È del 2004 la sentenza della Corte di Cassazione che individua nel datore di lavoro colui che deve provvedere, con tutti gli strumenti in suo potere, a prevenire o scoraggiare condotte mobbizzanti nella sua azienda anche da parte di altri e a dimostrare di aver fatto tutto quanto in suo potere per tutelare la personalità morale e la professionalità del lavoratore.

Discussione

“Esiste una correlazione tra cultura e violenza” sostiene Vittorino Andreoli (2003) nel suo “La violenza dentro di noi, attorno a noi”. Senza entrare in am-



biti più squisitamente filosofici appare interessante considerare come il concetto di violenza sia trasversale alla nostra cultura fin dai tempi più antichi e come esso abbia acquisito modalità di espressioni diverse e aderenti alla realtà sociale delle varie epoche e dei vari paesi. È importante notare come i due fenomeni in oggetto rappresentino delle forme subdole di prevaricazione per così dire “infiltrate” e in qualche modo giustificate dalle istituzioni più nobili: quella dell’istruzione, (la maieutica) e quella del lavoro (il lavoro nobilita l’uomo!). Si rilevi a questo proposito la *Condizione Zero* del mobbing (Hege, 1997) che è tipicamente italiana e praticamente sconosciuta alla cultura nord europea e che si collega strettamente alle caratteristiche dell’organizzazione del lavoro sia in termini di precarietà, di contenuti lavorativi (ambiente di lavoro e attrezzature, mansione da svolgere, carico/ritmi di lavoro, programmazione del lavoro) che del contesto lavorativo stesso (cultura organizzativa e funzioni, ruolo nell’organizzazione, sviluppo di carriera, ampiezza delle decisioni, relazioni interpersonali sul lavoro, interfaccia famiglia-lavoro). Sebbene lo stress lavorativo non sia una condizione solo italiana, ma rappresenti il secondo problema di salute più comune riferito dai lavoratori europei (Paoli, 2000), si segnala nel nostro paese la scarsa presenza di una politica di Promozione della Salute in ambiente di lavoro caratterizzata dalla concertazione tra lavoratori, loro organizzazioni, sistema delle imprese, istituzioni, sistema del credito e che si proponga un obiettivo di salute sia in termini di riduzione degli infortuni che di benessere lavorativo. Tranne pochi interventi che vedono nell’analisi della qualità del lavoro un fattore di prevenzione (Pirone, workshop CNEL,

2005), relativamente al mobbing sembra prevalere una politica basata sulla sola analisi del rischio, dell’accertamento del danno e sul suo eventuale risarcimento. Si ha l’impressione che anche in questo caso si proceda ad una “medicalizzazione” nel senso di rendere possibile una diagnosi e una cura tralasciando quegli elementi che stanno alla base dei fattori di rischio emergenti.

Secondo la sistematizzazione nosografica del DSM IV le conseguenze patologiche del mobbing sono inserite nell’insieme “reazioni ad eventi” e possono configurarsi come “disturbo post traumatico da stress” e disturbo dell’adattamento”. Nonostante le entità patologiche indicate dal DSM IV indichino una modalità di approccio di tipo descrittivo e non causale (Coppo, 2005) (da ciò il termine disturbo e non quello di malattia) studi recenti (Kudielka, in *Journal of Psychosomatic Research* 2004) hanno dimostrato la possibilità di trovare dei correlati non solo sintomatologici, ma clinici alle diagnosi correlate ad una condizione di mobbing subitò: il ciclo del cortisolo risulterebbe alterato nel senso di ridotto decremento dei livelli sierici dopo il picco mattutino; il cortisolo cioè si manterrebbe piuttosto elevato per tutta la giornata. Tale riscontro, come suggerito da Sephton et al. (2000) potrebbe avere importanti implicazioni per la salute (ad esempio relativamente alla possibile insorgenza di determinati tipi di tumore).

Per quanto riguarda il bullismo, l’approccio “politico” sembra essere molto diverso. Nonostante il frequente riferimento a questo nuovo termine di origine inglese da parte dei giornali nel riportare purtroppo frequenti episodi di cronaca (in realtà non sempre effettivamente riferibili a tale fenomeno, quanto a veri e propri reati verso la persona

e quindi perseguibili penalmente), esiste ancora una certa ambiguità di significato con l'immagine del bullo proprio del giovane prepotente, bellimbusto, spaccone (vocabolario Zingarelli) che in fondo però non fa del male a nessuno. A fronte di questo "sguardo bonario" che rimane sullo sfondo (è una ragazzata!) l'attenzione si è rivolta in maniera più decisa verso la prevenzione/promozione della salute piuttosto che verso il solo contenimento del fenomeno. La letteratura, soprattutto anglosassone e del nord Europa, ci riporta la necessità di attuare una politica scolastica integrata in cui coinvolgere attivamente tutti gli attori scolastici (dirigente scolastico, insegnanti, studenti, operatori A.T.A., genitori): la scuola come sistema deve prendere in carico il problema e ricercare strategie di risoluzione a livello d'istituto, di classe, di singoli (Olweus, 1993; Sharp, 1994; Pepler et al, 1994 Stevens, 1994).

Recentemente anche in Italia sono documentabili esperienze di questo tipo (Menesini, 1999; Buccoliero et al, 2005; Iannacone, 20005) - pur in mancanza di una normativa nazionale antibullismo presente in altri stati europei (Inghilterra, Francia, Germania) - ed è presente una notevole vivacità in letteratura nel tentativo di procedere verso una sempre maggiore efficacia dei programmi di intervento.

Rimane però aperta una domanda: quanto è effettivamente tutelato un ragazzino vittima di bullismo? Diverse ricerche che hanno studiato i percorsi evolutivi di bambini "bulli" hanno delineato un percorso a rischio che può collegare in modo significativo il comportamento aggressivo e distruttivo in età precoce con l'assunzione di comportamenti criminali in età adolescenziale ed adulta (Farrington, 1991; Olweus,

1993). Dal punto di vista della vittimizzazione si riconosce invece la possibilità di insorgenza di disturbi depressivi, d'ansia, di difficoltà relazionale in età adulta. Due studi molto recenti (Due et al, 2005; Newmann, 2005) hanno indagato la condizione di vittima e la comparsa di una sintomatologia fisico/psichica nel primo caso, legata ad una condizione di isolamento nel secondo. Mal di testa, mal di stomaco, nervosismo, difficoltà ad addormentarsi, vertigine, riduzione del tono dell'umore, risulterebbero maggiormente frequenti, trasversalmente in 28 diversi Paesi, nei ragazzini che sono frequentemente sottoposti a prevaricazioni a scuola con conseguenze dirette e indirette sulla salute fisica, psichica e sociale. Analogamente la vittimizzazione rappresenta una condizione di stress cronico direttamente proporzionale alla frequenza delle prevaricazioni subite e alla lunghezza del tempo di esposizione che si mantiene a lungo negli anni con la permanenza di sintomi, soprattutto se la condizione di vittima ha prodotto uno stato di isolamento sociale.

Non esiste in questo caso una entità nosografica riconosciuta legata al bullismo, o condizioni di tutela giuridica, né una équipe multidisciplinare atta a rilevare l'eziologia che sta alla base della sintomatologia eventualmente espressa dal giovane.

In conclusione il tema della violenza agita o subita si inserisce sia nell'età giovanile che in quella adulta all'interno di una società e di un concetto di salute in cui alcuni disagi non si caratterizzano solo per i loro aspetti somatici o psicologici, ma piuttosto per le loro valenze relazionali, comunicative, etiche e culturali.

"La salute - sostiene Gadamer (1994) - non è precisamente un sentirsi, ma un

esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita” e questo è valido sia per il bullo che per la vittima, per il mobber o il mobbizzato.

Una visione globale del ragazzo/uomo appare dunque necessaria ai fini di un processo mirato alla salute personale e collettiva, al superamento di una visione parcellizzata di realtà e di problemi, alla garanzia di una equità della salute

stessa non solo tra persone diverse, ma nell’arco della vita della persona per evitare che problemi insorti in età precoce possano “segnare” la vita adulta in un’ottica di disagio permanente.

Non esiste dimostrazione che un giovane bullo possa domani essere un mobber o che una vittima a scuola possa rimanere vittima anche in ambiente di lavoro, ma questa ipotesi è più volte stata proposta: serve un’azione efficace per impedire che si realizzi.

Bibliografia

- Andreoli V. La violenza dentro di noi, attorno a noi. Milano: Rizzoli, 2003
- Bandura A. The social learning theory. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, N. J., 1977
- Besag V. Bullies and victims in schools: a guide to understanding and management. Philadelphia: Open University Press, 1989
- Casilli A. Stop Mobbing: resistere alla violenza psicologica sul luogo di lavoro. Roma: Derive e Ap-prodi, 2000
- Buccoliero E. Maggi M. Bullismo, bullismi. Le prepotenze in adolescenza, dall’analisi dei casi agli strumenti d’intervento. Milano: Franco Angeli, 2005
- Cassitto MG. Mobbing e disturbi emozionali, in Atti del Convegno “Mobbing”. UIL, Milano, 13 gennaio 2000
- Coppo P. Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione. Torino: Bollari Boringhieri, 2005
- Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, Currie C. Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. Eur J Public Health. 2005 Apr;15(2):128-32
- Ege H. Il Mobbing in Italia. Introduzione al Mobbing culturale. Bologna: Pitagora, 1997
- Ege H. Mobbing conoscerlo per vincerlo. Milano: Franco Angeli, 2001
- Fonzi A. (a cura di) Il gioco crudele. Firenze : Giunti, 1999
- Gilioli R, Adinolfi M, Bagaglio A, Boccaletti D, Cassetto MG, Della Pietra B, Fanelli C, Farrington D.P. Childhood aggression and adult violence: early precursors and later life outcomes. In Peller D.J. and Rubin K.H. (Eds) The Development and treatment of childhood aggression., NJ: Lawrence Erlbaum. 1991
- Fattorini E, Gilioli D, Greco A, Guizzaro A, Labella A, Mattei O, Menegozzo M, Menegozzo S, Molinari R, Musto D, Paoletti A., Papalia F, Quagliuolo R, Vinci F. Un nuovo rischio all’attenzione della medicina del lavoro: le molestie morali (mobbing). Consensus Document, La medicina del Lavoro vol. '92, n.1, Gennaio-Febbraio 2001
- Gadamer HG. Dove si nasconde la salute. Milano: Raffaello Cortina, 1994
- Hirigoyen MF. Molestie morali: la violenza perversa nella famiglia e nel lavoro. Torino: Einaudi, 2000
- Iannacone N. (a cura di) Stop al bullismo. Strategie per ridurre i comportamenti aggressivi e passivi a scuola. Molfetta (Ba): La Meridiana, 2005
- Kudielka BM. Cortisol day profiles in victims of mobbing (bullying at the work place): preliminary results of a first psychobiological field study. Journal of Psychosomatic Research 56 2004; 149-150
- Leymann, Heinz & Kornbluh Hy. Socialization and Learning at Work. A new approach to the Lear-

- ning Process in the Workplace and Society. Aldershot Hants:Gower Publishing Avebury, 1998
- Lorenz K. L'aggressività. Milano: Il Saggiatore, 1983
- Marasco M, Zenobi S. Mobbing: considerazioni psichiatrico-forensi e medico-legali. Difesa Sociale 2003 vol. LXXXII, n.3, pp. 75-80
- Marini F, Mameli C. IL bullismo nelle scuole. Roma: Carocci, 2002
- Menesini E, Benelli B. Strategie antibullismo: il supporto tra coetanei. L'Operatore Amico. Psicologia Contemporanea, 1999 133, 50-57
- Menesini E. Bullismo. Che fare? Prevenzione e strategie d'intervento nella scuola. Firenze: Giunti, 2000
- Newmann ML, Holden GW, Delville Y. Isolation and stress of being bullied. J. Adolesc. 2005 Jun 28 (3): 343-57
- Olweus D. Bullying at School: What we know and what we can do. Oxford: Blackwell, 1993
- Paoli P, Merllié D. 3rd European survey of working conditions. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2000
- Pappone P, Citro A, Natullo O, Del Castello E. (a cura di) Patologia psichica da stress, mobbing e costrittività organizzativa. La tutela dell'INAIL, 2005
- Pepler DJ, Craig WM, Ziegler S, Charach A. An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools. Canadian Journal of Community mental health, 1994; 13, 95-110
- Pepler DJ, Craig WM., Ziegler S, Charach A. An evaluation of an anti-bullying intervention in Toronto schools" Canadian Journal of Community mental health, 1994;13, 95-110
- Pirone GM. La qualità del lavoro per la prevenzione del mobbing.Workshop CNEL. Roma 13 gennaio 2005
- Ross DM. Childhood bullying and teasing: What school personnel, other professionals and parents can do. American Counselling Association, Alexandria, Va, 1996
- Salmivalli C, Lagerspetz K, Osterman K, Kaukiainen A. Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. Aggressive Behaviour, 1996; 22, 1-15.
- Sephton S, Sapolsky R, Kraemer H, Spiegel D. Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. J Natl Cancer Inst 2000;92: 994-1000
- Sharp S, Smith PK. Tackling bullying in your school. A practical handbook for teacher, London Routledge 1994. (tr. it. Bulli e prepotenti nella scuola. Erikson Trento, 1995)
- Stevens V, Van Oost P. Pesten op School: een Actieprogramma Garant Uitgevers, Kessel-Lo, 1994.
- Whitney I, Smith PK. A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools, Educational Research, 1993; 35, 3-25

Valutazione medico legale della dislessia in soggetti in età evolutiva: aspetti applicativi pratici nell'ambito della tutela dell'invalide civile

Francesco Consigliere ¹ - Andrea Verzeletti ¹

¹ Cattedra di Medicina Legale, Università degli Studi di Brescia

Summary

Evaluation of dyslexia in subjects of developing age: practical application aspects in the field of invalid care.

The Authors, after describing developmental dyslexia in short, underline the most relevant aspects that this disease can produce in minors in relation to life quality and permanent impairment and in order to obtain the legal benefits provided by the Italian law.

The Authors suggest an empirical method to evaluate the subjects suffering from this disease considering both the minors attending the school and those who are already working.

Riassunto

Gli Autori, dopo un breve inquadramento nosografico relativo alla dislessia in età evolutiva, prendono in considerazione i principali aspetti che tale affezione può comportare nell'ambito della tutela dell'invalide civile con particolare riferimento all'indennità di frequenza, alla definizione della condizione di handicap nonché al beneficio del collocamento mirato.

Gli Autori hanno elaborato inoltre una concreta proposta valutativa per i minori affetti da tale patologia.

Keywords: *dyslexia, impairment, handicap, evaluation, minors.*

Parole chiave: *dislessia, invalidità civile, handicap, valutazione, minorenni.*

Introduzione

Talvolta, in tema di tutela dell'invalide civile, il medico valutatore si trova ad affrontare situazioni cliniche di difficile inquadramento nell'ambito della previsione tabellare di legge e, pur ricorrendo ai classici criteri medico legali dell'analogia e dell'equivalenza, peraltro espressamente indicati dalla norma vigente, in assenza di precisi indirizzi operativi risulta difficile limitare il peso della soggettività nella valutazione. È possibile pertanto, in tali situazioni più che in altre, che si realizzino episodi di palese incongruità valutativa tra casi consimili con le innegabili e sostanziali spe-

requazioni che sottendono e le inevitabili ripercussioni in termini di "immagene" dell'istituto della invalidità civile.

In particolare, dalla pratica quotidiana, è emersa un'oggettiva difficoltà nell'inquadramento, e quindi nella relativa valutazione, di un disturbo caratteristico di soggetti in età scolare quale la dislessia.

La problematica risulta complessa in relazione tanto all'affidabilità nella diagnosi del disturbo, che talvolta può sottendere altre e ben più gravi patologie, quanto in relazione alla valutazione prognostica ed alla effettiva e concreta ripercussione dell'affezione sulla validità del soggetto.

La dislessia che colpisca soggetti in età evolutiva è un'affezione poco conosciuta, ma di indubbio rilievo per le implicazioni sociali che può sottendere. Recentemente è stata inoltre oggetto di una proposta di legge presentata alla Camera dei Deputati mirante a definire alcune disposizioni in favore di soggetti

con difficoltà specifiche di apprendimento. Proprio a riprova dell'attualità del problema, delle implicazioni sociali ad esso direttamente sottese, nonché dell'interesse del Legislatore per tale fattispecie di disturbo, si ritiene opportuno riportare integralmente la relazione a detta Proposta di Legge*.

* Relazione introduttiva alla proposta di legge N. 5066 presentata alla Camera dei Deputati in data 16 giugno 2004 "Disposizioni in favore dei soggetti con difficoltà specifiche di apprendimento": "La presente proposta di legge tende a riconoscere la dislessia, la disgrafia e la discalculia come "difficoltà specifiche di apprendimento" (DSA) e cerca di individuare un percorso che assicuri una normativa che permetta di affrontare il problema sia sul versante della scuola sia su quello del Servizio Sanitario Nazionale. I disturbi dell'apprendimento intervengono in modo significativo nella crescita e nello sviluppo della persona. La dislessia, la disgrafia e la discalculia possono sussistere separatamente o insieme e, sebbene costituiscano una disabilità, non sono in alcun modo assimilabili all'handicap. Purtroppo in Italia la dislessia è ancora poco conosciuta benché si calcoli che interessi in media 1.500.000 persone. La dislessia è una difficoltà che riguarda la capacità di leggere e di scrivere in modo corretto. I bambini con dislessia sono intelligenti, non hanno problemi visivi ed uditivi ma non apprendono a leggere in modo sufficientemente corretto e fluido: le loro prestazioni nella lettura risultano nel complesso molto al di sotto del livello che ci si aspetterebbe in base all'età, alla classe frequentata e al livello intellettuale. La lettura può essere piuttosto veloce, ma presentare numerosi errori (omissioni di parole o parti di parola, confusioni, inversioni, sostituzioni di parti di parola o di intere parole), oppure può essere nel complesso sufficientemente corretta, ma molto lenta. Il dislessico può fare confusione per quanto riguarda i rapporti spaziali e temporali (destra/sinistra; ieri/domani; mesi/giorni) e può avere difficoltà ad esprimere verbalmente ciò che pensa. Sulla base del tipo di errori e dei tempi di lettura esistono sottoclassificazioni dei vari tipi di dislessia. Spesso alla dislessia sono associate ulteriori difficoltà quali la disortografia, la disgrafia, e, a volte, lievi difficoltà nel linguaggio orale e nel calcolo. La "dislessia evolutiva" è un disturbo che si manifesta nel momento in cui il bambino impara a leggere e a scrivere. Il problema è presente anche precedentemente, ma è difficile evidenziarlo prima dell'insegnamento formale della lingua scritta. La dislessia evolutiva non è una malattia ma una modalità diversa di funzionamento delle competenze cognitive del soggetto. Il bambino dislessico, infatti, riesce a leggere e a scrivere solo impegnando al massimo le proprie energie, non potendolo fare in maniera automatica come naturalmente avviene per gli altri coetanei, anche se finisce con lo stancarsi rapidamente, con il commettere errori, con il rimanere indietro e con il non imparare. Il problema, pur risultando palese in seconda e terza elementare, persiste anche negli anni successivi al primo ciclo didattico, tanto da causare, nel bambino che legge, lentezza ed errori che rischiano di ostacolarne la comprensione del testo. Gli stessi compiti scritti richiedono un forte dispendio di tempo. Il bambino viene frequentemente rimproverato e accusato di agire in modo stupido o di essere pigro e sbadato, immaturo e di non impegnarsi abbastanza. Le conseguenze più gravi si riscontrano sugli stessi ragazzi che, sebbene abbiano un quoziente di intelligenza nella media o sopra la media, si sentono stupidi, hanno una bassa stima di se stessi e spesso finiscono con l'aver problemi anche di carattere psicologico; questa, però, è piuttosto una conseguenza e non la causa della dislessia. Tuttavia questi bambini sono intelligenti e, di solito, vivaci e creativi. Non essendo possibile guarire la dislessia, in quanto non si possono cambiare le modalità di base del funzionamento cerebrale, è solo possibile intervenire per aiutare il ragazzo a leggere e scrivere meglio. La rieducazione del dislessico è possibile attraverso una riabilitazione mirata, specializzata e, soprattutto, tempestiva. La riabilitazione deve essere basata su una valutazione specialistica di ogni singolo bambino. Non tutti i dislessici, infatti, sono uguali: ognuno presenta un profilo individuale di difficoltà e non tutti hanno bisogno delle stesse risposte. I servizi specializzati sono ancora pochissimi e l'effetto più evidente di questa situazione è la conoscenza ancora molto parziale che si ha del fenomeno. La legge n. 104 del 1992 tutela bene le situazioni di handicap ma non le DSA. Nel 2002 l'Associazione italiana dislessia (AID) è stata audita dal Senato della Repubblica e dalla Camera dei Deputati riguardo al disegno di legge delega della riforma della scuola; in quella occasione l'AID aveva proposto alcune modifiche al disegno di legge per favorire i ragazzi dislessici. Diversi parlamentari hanno sostenuto tali modifiche anche se, poi, il disegno di legge è stato approvato (legge n. 53 del 2003) senza alcun emendamento. Nella seduta del 18 febbraio 2003 il Governo ha accolto tre ordini del giorno presentati alla Camera dei Deputati: 9/3387/27 - Ercole, Bianchi, Clerici; 9/3387/49 - Fratta Pasini, Zanettin, Alberto Giorgetti; 9/3387/40 - Spina Diana, Parodi. Fino ad ora, però, il decreto legislativo n. 59 del 2004, recante norme generali relative alla scuola dell'infanzia e del primo ciclo dell'istruzione, non contiene alcun accenno al problema. Ciò che risulta necessario è il riconoscimento della dislessia come un problema specifico di apprendimento, mentre la diagnosi deve essere effettuata, mediante specifici test, da specialisti esperti. Non sempre è facile trovare la persona in grado di identificare il problema ed è, quindi, necessario consultare, al primo sospetto di dislessia, le figure professionali che se ne occupano. Una diagnosi precoce permette agli addetti ai lavori un intervento immediato sul soggetto facendo evitare er-

Inquadramento nosografico

Al fine di poter considerare quegli aspetti del disturbo che devono essere attentamente indagati in sede valutativa per garantire equità nel giudizio conclusivo, risulta imprescindibile e basilare riferire di alcuni aspetti generali relativi alla dislessia.

Bisogna innanzitutto premettere come la dislessia venga distinta in “evolutiva” quando insorga in età pediatrica ed in assenza di eventi patologici a cui poterla ricondurre, ed in “acquisita” quando invece sia conseguente ad una lesione cerebrale identificabile (Stella, 1999).

La dislessia, definita dal DSM IV come “Disturbo della lettura”, viene inserita dallo stesso nell’ambito dei “Disturbi dell’apprendimento” che comprendono, oltre alla dislessia, anche il “Disturbo del calcolo”, il “Disturbo dell’espressione scritta” ed il “Disturbo dell’apprendimento non altrimenti specificato” (Manuale diagnostico statistico dei disturbi

mentali, 1997). Gli elementi che secondo il DSM IV guidano la diagnosi della patologia consistono in un livello di capacità di lettura sostanzialmente al di sotto di quanto atteso considerando l’età del soggetto, il grado di intelligenza ed il tipo di istruzione. Tale affezione interferisce inoltre in modo significativo con l’apprendimento scolastico o con le attività della vita quotidiana che richiedono capacità di lettura e, qualora si associ un deficit sensoriale, le difficoltà nella lettura sono sproporzionatamente maggiori rispetto al deficit stesso. La compromissione della capacità della lettura riguarda diversi aspetti: precisione, velocità e comprensione di quanto letto. Nel contesto dell’ICD-10 i disturbi dell’apprendimento vengono inseriti nell’ambito dei disturbi dello sviluppo psicologico con il termine di “Disturbi Specifici delle Abilità Scolastiche” che comprendono i “Disturbi di lettura”, di “Compitazione”, delle “Abilità Aritmetiche” ed i cosiddetti disturbi “Misti” (De-

rori più comuni come il colpevolizzare il bambino per il suo scarso impegno. Il primo sospetto di dislessia dovrebbe sorgere negli educatori; è per questo che l’AID ha ritenuto priorità indifferibile l’aggiornamento degli insegnanti sulle principali conoscenze scientifiche relative ai disturbi dell’apprendimento. Con la comparsa di esperti (insegnanti, pedagogisti, logopedisti, psicologi) specificatamente formati e in grado di parlare agli insegnanti da una posizione interna, si può realizzare la riappropriazione del problema da parte del mondo della scuola. Un primo passo da compiere è sicuramente l’identificazione dei ragazzi a rischio di dislessia e DSA, mediante attività di screening nella prima classe del primo ciclo dell’istruzione, da effettuare in collaborazione tra la scuola e i servizi sanitari, in particolare, quelli delle aziende sanitarie locali. Una volta individuato il problema, la cosa più importante è prevenire il fallimento scolastico ed esistenziale, per questo motivo sono indispensabili serenità, fiducia, solidarietà. Compito del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca è di garantire dei supporti agli alunni con tali difficoltà per ottenere una formazione adeguata e prevenire l’insuccesso scolastico. Gli insegnanti dovrebbero conoscere il problema, e tenerne conto nella valutazione degli elaborati scritti dei bambini e nella presentazione delle prove di verifica (nella lettura non penalizzarli in caso di errori o lentezza; nei compiti scritti concedere un po’ più di tempo rispetto alla classe nello svolgimento dei testi; nelle prove di verifica scritte presentare i testi in un carattere piuttosto grande e su pagine non troppo dense). Altri interventi possono essere organizzati mediante lavoro di gruppo con i compagni di classe. La dislessia è una realtà permanente che non scompare con l’età, ma le misure educative e didattiche idonee possono aiutare il ragazzo nella vita. Senza queste strategie educative si sviluppano ansie da fallimento e blocchi di apprendimento anche irreversibili. Anche in famiglia i bambini con dislessia non sono autonomi nello svolgimento dei compiti e così, in famiglia come a scuola, possono essere assai utili l’uso di sussidi come computer, calcolatrici, registratori, terminali per videoscrittura, correttori ortografici, tavole delle tabelline ed elenco delle formule, lettori ottici, sintetizzatori vocali, eccetera. Di solito i soggetti affetti da dislessia non necessitano di un insegnante di sostegno, ma, data la singolarità dei problemi e l’impossibilità di avere regole valide per tutti, è importante sottoporre i casi ad un monitoraggio costante. Come previsto anche per i portatori di handicap, i sussidi rivelatisi efficaci nel corso dell’attività didattica devono essere assunti anche nel corso di altre attività didattiche quali l’esame di Stato, le prove di ammissione all’università o a corsi di qualificazione. La dislessia non è da considerare una disabilità tale da comportare l’esclusione degli studenti da indirizzi scolastici ed universitari più impegnativi. Convinti di ciò, sottoponiamo all’esame del Parlamento, e alla sua approvazione, la presente proposta di legge”.

cima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, 1992). L'ICDH-II definisce inoltre le funzioni mentali specifiche del linguaggio che comprendono, tra le altre, le funzioni relative al recepire e decodificare il linguaggio verbale, scritto o in altre forme e di cui la dislessia ne rappresenterebbe un disturbo (OMS, *Classificazione internazionale del funzionamento e delle disabilità*, 1999).

I dati sulla prevalenza del disturbo nella popolazione italiana sono abbastanza eterogenei sia a causa dei diversi criteri di inclusione e degli strumenti impiegati per la diagnosi, sia perché molti studi sono centrati sulla prevalenza dei "Disturbi dell'Apprendimento" senza un'attenta distinzione dei disturbi specifici che li definiscono. Si tratta comunque di un'affezione di non raro riscontro tanto che i valori di prevalenza in Italia variano dallo 0,88% al 10% (Stella, 1999; Casini et al, 1984; Coscarella, 2001).

L'eziologia del disturbo non è ad oggi completamente nota, anche se è indubbio che esiste una notevole componente genetica in quanto è stato dimostrato come la probabilità che si manifesti sia molto maggiore in bambini i cui parenti in primo grado soffrono della stessa affezione o, in generale, di un Disturbo dell'Apprendimento (Pennington, 1990; Grigorenko, 2001). Si ritiene che esistano delle vere e proprie forme di dislessia geneticamente trasmesse ed altre di carattere familiare le cui modalità di trasmissione non sono ad oggi completamente chiarite. Alcuni Autori ipotizzano un coinvolgimento del sistema endocrino nella genesi della patologia, con particolare riferimento ad un'alterazione nel metabolismo del testosterone (Ginger et al, 1991). Secondo altri Autori sarebbero implicati, almeno in

alcuni casi, delle vere e proprie anomalie anatomiche a livello cerebrale, rappresentate principalmente da disordini strutturali di tipo ectopico o da microgiria focale soprattutto a carico dell'emisfero sinistro (Galaburda et al, 1993). La dislessia è un problema della lettura e gli studi su tale affezione si focalizzano sui processi che permettono il riconoscimento e la decodifica della parola scritta in unità fonologiche che conducono all'identificazione della parola. Nel bambino dislessico esiste una difficoltà a fissare le corrispondenze grafema-fonema, a velocizzare tale processo e quindi a passare alla fase di decodifica di unità morfologiche. Il bambino che non riesce ad apprendere il meccanismo di conversione grafema-fonema o, se appreso, non riesce ad applicarlo in maniera automatica, non è in grado di leggere in maniera efficiente le parole nuove e quindi non è in grado di costruirsi quel lessico ortografico che rende corretta la lettura. In questo contesto alcuni Autori parlano di "dislessia disfonologica" ed il disturbo si concretizzerebbe in una lettura frettolosa, nel tentativo di leggere le parole utilizzando minimi indizi, nella pronuncia di parole senza senso e con ridotta capacità di autocorrezione (Torgesen et al, 1994; Boder, 1973). Altri Autori, al contrario, sottolineano l'importanza del sistema visivo nei processi di lettura, in particolare nella capacità di analizzare gli stimoli in movimento, nella memoria visiva, nell'analisi sequenziale ed un deficit di tali capacità sarebbe alla base della dislessia definita "disedeietica". In questo caso il bambino affetto compie generalmente errori rappresentati dall'inversione di sillabe e lettere, è un lettore lento ma accurato che tende a sillabare tutte le parole come se le vedesse per la prima volta (Boder, 1973). Per tali moti-

vi la dislessia disedeietica viene generalmente diagnosticata più tardivamente rispetto alla disfonetica, solitamente al termine delle scuole elementari ovvero all'inizio delle scuole superiori quando il carico scolastico aumenta (Gior Neuropsich Età Evol, 2004). È inoltre ben nota in clinica l'associazione più o meno rilevante con gli altri disturbi dell'apprendimento (disortografia e discalculia), soprattutto nei primi anni di scolarizzazione e questo lascerebbe presupporre che tali deficit siano la conseguenza di una peculiare organizzazione neurofisiologica, neurobiochimica o immunoneuroendocrina, piuttosto che di un deficit settoriale di una specifica funzione. Altrettanto nota in clinica è l'associazione con altri disturbi, quali soprattutto i disturbi dell'attenzione ed iperattività (ADHD), anche se non è del tutto chiarito il reale rapporto causa-effetto tra i due fattori. In relazione poi al legame tra QI e dislessia, gli studi al riguardo non sono concordi, ma si ritiene, in linea generale, che il QI abbia un valore prognostico positivo: tanto più alto il QI tanto migliori risultano essere le possibilità di recupero del bambino.

Da un punto di vista diagnostico la dislessia non sottende in linea generale problematiche particolarmente rilevanti (Stella, 1999; Gior Neuropsich Età Evol, 2004). Innanzitutto è necessario premettere che si tratta di un disturbo tipico dei bambini in età scolare e che si manifesta generalmente all'inizio della frequentazione scolastica. Infatti si ritiene che la diagnosi di Dislessia possa essere correttamente posta solamente alla fine della II classe elementare, anche se si ammette la possibilità che già in I elementare si riescano a cogliere alcuni indicatori di "rischio" quali soprattutto la discrepanza tra le competenze cognitive generali e l'apprendimento della lettu-

ra. Talvolta, soprattutto in bambini che presentano un quoziente intellettivo (QI) elevato, può rendersi evidente solamente dopo qualche anno dall'inizio della scuole elementari. Per la diagnosi è innanzitutto indispensabile un'accurata anamnesi familiare e fisiologica al fine di valutare le condizioni sociali, la storia educativa e l'assenza di patologie neurologiche maggiori. L'esame obiettivo generale dovrà comprendere la misurazione della circonferenza cranica, la valutazione dell'accrescimento staturo-ponderale e, se del caso, si dovrà procedere ad una visita oculistica per l'esame dell'acuità visiva e per la ricerca di eventuali disturbi della coordinazione binoculare, nonché ad una visita ORL per l'esame dell'udito e per rilevare eventuali ipertrofie adenotonsillari associate ad uno stato infettivo cronico o ad un disturbo respiratorio con conseguente alterazione del sonno. In casi per i quali si sospetti la presenza di una patologia sistemica (diabete, anemia, grave asma etc) potrebbe essere utile una valutazione pediatrica. L'esame obiettivo neurologico dovrà essere accurato e mirato ad evidenziare la presenza di eventuali deficit quali la spasticità, le discinesie, l'atassia, aspetti disartrici etc. Si ritiene inoltre indispensabile la valutazione dell'intelligenza generale con l'uso di almeno un test psicometrico ed in relazione alle caratteristiche del caso specifico si potranno impiegare test integrativi finalizzati alla valutazione delle competenze percettive visu spaziali, visu motorie, grafo-spaziali, alla valutazione dell'efficienza della memoria visiva ed uditiva, delle capacità di attenzione, delle abilità motorie, della dominanza laterale, delle competenze linguistiche, della capacità di pianificazione e dei prerequisiti della lettura. Sempre in casi selezionati si esaminerà poi l'organiz-

zazione emotivo-relazionale del soggetto mediante uso di tecniche proiettive o di scale di valutazione di disturbi psicopatologici specifici. Ancora, qualora vi sia il sospetto di una lesione cerebrale, la valutazione diagnostica potrà essere integrata da un esame EEG ovvero da una RMN, ovvero ancora dalla valutazione di alcuni potenziali evocati. Per quanto riguarda le prove di lettura, i principali parametri che guidano nell'identificazione e nella diagnosi del disturbo sono rappresentati dalla velocità e dalla correttezza. In particolare la velocità viene misurata come il tempo necessario per la lettura di brani, parole o sillabe; l'accuratezza viene misurata come numero di errori di lettura. La diagnosi di dislessia viene posta quando i valori di velocità e/o accuratezza nella lettura siano al di sotto di almeno due deviazioni standard rispetto alle prestazioni dei lettori della stessa età, oppure quando risultino essere tipiche di soggetti di almeno due anni inferiori rispetto all'età cronologica. La gravità è invece generalmente commisurata alla distanza dei valori di velocità/accuratezza nella lettura dalla media prevista per l'età del soggetto (Stella, 1999).

Si è detto che la diagnosi di dislessia evolutiva può essere posta con certezza alla fine della II classe elementare, ma appare fuor di dubbio che anche in età prescolare il bambino possa presentare dei deficit prodromici alla piena manifestazione del disturbo. In tal caso fondamentale risulterà il corretto inquadramento clinico, segnatamente neuropsichiatrico, al fine di definire il disturbo ed avere indicazioni sulle modalità di evoluzione dello stesso, evitando di incorrere nel facile rischio di attribuire eventuali deficit ad una entità nosologica più o meno definita piuttosto che, ad esempio, ad un fisiologico ritar-

do nei processi maturativi del bambino. Gli approcci terapeutici alla dislessia sono molteplici e differenti ed in linea generale si ritiene che non esista un unico schema riabilitativo applicabile ad ogni soggetto dislessico. Bisogna inoltre ricordare che, a tutt'oggi, non esistono prove scientifiche validate sull'efficacia dei diversi interventi logopedici. I principali trattamenti impiegati in clinica si ispirano a modelli neuropsicologici, psicopedagogici, ovvero a modelli psicolinguistici (Conte, 1989; Bakker, 1985; Lovett et al, 1988).

Si ritiene inoltre che la rieducazione specialistica, al contrario di quanto può accadere per le forme acquisite, non possa essere protratta fino alla scomparsa delle difficoltà, in quanto tale obiettivo viene raggiunto solo nelle forme lievi. In generale il trattamento deve essere condotto da operatori specializzati nel corso della frequenza della scuola elementare ovvero della scuola media per quei casi in cui la diagnosi venga posta tardivamente. Il trattamento riabilitativo dovrà essere intensivo nei primi tre anni di scuola e ad esso si faranno poi seguire delle supervisioni periodiche introducendo l'uso di strumenti compensativi quali ad esempio libri parlanti, calcolatrici, registratori, computer ovvero strumenti dispensativi quali ad esempio misure scolastiche di riduzione dell'impegno (Stella, 1997). Inoltre il programma riabilitativo dovrebbe prevedere un sostegno concreto ai genitori ed una puntuale informazione agli insegnanti, al fine di renderli consapevoli della realtà del problema e di istruirli in modo da garantire al bambino un aiuto adeguato (Marchesi, 1989). Da un punto di vista prognostico, è necessario distinguere una prognosi relativa al disturbo ed una prognosi psico-sociale le quali risultano indipendenti: un

soggetto può migliorare notevolmente in relazione al disturbo ma mantenere rilevanti difficoltà di adattamento, così come può accadere che il disturbo permanga in tutta la sua gravità ma il soggetto riesca a raggiungere un adattamento psico-sociale adeguato (Conte, 1989). I principali fattori prognostici favorevoli sono: un quoziente di lettura (QL) superiore a 75, uno scarto tra età cronologica ed età di lettura inferiore a due anni, diagnosi alla fine della seconda classe elementare, un buon livello di QI, un tempestivo ed appropriato trattamento riabilitativo, un disturbo di grado lieve, l'assenza di comorbidità psichiatrica (Conte, 1989). Un altro fattore importante a fini prognostici è rappresentato dal grado di compromissione della rapidità di lettura che secondo alcuni Autori dovrebbe essere il parametro principale per valutare l'efficacia dell'intervento riabilitativo e che dovrà essere attentamente monitorato nel tempo ed a opportuni intervalli (Stella, 1999). In particolare, considerando le variazioni di velocità e mettendole in relazione con gli interventi svolti nel rispettivo periodo, si potrà stabilire quando potrà essere considerato concluso l'iter riabilitativo e lasciare gli ulteriori possibili sviluppi alla normale attività di studio del soggetto.

Aspetti valutativi in tema di invalidità civile

Dal breve inquadramento nosografico sulla dislessia evolutiva, emerge come tale affezione si manifesti allorché il bambino inizia la frequentazione scolastica, obbligatoria, secondo il nostro ordinamento, a partire dal sesto anno di vita. Proprio per tale motivo la previsione normativa alla quale si deve necessa-

riamente far riferimento in tema di tutela dell'invalide civile è la legge cardine che disciplina ancor oggi l'invalidità civile (legge n.118 del 1971). All'articolo 2 di tale legge si definiscono quali invalidi civili i cittadini che *"se minori di anni 18, (...) abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età"*. Alla luce del disposto legislativo, si tratterà di valutare se l'affezione oggetto delle presenti riflessioni possa di per se stessa comportare una condizione tale da soddisfare la previsione di legge. Ricordiamo che i benefici previsti dalla normativa vigente consistono tanto in previdenze economiche quanto in una serie di agevolazioni di carattere fiscale e per l'accesso alle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il problema centrale risulta quindi la valutazione della dislessia nei riflessi che questa comporta sui *"compiti e le funzioni"* propri dell'età del soggetto che, come sottolineato da Scorretti, *"sono parte integrante del processo evolutivo-maturativo della crescita, della strutturazione della personalità, dell'acquisizione di un ruolo sociale"* (Martini, 1999). Concretamente andranno considerati quali compiti e funzioni proprie dell'età il gioco, l'apprendimento linguistico e scolastico, le attività sportive e ricreative, la possibilità di relazione con i coetanei. Il giudizio medico legale non potrà quindi che essere comparativo tra il minore presunto invalido ed il coetaneo in buona salute, andando ad indagare le sostanziali differenze imputabili alla documentata menomazione.

Dal momento che la dislessia evolutiva si manifesta generalmente all'inizio della frequentazione scolastica, saranno oggetto di valutazione i minori di età superiore ai sei anni. Seguendo i suggerimenti proposti da Martini e Scorretti sulla metodologia generale per l'accer-

tamento dell'invalidità sul minore, si ritiene necessario distinguere due fasce d'età: minore di età compresa tra 6 e 15 anni e minore di età superiore a 15 anni (Martini, 1999).

Per quanto riguarda i minori nella fascia di età compresa tra i 6 ed i 15 anni, che corrispondono ai minori sottoposti all'obbligo ex lege della frequentazione scolastica, si dovrà valutare quanto effettivamente la menomazione certificata incida sui *"compiti e funzioni proprie della loro età"* rispetto ai coetanei. La dislessia è un disturbo della lettura ed è chiaro come l'acquisizione di un'efficiente capacità di lettura rientri a pieno titolo tra i "compiti" e le "funzioni" proprie del minore in età scolare. Nel momento quindi in cui il minore richieda il beneficio previsto per legge, se la richiesta risulta supportata da una adeguata documentazione sanitaria attestante la realtà del disturbo e la sua gravità, il giudizio medico legale non potrà che essere indirizzato verso il riconoscimento dello stato di invalidità. In merito poi al problema relativo alla gravità del deficit, occorre considerare come la norma vigente parli di minori che *"abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età"* senza alcun riferimento all'entità della difficoltà, ovvero alla gravità del disturbo responsabile della difficoltà stessa. È peraltro chiaro, sempre riferendosi alla norma di legge, che il disturbo deve essere comunque di grado tale da determinare "difficoltà persistenti" ed essere dotato di un'"efficienza causale" nel determinismo della difficoltà. La possibilità di determinare la "gravità" del disturbo non potrà che discendere da un'attenta valutazione e critica integrazione di dati anamnestici e sanitari. In particolare imprescindibili risulteranno il corretto inquadramento diagnostico specialistico, nonché even-

tuali elementi circostanziali relativi soprattutto all'ambiente scolastico. Fondamentale risulterà altresì la valutazione dell'inserimento o meno del minore nell'ambito di un programma riabilitativo e le caratteristiche più o meno intensive dello stesso.

Per quanto riguarda la valutazione prognostica, alla luce dei miglioramenti che concretamente si possono ottenere mediante adeguati interventi riabilitativi, che, ricordiamo, risultano tanto più efficaci quanto più precocemente intrapresi, si dovranno fissare opportuni termini di revisione che saranno tanto più ravvicinati quanto meno rilevante sarà la gravità del disturbo. È utile osservare in proposito come la legge parli, opportunamente, di difficoltà *"persistenti"* e non, come previsto per accedere ad altri benefici di legge, *"permanenti"*, sottolineando in tal modo la necessità di non riferirsi ad un criterio basato su una proiezione prognostica di stabilizzazione ed inemendabilità anche alla luce del naturale sviluppo proprio dei soggetti in età evolutiva.

Per i minori di età compresa tra i 15 e 18 anni che frequentano ancora la scuola ovvero sono già inseriti nel mondo del lavoro, si ritiene che possano essere valide le considerazioni generali espresse poco sopra: ammissibilità del riconoscimento a fronte di adeguata documentazione sanitaria e di positivi dati anamnestico-clinici, soprattutto per le forme medio-gravi. Nella fascia di età che stiamo esaminando, peraltro, si condivide il suggerimento di Martini e Scorretti laddove affermano che *"la percentualizzazione della minorazione può essere opportuna e, in tale circostanza, è riconducibile alle stesse caratteristiche valutative utilizzate per il soggetto adulto, associata alla dichiarazione della sussistenza o meno delle difficoltà persistenti"* (Martini, 1999). Per tali

minori si tratterà pertanto di esprimere un “doppio” giudizio: da un lato la valutazione della concreta ed attuale sussistenza dei presupposti per la concessione dell’indennità di frequenza e, dall’altro una valutazione che tenga conto dell’incidenza della menomazione su una, potremmo dire, “ultragenerica” attitudine lavorativa. I due giudizi potranno essere “qualitativamente” e “quantitativamente” molto diversi tra loro: la stessa minorazione può effettivamente essere tale da creare difficoltà persistenti al minore nello svolgere le normali attività proprie della sua età, ma non essere in realtà tale da incidere in maniera preponderante sulla sua capacità lavorativa, oltretutto ancora indifferenziata. In relazione all’evoluzione del disturbo in questa classe di minori, bisogna ricordare che il trattamento riabilitativo è tanto più utile quanto più precocemente viene iniziato e, in linea generale, risulta essere di scarsa efficacia allorquando il minore abbia raggiunto e superato l’età della scuola dell’obbligo. Questo aspetto non esclude che il minore necessiti comunque di determinati presidi (libri parlanti, computer, registratori etc) a carattere compensativo sulla menomazione. La non emendabilità del deficit attraverso programmi rieducativi pertanto non si può ritenere causa di non riconoscimento della situazione di invalidità. Un ultimo aspetto deve essere considerato: per questi minori esiste una “revisione” obbligatoria, rappresentata dal compimento del 18° anno di età, momento nel quale viene a cessare la validità del presupposto normativo che ha permesso il riconoscimento dell’invalidità e subentra, ex art 2 legge 118/71, la necessità di fare riferimento, per i cittadini maggiorenni, alla compromissione della “capacità lavorativa”. È alla luce di questi elementi che riteniamo comun-

que utile la percentualizzazione dell’invalidità per questi soggetti, in modo tale da potere, al raggiungimento della maggiore età avere un punto di riferimento dal quale far partire la valutazione. In termini concreti, la valutazione percentuale, secondo disposto legislativo (DM 05/02/92), dovrà fare riferimento ai valori previsti per le menomazioni tabellate e, in presenza di voci non ricomprese, attraverso il criterio dell’analogia e dell’equivalenza, inferire il valore relativo al caso concreto. Le tabelle di legge non contengono nessuna voce che faccia riferimento alla dislessia. È pertanto necessario, utilizzando i sopraccitati criteri dell’analogia e dell’equivalenza, ricercare tra le menomazioni espressamente previste dalle tabelle vigenti quali possano concretamente essere utilizzate come parametro di riferimento per la valutazione del minore dislessico. Si ritiene che una prima menomazione a cui accostare la dislessia sia l’afasia. Le tabelle prevedono per l’“afasia lieve” una valutazione del 21-30%, per l’“afasia media” 61-70% e per l’“afasia grave” 91-100%. Un altro riferimento tabellare che potrebbe essere utile considerare, sempre alla luce del criterio analogico, è rappresentato dall’“insufficienza mentale lieve” per la quale è previsto un valore del 41-50%. Riteniamo che per i casi di dislessia evolutiva pura, vale a dire non associata ad altri disturbi (che peraltro nella pratica quotidiana sono di osservazione comune), la valutazione relativa ai casi più gravi non possa che attestarsi intorno al 40%, vale a dire nell’intervallo compreso tra l’“afasia lieve” e quella “media”. Operativamente sarebbe possibile prospettare tre fasce valutative in funzione della gravità del disturbo: dislessia lieve, media e grave alle quali potrebbe rispettivamente corrispondere una valutazione “fino a 10%”,

“11-20%” e “21-40%”. Per la valutazione finale si dovrà inoltre tenere in debito conto della gravità del deficit e, dal momento che il problema della percentualizzazione interessa soggetti di età superiore ai 15 anni, si tratterà di valutare che genere di formazione abbiano ricevuto nel loro percorso scolastico, qualora concluso, e che genere di competenze abbiano acquisito nell'ambito di un'eventuale attività professionale intrapresa. Questo al fine di modulare il giudizio, renderlo equo e consono alla realtà del caso concreto.

Si è detto che il disturbo interessa i bambini a partire dall'età scolare (tanto che la diagnosi può essere posta con certezza alla fine della II classe elementare), ma è altrettanto vero, come precedentemente sottolineato, che il bambino può manifestare dei sintomi prodromici, specialmente relativi a difficoltà nella comunicazione, già prima di iniziare la frequentazione scolastica. In tal caso il problema valutativo medico legale diventa certamente più complicato e dovrebbe comunque sempre essere sostenuto da un'adeguata e completa documentazione specialistica che inquadri e definisca nel dettaglio i disturbi rilevati nel bambino. La possibilità di riconoscere lo status di invalidità, pur se oggettivamente difficile, non può essere esclusa a priori, anche se in tali casi sarebbe opportuna una scadenza revisionale a tempi ravvicinati, in attesa di una definizione e chiarificazione del quadro clinico.

Il riconoscimento dell'handicap

Si tratta ora di considerare se sussistano per il soggetto dislessico gli estremi per

il riconoscimento della condizione di handicap secondo quanto previsto dalla legge 104/92. All'art. 1 della citata norma si definisce persona handicappata il soggetto che *“presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione”*. Gli elementi salienti che permettono la definizione della persona con handicap sono pertanto:

- la documentata realtà della minorazione;
- il fatto che la minorazione causi difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa;
- il fatto che gli effetti della minorazione siano di entità tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Esaminiamo compiutamente questi aspetti che definiscono la persona handicappata alla luce del disturbo di cui ci stiamo occupando, vale a dire la dislessia. Il primo problema sarà valutare se effettivamente questo disturbo dell'apprendimento sia tale da determinare difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa. Orbene, alla luce delle caratteristiche intrinseche proprie della dislessia, inserita non casualmente tra i “disturbi dell'Apprendimento”, appare fuor di dubbio che tale disturbo sia di per se stesso in grado di determinare una oggettiva difficoltà di apprendimento. Infatti il corretto sviluppo dei processi mentali vede proprio in un'adeguata e sufficiente capacità nella lettura uno dei principali strumenti di crescita e maturazione. Altrettanto logico appare come tale difficoltà nell'apprendimento possa essere produttiva per il minore di una concreta situazione di svantaggio sociale o di emarginazio-

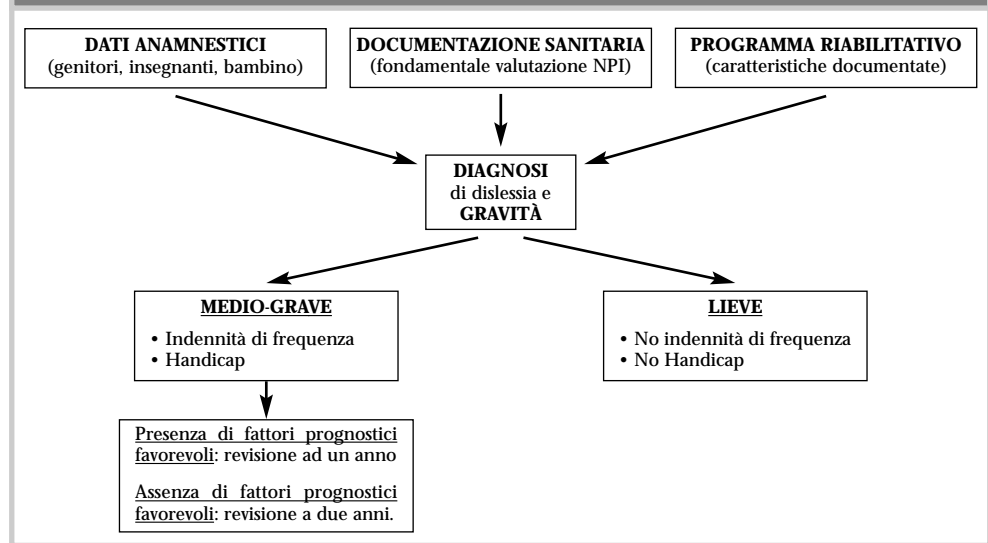
ne. La prima condizione si realizza in quanto la capacità nella lettura è prerequisito basilare per una completa e valida integrazione sociale; la condizione di emarginazione potrebbe invece derivare dal fatto che i minori con tale disturbo possono essere considerati soggetti "minorati", "diversi" rispetto ai coetanei e quindi da questi emarginati. Tali aspetti, difficoltà di apprendimento da un lato e svantaggio sociale dall'altro, possono interessare tanto il minore in età scolastica quanto il minore che ha ormai assolto i propri doveri relativi all'istruzione obbligatoria ed è già inserito nel mondo del lavoro. Indubbiamente il parametro principale che dovrà guidare la valutazione per il riconoscimento dello status di persona handicappata sarà rappresentato dalla gravità del disturbo: solo un deficit medio-grave potrà essere concretamente responsabile di quella situazione di difficoltà nell'apprendimento e di conseguente svantaggio sociale o di emarginazione tale da soddisfare il disposto legislativo. Si ritiene peraltro che tale valutazione debba essere più "largheggiante" per i soggetti che frequentano la scuola ed al contrario più "restrittiva" per i minori ormai dedicati ad un'attività lavorativa. Infatti è indubbio, per l'importanza che la lettura ha nel mondo scolastico, che una compromissione di tale capacità, pur in presenza di deficit anche solo di grado lieve-medio, possa essere produttiva di una reale e concreta situazione di svantaggio sociale e, soprattutto, di emarginazione per il minore.

Il beneficio del collocamento mirato

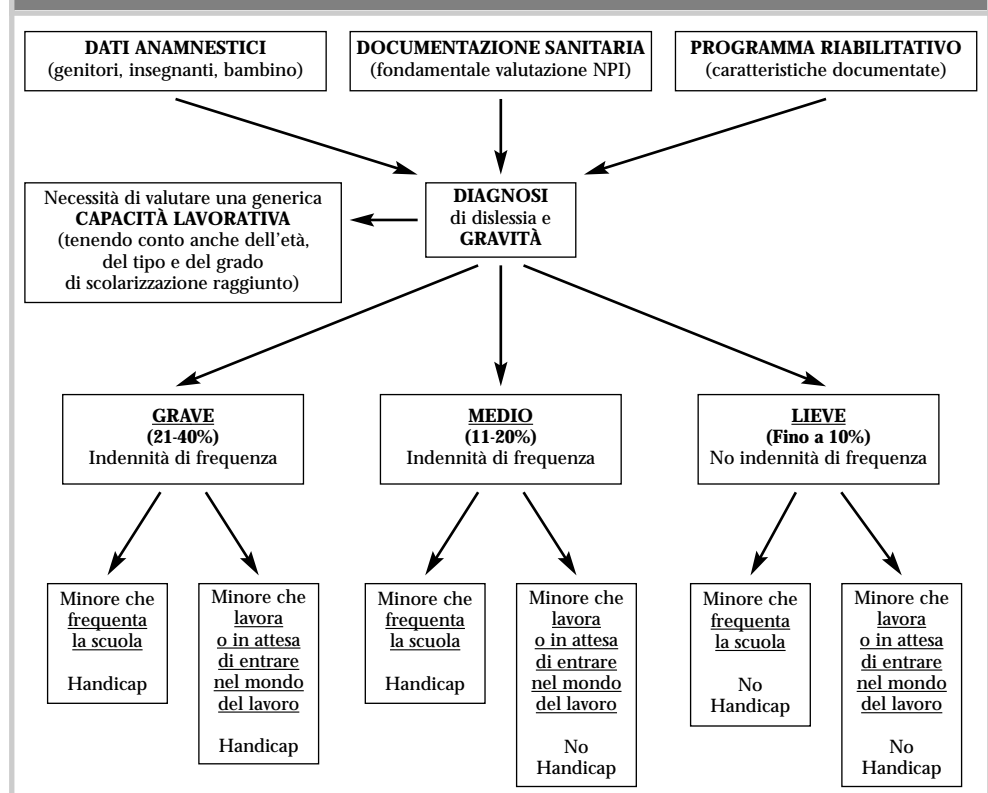
La valutazione del minore dislessico se

da un lato sottende come problema principale la possibilità di accordare il beneficio rappresentato dall'indennità di frequenza, dall'altro, per soggetti che hanno terminato il corso di studi obbligatorio, si potrebbe presentare il problema del riconoscimento della sussistenza dei presupposti per inserire il minore stesso nelle liste per il collocamento mirato dei disabili. Orbene, secondo la norma vigente (legge 68/99) tale beneficio viene concesso, tra le altre, alle *"persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali ed ai portatori di handicap intellettuale che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%"*. Dal momento che la previsione legislativa prevede un esplicito riferimento percentuale minimo alla riduzione della capacità lavorativa (45%), è anche per questo motivo che in minori di età compresa tra 15 e 18 anni è opportuna quella "doppia valutazione" di cui sopra si è accennato relativa all'incidenza del disturbo da un lato sui compiti e le funzioni proprie dell'età del minore e, dall'altro, su di una ultragenerica capacità lavorativa. Riferendosi alla proposta valutativa sopra esposta, ben difficilmente, in presenza del solo disturbo "dislessia", si riuscirà a raggiungere una valutazione tale da consentire al minore l'accesso al beneficio di legge. In linea generale quindi si ritiene non sussistano i presupposti per concedere l'inserimento nelle liste per il collocamento mirato del soggetto dislessico. È bene comunque ricordare come sovente il disturbo si associ ad altre patologie, siano esse coesistenti o, più spesso, concorrenti, permettendo in tal caso, alla luce di una valutazione complessiva, di raggiungere il minimo previsto per legge e garantire quindi al minore invalido il diritto al beneficio.

A) - Algoritmo valutativo per il minore che frequenta la scuola dell'obbligo



B) - Algoritmo valutativo per il soggetto maggiore di 15 anni che frequenta la scuola ovvero che è inserito o vuole inserirsi nel mondo del lavoro



Bibliografia

- Boder E. Developmental Dyslexia: a diagnostic approach based on three typical reading-spelling patterns. *Dev Ment Child Neurology*, 15:663-87, 1973
- Cassini A, Ciampalini L, Lis A. La dislessia in Italia. *Età Evolutiva*, 18:66-83, 1984
- Coscarella C. Epidemiologia dei deficit specifici di apprendimento nel territorio dell'isola d'Elba. *Psich Infanzia Adol*, 68:7-15, 2001
- DSM-IV-TR. Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali. Text Revision. Masson, Milano, 1997
- Galaburda AM, Livingstone MS. Evidence for a magnocellular defect in developmental dyslexia. *Ann N Y Acad Science*, 682:70-82, 1993
- Ginger JW, Pennington BF, Defries JC. Risk for reading disability as a function of parental history in three family studies. *Read Writing*, 3:205-17, 1991
- Grigorenko EL. Developmental Dyslexia: an up-date on genes, brains and environment. *J Child Psychology and Psychiatry*, 42:91-125, 2001
- ICD-10, Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Masson, Milano, 1992
- ICDH-II, Classificazione internazionale del funzionamento e delle disabilità. OMS, 1999
- Linee Guida per i Disturbi Specifici di Apprendimento. *Gior Neuropsich Età Evol*, 24(suppl.1): 179-97, 2004
- Marchesi M, Saccomanni L. Sinopsi e linee guida. *Giorn Neuropsich Età Evol*, 19:126-29, 1989
- Martini M, Scorretti C. L'invalidità civile. SBM Ed, 1999
- Pennington BF. Annotation: the genetic of dyslexia. *J Child Psychol Psychiatry* 31:193-201, 1990
- Stella G. Servizi specialistici e scuola di fronte ai problemi di apprendimento. *Quale interazione? I Care*, 22:110-13, 1997
- Stella G. Dislessia evolutiva. *Gior Neuropsich Età Evol*, 19:39-52, 1999
- Torgesen JK, Wagner RK, Rashotte CA. Longitudinal studies of phonological processing and reading. *J Learn Disabil*, 27:276-86, 1994
- Conte R, Humphreys R. Repeated readings using audioadapted material enhances oral reading in children with reading difficulties. *J Comm Dis*, 922:65-79, 1989
- Bakker DJ, Vinke J. Effects of specific hemispheric stimulation on brain activity and reading in dyslexic. *J Clin Exp Neuropsych*. 1:505-25, 1985
- Lovett MW, Ransby MJ, Barron RW. Treatment, subtype and word type effects in dyslexic children's response to remediation. *Brain Lang*, 34:328-49, 1988

Un caso di responsabilità professionale dei medici S.A.S.N. in tema di idoneità alla navigazione

Carlo De Rosa ¹ - Giulio Di Mizio ² - Pietrantonio Ricci ²

¹ Cattedra di Medicina Legale - Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "G. Salvatore" Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro e Consulenza Medico-Legale della Sede Compartimentale I.P.S.E.M.A. di Napoli

² Cattedra di Medicina Legale - Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica "G. Salvatore" Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro

Summary

Maritime job suitability: a S.A.S.N. medical malpractice

S.A.S.N. is the Italian Ministry of Health Agency that provides medical assistance to the maritime workers. The Appeals Court of Genova recently found a case of S.A.S.N. medical malpractice in considering a maritime worker suitable for navigation despite he was affected by hepatitis "C".

Riassunto

Il S.A.S.N. è l'organo del Ministero della Salute deputato all'assistenza dei lavoratori marittimi. Una recente sentenza della corte di appello di Genova ha riconosciuto un caso di responsabilità professionale dei medici S.A.S.N. a proposito di un lavoratore affetto da epatite "C" che non fu riconosciuto inabile alla navigazione.

Keywords: *medical malpractice, marine workers, hepatitis C, suitability for employment, damage compensation.*

Parole chiave: *colpa medica, lavoratori marittimi, epatite C, idoneità alla navigazione, risarcimento del danno.*

Introduzione

Una sentenza della Sezione per le controversie in materia di lavoro della Corte di appello di Genova del 21.1.2005 offre lo spunto per analizzare uno dei primi casi di responsabilità professionale contestato a medici del S.A.S.N.

L'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, ed ai loro familiari aventi diritto, è assicurata in Italia dalle Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio gli interessati hanno la residenza.

Tramite il S.A.S.N., tuttavia, il Ministero della salute¹ assicura l'assistenza sanita-

ria in Italia e all'estero ai marittimi in navigazione o imbarcati (anche se a terra per i periodi di sosta o di riposo compensativo), o in attesa di imbarco (purché per contratto a disposizione dell'armatore) ed agli aeronaviganti in costanza del rapporto di lavoro. Tale assistenza copre tutto il periodo di malattia contratta nelle predette situazioni. Sono, altresì garantite al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile anche prestazioni medico-legali.

Per beneficiare di tali servizi è necessario che il navigante appartenga ad una delle categorie descritte nell'art. 2 del D.P.R. 620/80.

¹ <http://www.ministerosalute.it>

L'assistenza sanitaria agli appartenenti a tali categorie è assicurata attraverso poliambulatori dipendenti dalla Direzione generale delle prestazioni sanitarie e medico-legali del Ministero della Salute, ubicati in prossimità di porti od aeroporti ed organizzati in sezioni. Tali sezioni sono denominate come Servizi di Assistenza Sanitaria al personale Navigante (S.A.S.N.).

All'interno dei predetti ambulatori operano medici a rapporto convenzionale, sia generici che specialisti, personale sanitario non medico ed amministrativi.

Le prestazioni vengono erogate, sia in forma diretta che indiretta, e spaziano dalla medicina generale e specialistica all'assistenza farmaceutica. Nelle località sprovviste di ambulatori S.A.S.N., gli aventi diritto all'assistenza vengono assistiti da medici fiduciari convenzionati con il Ministero della Salute.

Per usufruire dell'assistenza è necessario inoltrare al Ministero della Salute un'apposita domanda di iscrizione, da presentare direttamente o tramite l'impresa armatoriale di appartenenza.

Tra le funzioni del S.A.S.N. rientrano le visite per l'idoneità alla navigazione effettuate ai sensi del R.D. 14.12.1933 n. 1773, convertito nella legge 22 gennaio 1934 n. 244 e successive modifiche ed integrazioni. Tali visite restano sostanzialmente diverse da quelle effettuate dal medico competente ai sensi del D.Lgs. 271/99 giacché verificano una generica idoneità al lavoro per le diverse categorie in cui è suddivisa la gente di mare (De Rosa, Di Mizio, Ricci, in D.S. 2005).

Il caso

Con ricorso presentato al tribunale di Genova, un lavoratore marittimo conve-

niva in giudizio l'allora Ministero della Marina mercantile, il Ministero della Salute ed il S.A.S.N. di Genova, al fine di ottenere la condanna al pagamento in proprio favore della complessiva somma di lire 1.778.122.000, adducendo una non corretta assistenza sanitaria da parte del S.A.S.N.

Il marittimo si imbarcava il 22.4.1992 sulla motonave "A." con mansioni di Primo Ufficiale e come tale responsabile della sicurezza della nave. L'imbarco avveniva dopo visita medica di controllo da parte del SASN di Genova che dichiarava la piena idoneità del soggetto al tipo di prestazione lavorativa. Nel luglio 1992, a causa della comparsa di una sintomatologia dispeptica con astenia, nausea, vomito, senso di malessere, si sottoponeva ad alcuni accertamenti clinici e richiedeva visita medica al S.A.S.N. di Genova. Al termine degli accertamenti si riscontrava positività per HCV, lieve rialzo della bilirubinemia diretta e indiretta, mentre risultavano normali gli enzimi epatici; gli altri indici di funzionalità epatica come gli esami sierologici e l'esame emocronocitometrico non presentavano alterazioni. Secondo la relazione medica redatta presso il DIMI nello stesso mese (24.7.92) la positività indicava "avvenuto contatto con HCV e possibile persistenza del virus nell'organismo" ossia la positività poteva essere messa in relazione con una pregressa infezione da virus C, il che corrispondeva ad una condizione di portatore sano, o con una infezione ancora in atto confermando l'assenza di danno epatico in atto. Successivamente effettuava nuovi esami di controllo presso le strutture sanitarie del S.A.S.N. di Genova (novembre '92; aprile '93; luglio '93). In tutti i controlli si segnalava epotomegalia con piccola insufficienza epatica e positività dei markers epatici (TEST HCV-RIBA ++). Veniva comunque giudicato abile.

Nel luglio 1993 il marittimo veniva sbarcato per un infortunio subito a bordo e, per la persistenza dei disturbi dispeptici si sottoponeva a nuovi accertamenti presso il S.A.S.N. di Genova. Dal 26.3.1994 al 1.4.1994 si ricoverava presso il Policlinico universitario di Messina. Qui veniva sottoposto a biopsia

epatica di cui si riporta l'esito: *“nel frustolo di tessuto epatico in esame spicca un reperto di intensa statosi a grosse gocce. Negli spazi portali non si evidenziano alterazioni degne di nota”. La diagnosi clinica formulata dai sanitari era “steatosi epatica HCV-correlata”.*

Nel settembre 1994 veniva sottoposto a visita medica presso il S.A.S.N. di Messina e successivamente veniva riconosciuto temporaneamente inabile al lavoro dalla Commissione di I grado. Il 14.7.95 la stessa Commissione formulava giudizio di permanente non idoneità alla navigazione per “epatite cronica attiva HCV correlata”.

Dal gennaio '95 il lavoratore veniva preso in cura presso il reparto di malattie infettive dell'ospedale di Messina e sottoposto a cicli di terapia con interferone.

Secondo il lavoratore, a causa dell'erroneità delle certificazioni del S.A.S.N., la malattia si sarebbe aggravata al punto tale da cronicizzarsi.

I convenuti si costituivano in giudizio chiedendo il rigetto della domanda.

Con sentenza n. 1254 emessa in data 3.5.2001, il Tribunale di Genova respingeva il ricorso in quanto la virulentizzazione del virus C non poteva essere avvenuta a causa del mancato giudizio di idoneità da parte della struttura sanitaria, sicché non si poteva ravvisare alcun nesso di causalità tra la condotta dell'autorità amministrativa e l'evento danno (Barni, 1995; Fineschi, in Riv. It. Med. Leg. 2000).

Avverso tale sentenza veniva proposto appello dal marittimo il quale evidenziava la contraddizione intrinseca della sentenza di primo grado, la quale se da un lato assumeva che in caso di malattia asintomatica non è possibile alcun trattamento, affermava - dall'altro - che per casi consimili è raccomandabile un ritmo di vita regolare, condizione, questa, negata proprio dai medici che avevano dichiarato idoneo il lavoratore.

Per altro, nel corso del primo giudizio, il designato C.T.U. aveva affermato in

maniera inequivoca che *“la valutazione del danno [...] indicata in CTU debba essere posta in esclusiva correlazione con il fatto che il ricorrente abbia continuato a navigare”.* In estrema sintesi, riteneva l'appellante che, se costretto a rinunciare agli imbarchi per inidoneità, con adeguate cure e corretto stile di vita avrebbe potuto risolvere la malattia. A sostegno di ciò documentava un progressivo aumento dei valori ai test RIBA, la circostanza di non essere bevitore e fumatore e di aver svolto, dopo l'idoneità, lavori “di comandata”, ossia pesanti e stressanti.

La decisione d'Appello

Con sentenza del 21.1.2005, dunque, la Sezione per le controversie in materia di lavoro della Corte di appello di Genova, ha accolto il ricorso. Interessanti le motivazioni poste a base della decisione.

La questione fondamentale affrontata dai Giudicanti è stata quella di valutare l'idoneità alla navigazione del soggetto all'epoca dei fatti.

Durante il procedimento d'Appello, è stato nominato un Collegio peritale composto da un medico legale ed un infettivologo a cui è stato posto il seguente quesito:

“Dica il CTU se l'appellante nel periodo di causa fosse o meno idoneo all'imbarco ed in caso di risposta negativa dica se e in quale misura l'appellante abbia subito danno biologico conseguenza degli imbarchi per i quali non risultava idoneo”.

La risposta al quesito è stata la seguente: *“Il sig. *** a partire dal luglio 1992 non era idoneo all'imbarco in quanto gli accertamenti di laboratorio, eseguiti in presenza di una*

specificata sintomatologia dispeptica, avevano evidenziato una positività dei markers dell'epatite C, il che indicava o un pregresso contagio o una infezione in atto;

- *tale condizione imponeva, anche in assenza di specifico danno epatico, un atteggiamento cautelativo che in primo luogo doveva prevedere l'eliminazione di tutti i reali e potenziali fattori di rischio: la condotta corretta sarebbe stata quella di allontanare il soggetto dall'ambiente di lavoro e prescrivere un periodo di riposo assoluto e adeguato regime igienico-dietetico, nonché predisporre un monitoraggio clinico e strumentale, con eventuale intervento terapeutico, dell'evento morboso;*
- *il principale fattore di rischio era infatti rappresentato dalla tipologia dell'ambiente di lavoro che prevedeva lo svolgimento di attività faticose, svolte per lo più in ambienti insalubri, con turni irregolari e inevitabili alterazione del bioritmo coadiuvato da concomitanti situazioni di stress; altre condizioni aggravanti o favorevoli al progredire della malattia sono genericamente rappresentate da alcool e fumo e disordini alimentari. A tal proposito occorre precisare come dalla raccolta anamnestica non risultò abuso di sostanze alcoliche né abitudini al fumo e comunque, ove presenti, essi rivestirebbero sempre un ruolo parziale. Per contro l'attività lavorativa era particolarmente impegnativa richiedendo partecipazione a lavori pesanti per operazioni di manutenzione e straordinaria sulla nave, ormeggi e attività di tipo sanitario;*
- *il proseguimento dell'attività lavorativa ha impedito che fossero messe in atto le procedure igienico-dietetiche, di controllo clinico e strumentale e farmacologiche, atte a controllare l'evoluzione dell'infezione, fermo restando che difficilmente si sarebbe potuta avere una guarigione completa e che il ricorrente avrebbe dovuto comunque mantenere per tutta la sua vita abitudini più che regolari”.*

Quanto al nesso causale (Fiori, in Riv. It. Med. Leg. I, 1991; Paliero, in a.c., 1991) i consulenti hanno messo in evidenza il fatto che, dalla mancata reiterata inidoneità, è derivato un danno (o per lo meno un maggior danno) che, tenuto conto dei “barèmes orientativi in uso per la valutazione dell'invalidità permanente”, è stato quantificato nel 30% (comprensivo di una componente ansioso-reattiva alla consapevolezza del proprio stato di “portatore di virus” e alle implicazioni della malattia stessa, potenzialmente evolutiva verso la cirrosi”). Non privo di rilievo, in tema di nesso causale, la oggettiva constatazione (emergente dai documenti in atti) che gli esami ematochimici del 1992, sostanzialmente nei limiti della norma, siano progressivamente peggiorati: peggioramento su cui ha inciso proprio il mancato giudizio di inidoneità e la conseguente eliminazione dei fattori di rischio (tra cui in particolare l'attività lavorativa soprattutto se faticosa e stressante).

Quanto all'attività svolta dal marittimo, l'Avvocatura dello Stato, per i convenuti, ha evidenziato, che in realtà, il lavoratore non si trovava in navigazione, ma in comandata, sicché svolgeva attività non particolarmente disagiata.

A tal proposito, è bene ricordare che (dalla sentenza) “originariamente per lavoro di comandata si intendevano le prestazioni effettuate da personale immatricolato tra la gente di mare, a bordo di navi durante le soste in porto per l'espletamento di lavori di comune manutenzione della nave, di rimpiazzo di componenti l'equipaggio in licenza o in rinforzo di componenti l'equipaggio stesso (in gergo marinaro la comandata veniva chiamata *corvè*)”. I contratti collettivi hanno poi esteso il servizio di comandata anche a prestazioni non com-

piute a bordo di navi e, solamente a fini previdenziali, il legislatore ha dato una definizione della comandata. L'art. 3 punto e del DM 12.3.1953 stabilisce, infatti, che "L'assicurazione comprende, altresì [...] le persone adibite temporaneamente ai servizi speciali durante il disarmo o la sosta della nave in porto (personale di comandata)". Ma, nel caso in esame, il soggetto era 1° ufficiale e la comandata, dunque, non è altro che un modo di esecuzione del contratto di arruolamento come affermato dalla giurisprudenza della Suprema Corte: infatti, "alla disciplina particolare del contratto di arruolamento, che consiste nella 'prestazione di servizio su una nave' o 'su più di esse successivamente' (art. 327 cod. nav.), partecipa il c.d. contratto di comandata, che è una specie, ed è caratterizzato dall'impiego di marittimi in attesa d'imbarco in prestazioni provvisorie consistenti in attività di 'riparazioni e manutenzioni di bordo' e perciò sempre a servizio della nave, benché non in navigazione, ma finalizzato all'atto della navigazione. In difetto di tali discriminanti caratteri, il rapporto di 'comandata' a terra si deve qualificare come contratto di diritto comune, difettando appunto il 'servizio su nave', pur ancorata in porto" (Cass. 13.9.1991, n. 9562, FI, 1993, I, 2930).
Comunque il C.T.U. medico legale, sentito a chiarimenti su specifica richiesta dell'Avvocatura dello stato ha precisato in maniera inequivoca che il soggetto

"... non era idoneo all'imbarco perché la tipologia dell'attività lavorativa e l'ambiente di lavoro costituiva un importante fattore di rischio. Ciò è valido anche nell'ipotesi di lavoro nautico di comandata in quanto nelle condizioni in cui *** si trovava dovevano essere eliminati tutti i fattori di rischio sia igienico-sanitari che alimentari, necessitando

inoltre la persona di riposo (evitando stress legali ad un certo tipo di attività lavorativa)".

Dal punto di vista giuridico, preliminarmente la Corte ha richiamato la normativa specifica del settore marittimo che, quanto alla idoneità alla navigazione (per l'idoneità fisica della gente di mare di I categoria, corrispondente alla I e II categoria di cui all'art. 115 c.n.), trova disciplina nel Regio decreto-legge 14.12.1933 n. 1773, convertito nella legge 22 gennaio 1934 n. 244 nonché nella l. 28.10.1962, n. 1602.

Mentre il regio decreto elenca infermità, imperfezioni e difetti fisici di cui l'accertamento sanitario deve tenere conto, la legge del 1962 specifica che oltre tali elementi si deve tenere conto anche dei seguenti elementi:

- a) che le imperfezioni o malattie riscontrate non costituiscono pericolo per la salute dell'altro personale di bordo;
- b) che le imperfezioni o malattie riscontrate non siano tali da venire aggravate dal servizio di bordo o da rendere il soggetto inadatto a tale servizio.

In particolare poi, per quanto riguarda la visita di imbarco di cui all'art. 323 c.n., essa deve limitarsi a constatare l'esistenza di malattie contagiose o acute in atto (art. 7, L.1602/62).

Dal combinato disposto delle citate normative emerge il fatto che la valutazione di idoneità alla navigazione deve riguardare non solo la sussistenza di una infermità, imperfezione e difetto fisico previsto dal citato regio decreto, ma anche la ricaduta che tali situazioni possano avere sulla salute degli altri marittimi e dello stesso lavoratore arruolato. In particolare, per quanto riguarda la visita di imbarco, prevista dall'art. 323 c.n., la disposizione codicistica indica anche il fine di tale visita, visita che è

“diretta ad accertare l’idoneità della persona da arruolare in rapporto al servizio cui deve essere adibita”.

Proprio quest’ultima disposizione, tenuto conto del combinato disposto degli artt. 32 Cost. e 2043 c.c. (Commentario al Codice Civile, 2002), se interpretata in maniera conforme alla Costituzione, porta a ritenere che all’arruolato non debba derivare nocimento dal servizio al quale è destinato. Idoneità a svolgere il servizio significa che il lavoratore si trova nelle condizioni psico-fisiche per svolgere il servizio cui deve essere adibito, ma anche che il servizio non deve costituire causa o concausa di aggravamento delle sue condizioni. Le disposizioni di dettaglio, infatti, fanno espresso riferimento sia a situazioni preventive (aggravamento delle condizioni psico-fisiche per causa di servizio art. 1 lett.b) L.1602/62) sia a malattie acute (art. 7 L.1602/62).

In sostanza il servizio non deve incidere sulle condizioni di salute del marittimo quando costui non si presenti idoneo. La normativa è poi particolarmente rigorosa perché mentre gli accertamenti sanitari risultano normalmente validi due anni² (cfr. art. 4, 2° co. L.1602/62), l’art. 323 prevede obbligatoriamente la visita medica d’imbarco proprio per evitare l’arruolamento di soggetti momentaneamente non idonei.

Se è vero che in tal caso la disposizione fa riferimento alle sole malattie acute in atto, essa deve comunque coordinarsi con il rispetto del principio del *neminem laedere* (Del Giudice, 1996) e dell’inviolabilità del diritto alla salute (Stanzione, Zambrano, 1998).

Così, la Corte d’Appello ha affermato la responsabilità dei sanitari del S.A.S.N.

di Genova. Essi, infatti, “*non hanno per negligenza e imperizia posto in essere alcuna delle misure preventive che la scienza medica impone in casi del genere*” (Girolami, in Riv. It. Med. Leg., 2001). Il ricorrente non era asintomatico, ma presentava una sintomatologia che trovava, tra l’altro, oggettivo riscontro negli esami di laboratorio (positività per HCV). Il fatto poi che tale quadro iniziale potesse leggersi come una pregressa infezione da virus “C” ovvero come una infezione in atto, “*evidenzia la leggerezza con cui i medici si siano comportati tenuto conto che comunque la visita di imbarco deve costatare l’esistenza di malattie contagiose o malattie acute in atto (cfr. art. 7 L.1602/62), sicché nel caso in esame nel dubbio, la prudenza imponeva un giudizio di temporanea inidoneità*”.

Venendo alla quantificazione del danno, vi è da ricordare che il ricorrente, in primo grado, aveva specificato le seguenti voci di danno:

- a) danno da invalidità lavorativa specifica;
 - b) danno da mancata indennità di malattia dal 15.10.1993 al 14.7.1995;
 - c) danno biologico;
 - d) danno morale;
 - e) danno per cure, terapie, spese varie.
- Con la sentenza in esame, la Corte d’Appello ha ritenuto che “le voci di danno sub a), b) ed e) non possano trovare accoglimento”. La richiesta di danno da invalidità lavorativa specifica è risultata in contraddizione con lo spirito del ricorso: la riduzione, ovvero la perdita della capacità lavorativa specifica, si sarebbe comunque verificata, anche in presenza di una corretta e tempestiva diagnosi e, quindi, non è addebitabile ai medici S.A.S.N. (Bianca, 1994; Cazza-

² La c.d. “visita biennale”.

niga et al, in *Compendio di Medicina Legale e delle Assicurazioni*, 1995).

Il presunto danno conseguente al mancato riconoscimento del periodo di malattia non ha trovato accoglimento perché il lavoratore pur non percependo la prevista indennità, ha comunque percepito (lavorando) la retribuzione (e le relative indennità), sicché nessun danno si è verificato³.

Quanto alla richiesta di rimborso relativo alle spese mediche sostenute, esse non sono risultate sufficientemente comprovate.

Pur nella sua aleatorietà (Ricci, 2003), ha trovato accoglimento il riconoscimento del danno biologico nonché di quello morale, "sia che lo si voglia intendere tradizionalmente come conseguenza delle lesioni colpose (ex art. 2059 c.c. e 185 c.c.), lesioni connesse all'accertato aggravamento (c.d. danno morale soggettivo), sia che lo si voglia intendere come danno non patrimoniale esistenziale (ex art. 2059 c.c., nella lettura costituzionalmente orientata offerta dalla Suprema Corte 31.5.2003, n. 8827)" (Rizzo, Abbate, In *Nuovi Pareri Motivati di Diritto Civile*, 2001). Nel caso in esame infatti, i

Giudici d'Appello hanno stigmatizzato il fatto che il ricorrente, che aveva presentato una precisa sintomatologia, ha visto opposto dal luglio 1992 al settembre 1994 un giudizio di idoneità al lavoro con ciò rendendo più pesante e stressante la sua condizione di ammalato.

In ordine alla quantificazione del danno biologico (Petti, 1997), tenuto conto che il ricorrente al momento del fatto (1.4.1992) aveva 40 anni e che l'invalidità accertata dalla C.T.U. è stata del 30%, è stata riconosciuta la somma di € 129.616,65 (calcolo effettuato con le tabelle in uso al tribunale di Genova, tabelle a punto: € 77.040,28 danno biologico al 1.1.2003, devalutato al 1.4.1992, a lire 55.982,03, rivalutato con interessi sulle somme via via rivalutate dal 1.4.1992 al 21.1.1995 = € 129.616,65 di cui € 73.634,62 per interessi e rivalutazione dal fatto alla sentenza).

Il danno morale è stato riconosciuto nella misura di 1/3 di quello biologico, e quindi in € 43.205, 55.

Le spese del giudizio di entrambi i gradi, sono state compensate per metà tenuto conto del parziale accoglimento delle domande. Le spese di C.T.U. sono state poste definitivamente a carico solidale dei Ministeri convenuti.

³ Art. 1226 c.c. in *Codice Civile annotato con la giurisprudenza*, a cura di Paolo Cendon, Vol. 1°. Torino: UTET, 2001.

Bibliografia

Art. 1226 c.c. in *Codice Civile annotato con la giurisprudenza*, a cura di Paolo Cendon, Vol. 1°. Torino: UTET, 2001

Art. 2043 c.c. in *Commentario al Codice Civile diretto da Paolo Cendon*, aggiornamento 1991-2001 UTET, Torino, 2002

Barni M. *Il rapporto di causalità materiale in Medicina Legale*. Milano: Giuffrè, 1995

Bianca CM. *IL risarcimento del danno in Diritto Civile - V La responsabilità*. Milano: Giuffrè, 1994; 182-84

Cazzaniga A, Cattabeni CM, Luvoni R. *Il risarcimento del danno alla persona da fatto illecito*. In:

- Compendio di Medicina Legale e delle Assicurazioni. X ed. Torino: UTET, 1995
- De Rosa C, Di Mizio G, Ricci P. Infortuni e malattie professionali nei lavoratori marittimi: ruolo della sorveglianza sanitaria. *Difesa Sociale*, 2-2005
- Del Giudice F. *Nuovo Dizionario Giuridico*. Napoli: Esselibri - Simone, 1996
- Fineschi V. Responsabilità medica per omissione: malintesi e dubbi in tema di nesso di causalità materiale. *Riv. It. Med. Leg.* XXII, 2000
- Fiori A. Il criterio di probabilità nella valutazione medico-legale del nesso causale. *Riv. It. Med. Leg.* I, 1991
- Girolami P. La responsabilità contrattuale (o da contratto) del medico dipendente. Alcune considerazioni alla luce della sentenza Cassazione Civile, 22 gennaio 1999, n.589. *Riv. It. Med. Leg.* XXIII, 2001
- <http://www.ministerosalute.it>
- Izzo F, Abbate G. (a cura di) Responsabilità contrattuale ed extra contrattuale - Danno biologico. In *Nuovi Pareri Motivati di Diritto Civile*. Napoli: Ed. Simone, 2001;423-26
- Paliero CE. La causalità dell'omissione: formule concettuali e paradigmi prasseologici. In: *Atti del convegno nazionale su La causalità tra diritto e medicina*. Pavia 19-21 settembre 1991;1:87
- Petti GB. Problematica risarcitoria in Il risarcimento del danno biologico. Torino: UTET, 1997;93-100
- Ricci P, Panarese F, Fusco FS, De Rosa C. Risarcimento del danno da ritardata diagnosi di neoplasia polmonare: problematiche giuridiche e medico-legali. *Danno e Responsabilità*, IPSOA 12, 2003
- Stanzione P, Zambrano V. *Attività sanitaria e responsabilità civile*. Milano: Giuffrè, 1998

Prevenzione dei rischi legati a pratiche di ornamento del corpo

Gian Maria Spinelli¹ - Michele Arcangelo Martiello¹ - Laura Incandela² - Giuseppe Boncompagni² - Mariano Giacchi¹

¹ Dipartimento Fisiopatologia, Medicina Sperimentale e Sanità Pubblica, Università di Siena

² Unità Funzionale di Igiene e Sanità Pubblica "Area Grossetana", Azienda USL 9 di Grosseto

Summary

Prevention of risks connected with body-decorating practices

Body art (tattoos, piercings, etc.) represents an important socio-cultural phenomenon that is widely expanding throughout the population. The invasiveness of the use of needles and cutting instruments and the consequential creation of a mucocutaneous discontinuity presents a risk for the transmission of infectious diseases (HBV, HCV, etc.). In addition, the introduction of foreign materials, such as colors (for tattoos, semi-permanent make-up) and metals (for piercings) implicates a risk for pathological and chronic allergies. The local departments of prevention must assure an acceptable training and a respect for hygienic regulations of those working in this sector; they must also promote programs for the communication of the related risks among the population, in order to allow individuals to accurately perceive and evaluate these risks. Taking into consideration the increasing prevalence of tattooing in the general population and the absolute need of a safe and sustainable blood supply, is necessary an optimization of the cost-effectiveness of screening blood donors.

Riassunto

Le pratiche di ornamento del corpo (tatuaggi, *piercing*, etc.) rappresentano un importante fenomeno socio-culturale, che interessa sempre maggiori segmenti di popolazione. Le diverse pratiche non sono esenti da rischi infettivi in ragione dell'utilizzo di aghi e strumenti taglienti (HBV, HCV, etc.) e non infettivi (allergie e reazioni cronico-degenerative) per l'introduzione ed il contatto con colori (nel caso del tatuaggio, del trucco semi-permanente e del disegno all'*henné*) e metalli (nel caso del *piercing*).

Al fine di prevenire tali rischi, fondamentale è la definizione di misure igieniche, preventive e di educazione sanitaria, con l'istituzione di un'adeguata formazione degli operatori che eseguono tali pratiche, con una maggior sicurezza degli strumenti e luoghi di lavoro ma anche con la diffusione di raccomandazioni ai clienti che vi si sottopongono, e con una adeguata sorveglianza da parte dell'autorità sanitaria locale, in particolare i Dipartimenti di Prevenzione, in accordo con la legislazione vigente.

Una problematica strettamente correlata all'igiene e sicurezza nelle pratiche di *piercing* e tatuaggi è il rapporto di queste con le donazioni di sangue dove nei diversi paesi lo screening dei donatori che si sono sottoposti a *piercing* e tatuaggi segue degli orientamenti diversi in riferimento alla esistenza di leggi e regolamenti che garantiscano in maniera più o meno efficace la sicurezza di tali pratiche.

Keywords: *tattooing, body piercing, risk, prevention & control.*

Parole chiave: *tatuaggio, body piercing, rischi, prevenzione.*

Introduzione

Le pratiche di ornamento comprendono tatuaggi, *piercing*, trucco semipermanente (*semi-permanent make-up*), disegni all'*henné*, scarificazioni, marchi a fuoco

e trasformazioni estreme quali l'allungamento di collo e padiglioni auricolari, che esprimono, oltre a un'esigenza estetica, la creatività, la cultura, le tradizioni dei popoli che le hanno selezionate nel corso della storia.

Talvolta hanno rappresentato un motivo di distinzione destinato a pochi eletti, ad esempio nell'antico Egitto erano destinati ai membri della famiglia reale e proibite alla gente comune, oppure a Roma, tra i centurioni e la guardia pretoriana; oppure l'*hennè* tradizionalmente utilizzato come tinta per capelli e come inchiostro per tatuaggi temporanei nella tradizione indiana ed islamica di decorare il dorso di mani e piedi delle donne sposate e durante molti rituali sociali e religiosi; il *piercing* del capezzolo era considerato un segno di virilità e coraggio mentre in epoca vittoriana aveva un fine estetico tra le donne.

La *body art* abbandonata all'inizio del XX secolo nelle civiltà occidentali, è tornata di moda negli anni '60 con l'orecchino, prima femminile, poi presso alcuni gruppi sociali. Solo dall'inizio degli anni '90 il *piercing* ha trovato spazio in altre parti del corpo quali padiglione auricolare, sopracciglio, narice, labbro, lingua, capezzolo, diffondendosi inizialmente negli ambienti *punk* e omosessuali. Successivamente si è verificata una progressiva diffusione di *piercing* e tatuaggio in molte aree sociali e soprattutto tra gli adolescenti (Boncompagni et al, in Professione: cultura e pratica del medico d'oggi, 2003).

Facciamo qui riferimento a due studi di prevalenza; il primo negli Stati Uniti su un campione di studenti universitari frequentanti collegi di area metropolitana, circa il 50% ha almeno un *piercing* e circa il 25% un tatuaggio, senza differenze significative tra i sessi (Mayers et al, in Mayo Clin Proc, 2002).

Anche nelle nostre comunità il fenomeno è abbastanza diffuso: un recente studio italiano in un campione di ragazzi di scuole medie superiori mostra che il 4,8% degli studenti (3,0% dei maschi e il 6,0% delle femmine) dichiara di avere

fatto almeno un tatuaggio con differenze per tipo di scuola frequentata. Nel caso del *piercing* il 35,1% (maschi 12,6%, femmine 50,5%) dichiara di averne almeno uno, anche in tal caso con differenze in base alla scuola frequentata (Boncompagni et al, in Journal Hygiene and Preventive Medicine, 2005).

Le tecniche di ornamento del corpo

Tra le varie pratiche di ornamento del corpo le più frequenti sono rappresentate dal tatuaggio, dal trucco semi-permanente, dal disegno all'*hennè* e dal *piercing*.

Il tatuaggio consiste nella colorazione permanente di parti del corpo ottenuta con l'introduzione o penetrazione sottocutanea ed intradermica di pigmenti mediante aghi, oppure con la scarificazione, al fine di formare disegni o figure indelebili e perenni.

Il trucco semi-permanente consiste nel tatuaggio cosmetico, tatuaggio temporaneo, micropigmentazione. I pigmenti sono depositati nello strato più esterno della pelle con il risultato di un disegno della durata di 3-5 anni.

Il disegno all'*hennè* rappresenta una decorazione superficiale del corpo realizzata con pasta di *hennè* (colore estratto dalle foglie essiccate e dal picciolo di *Lawsonia Alba*) applicata con sottili pennelli sulla cute per disegni che rimangono visibili per 2-4 settimane (Lauchl, in Swiss Med Wkly, 2001).

Il *piercing* invece è la perforazione di una qualsiasi parte del corpo umano allo scopo di inserire anelli o altre decorazioni di diversa forma e fattura.

L'invasività per l'utilizzo di aghi e strumenti taglienti e la conseguente crea-

zione di una discontinuità mucocutanea, comporta il rischio di trasmissione di malattie infettive. Inoltre l'introduzione ed il contatto di corpi estranei quali colori (nel caso del tatuaggio e del trucco semi-permanente), additivi chimici (aggiunti spesso all'*hennè*), metalli (nel caso del *piercing*) implica il rischio di patologia allergica e cronico degenerativa (Tweteeen, in Clin Infect Dis, 1998; Papameletiou et al, in Atti del Workshop, 2003).

I numerosi studi epidemiologici sul rischio di trasmissione di malattie infettive per via parentale attraverso la esposizione a pratiche di *body art* hanno posto l'attenzione sulle procedure con cui tali pratiche sono effettuate per valutare il rischio in relazione all'utilizzo e contaminazione di apparecchiature, strumenti e superfici utilizzate (Nishioka et al, in Epidemiol Infect, 2002 e in Eur J Epidemiol, 2003).

Le apparecchiature utilizzate per trucco semipermanente sono formate da un piccolo dispositivo elettrico che, tenuto in mano dall'operatore, muove un ago precedentemente immerso nell'inchiostro ed ora iniettato nella pelle onde permettere l'inserimento del pigmento nel derma e quindi il disegno. Elemento critico di tali apparecchi è la stretta vicinanza delle strutture di supporto non monouso con l'ago ed il suo sostegno, entrambi monouso. Questo stretto contatto può causare la risalita di fluidi biologici e bioaerosol potenzialmente contaminati dall'ago al suo sostegno e quindi al motore che, non monouso e difficilmente sterilizzabile, può farsi vettore di patogeni per i successivi clienti e per l'operatore stesso (Mansi, in Ig Sanità Pubblica, 2004).

Le apparecchiature usate per eseguire tatuaggi rappresentano invece una evo-

luzione delle precedenti in quanto l'ago ed il suo sostegno non sono a contatto diretto con il motore e le altre parti permanenti dell'apparecchio, ma queste ultime sono dislocate lateralmente e questo riduce già il rischio di contaminazione, ulteriormente ridotto dalla possibilità di isolarle con rivestimenti in plastica, pulirle e sterilizzarle in virtù dei materiali da cui sono costituite.

Per quanto riguarda il disegno all'*hennè*, il problema è rappresentato dalle caratteristiche del colorante e non tanto delle modalità di applicazione dello stesso. Nella sua forma comune si tratta di una polvere di colore marrone che viene mescolata con acqua per ottenere una pasta simile al fango pronta da applicare. L'agente colorante dell'*hennè* è il *2-idrossi-1,4 naftochinone* il quale conferisce una tipica colorazione marrone scuro, tuttavia al fine di rendere tale colore più simile al nero si utilizzano spesso degli additivi naturali come succo di limone o barbabietola, chicchi di caffè o additivi chimici. La aggiunta di additivi chimici viene fatta per trasformare il colore da marrone scuro a nero e potere vendere il prodotto con il nome ingannevole di "*black henna*" oltre che per rendere più rapido il periodo necessario alla fissazione del colorante sulla cute. Il problema di tali prodotti è che il principale colorante chimico utilizzato per modificarli è il *P-PhenyleneDiamine* (PPD), prodotto che associa una alta tossicità quando inalato o ingerito, ad una alta allergenicità quando in contatto con la cute (disegni cutanei e tintura per capelli) (Lauchl, 2001). Nel caso del *piercing* bisogna distinguere tra il *piercing* del lobo auricolare eseguito tramite apposita pistola (*ear-lobe piercing gun*) e le altre localizzazioni dove le tecniche sono diverse (In www.region.durham.on.ca).

La pistola può essere utilizzata solo per forare la parte carnosa del lobo auricolare e non altre parti dell'orecchio stesso, soprattutto quelle cartilaginee che ne sarebbero gravemente danneggiate (*Ibidem*; Mansi, 2004).

Tutte le pistole per piercing adeguatamente testate ed approvate sono dotate di sistemi di rivestimento in plastica, sterili e monouso delle loro parti fisse in modo da evitarne la contaminazione da sangue o altri fluidi corporei. Per le altre sedi, il forame si applica in maniera più cruenta attraverso la diretta applicazione di aghi-cannula anche di grandi dimensioni nella sede desiderata, e quindi la diretta applicazione del gioiello (fig.3) (*Ibidem*; More et al, in *Pediatr Emerg Care*, 1999; Iowa Department of Public Health, Subcommittee Report).

Rischio infettivo

La Tabella 1 riporta i principali virus, batteri e protozoi che possono essere trasmessi con le pratiche di tatuaggio e *piercing* in base a recenti revisioni della letteratura (Mayers, 2002). Negli ultimi

anni sono stati numerosi gli studi epidemiologici che hanno individuato l'associazione tra tatuaggi e infezioni da HBV, HCV e HIV, tuttavia le stime degli *odds ratio* variano notevolmente (Nishioka, in *Braz J Infect Dis*, 2002; Alter et al, in *Hepatology*, 1997).

In particolare in Italia uno studio effettuato dall'Istituto Superiore di Sanità ha valutato il ruolo di tatuaggi, piercing, manicure e parrucchiere nell'insorgenza delle epatite virale acute da HBV e da HCV. Lo studio ha utilizzato i dati del sistema di sorveglianza per l'epatite virale acuta (SEIEVA) per il periodo 1997-2002, di soggetti di 15-55 anni non esposti ad altri fattori di rischio (trasfusioni, uso di droghe per via venosa). L'analisi dei dati ha evidenziato una associazione statisticamente significativa tra tatuaggio e casi di epatite da HCV (OR = 5.6; CI 95% = 2.8-11.0) (Mariano, in *J Med Virol*, 2004).

Anche il *body piercing* ed il *piercing* del lobo auricolare si sono dimostrati essere fattori di rischio per l'epatite virale ed altre infezioni a trasmissione parenterale (Hayes, in *Am J Infect Control*, 2001). Oltre al rischio infettivo legato alla trasmissione parenterale risulta possibile

Tabella 1 - Principali patogeni che riconoscono tra le modalità di trasmissione [2, 5]

Virus	HBV, HCV, HDV HIV HPV
Batteri	<i>Streptococcus pyogenes</i> <i>Staphylococcus aureus</i> (ca-MRSA) <i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Clostridium tetani</i> <i>Haemophilus ducrey</i> <i>Treponema pallidum</i> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> <i>Mycobacterium leprae</i>
Miceti	<i>Sporotrix schenckii</i> <i>Saksenaea vasiformis</i>
Protozoi	<i>Trypanosoma cruzi</i>

anche l'infezione locale sia per il tatuaggio che per il *body piercing* (Guiard-Schmid et al, in Presse Med, 2000).

Nel caso del piercing la possibile virulenza della normale flora batterica saprofitica di cute e mucose nella sede del "forame" comporta complicanze diverse,

sia locali (ascessi) che sistemiche (batteriemia con sepsi e rischio endocardite) potenzialmente mortali (Tabella 2) (Akhondi, in Emerg Infect Dis, 2002 August; Jacobs et al, in Zentralbl Gynakol, 2002; Weinberg in Pediatric Infect Dis Journal, 2003).

Tabella 2 - Alcuni esempi di patogeni implicati in complicanze infettive, sede del piercing da cui più frequentemente vengono isolati e patologia associata

sede piercing	batteri isolati	Complicanza
naso ombelico	<i>Staphylococcus aureus</i>	follicolite-foruncoli- toxic shock syndrome
lingua	<i>Neisseria endocarditidis</i> <i>Haemophilus aphrophilus</i>	endocardite
capezzolo	<i>Staphylococcus epidermidis</i> <i>Staphylococcus microaerofilo</i> <i>Streptococcus β-emolitico</i> <i>Mycobacterium atypicum</i>	mastite

Rischio non infettivo

Tra i rischi non infettivi il più frequente è quello allergico (Tweteen, 1998). Il tatuaggio infatti, in base alle caratteristiche fisico-chimiche dei pigmenti utilizzati può essere responsabile dello sviluppo, talora rapido talora a distanza di anni, di una dermatite da contatto o fotoallergica (Jacob, in Dermatol Surg, 2002).

Gli stessi pigmenti poi possono essere responsabili della induzione di numerose altre complicanze a lungo termine rare e spesso tardivamente messe in correlazione con il tatuaggio stesso quali ad esempio linfadenopatie, sarcoidosi e predisposizione allo sviluppo di tumori cutanei (Melanoma e Basalioma) per possibile fotogenotossicità dei pigmenti (Tweteen, 1998; Mayers, 2002).

Particolare è il discorso del disegno all'*hennè* dove occorre partire con la osservazione che, sebbene il suo utilizzo stia

crescendo, l'*hennè* come colorante puro (marrone) provoca raramente fenomeni allergici ed in particolare dermatite da contatto, ad indicare che probabilmente l'*hennè* sia dotato di una scarsa capacità di sensibilizzazione cutanea. Sono pochi infatti in letteratura i casi di pazienti che abbiano manifestato irritazione cutanea, eritema, vesciche, in seguito alla applicazione dell'*hennè* puro, con patch test positivo per lo stesso.

Diverso il discorso quando al colorante naturale si aggiungono additivi chimici come abbiamo visto nel caso del PPD. La letteratura riferisce di pazienti che in assenza di una storia precedente di allergia hanno presentato una dermatite in seguito a disegni sulla cute. Sottoposti a *patch test* tali pazienti dimostravano una reazione negativa verso l'*hennè* pura mentre dimostravano una reazione intensamente positiva verso il PPD ad indicare il coinvolgimento di tale additivo chimico nel colorante o una cross-reattività tra il PPD ed altri additivi presenti

nel colore. Vi sono stime per cui circa il 20% della popolazione negli Stati Uniti abbia sviluppato reazioni allergiche a questo agente chimico quando applicato sulla cute, con il rischio per alcuni di essi di sviluppare reazioni tanto intense da provocare cicatrici permanenti (Lauchl, 2001).

Anche il *piercing* può essere responsabile dello sviluppo di allergie nei confronti dei metalli di cui sono formati i gioielli. Infatti questi non sempre sono formati da metalli anallergici come acciaio chirurgico, niobio, titanio, oro a 14 carati, ma più frequentemente sono di nickel, palladio, cobalto³ metalli capaci di indurre, con rischio direttamente proporzionale al numero dei piercing, allergia al metallo stesso e spesso una coreattività e cross-reattività con altri metalli allergenici non necessariamente presenti nel gioiello (Ehrlich, in *Am J Contact Dermat*, 2001).

Inoltre in seguito alla applicazione di *piercing* o tatuaggio può insorgere un cheloide ovvero una cicatrice ipertrofica e fibrosa. Nel *piercing*, il foro, rappresenta il trauma capace di provocare la formazione del cheloide, talora anche nell'apparentemente innocuo foro del lobo auricolare con la apposita pistola, soprattutto quando sia stato applicato dopo gli 11 anni ed in soggetti con familiarità per la presenza di cheloidi, tanto che il tatuatore o il *piercer* deve accertare che il cliente sia consapevole e informato del rischio in particolar modo in presenza di una storia personale o familiare di predisposizione alla formazione di cheloidi (Cambridge, Department of Health and Hospitals, Regulation of Body Art, 2001; Lane, in *Pediatrics*, 2005).

Nel tatuaggio invece il cheloide si forma più spesso in seguito alla sua rimozione, pratica che risulta alquanto invasiva do-

vendo raggiungere gli strati profondi del derma dove è localizzato il pigmento, e questo indipendentemente dalla tecnica utilizzata per la rimozione stessa (escissione chirurgica, dermoabrasione, laser) (Baeumler et al, in *Surgery and Medicine*, 2002; Ho, in *Lasers Surg Med*, 2002).

Prevenzione: linee guida e normative vigenti

Al fine di prevenire i rischi è presupposto fondamentale definire misure educative e preventive a partire dalle disposizioni legislative.

La definizione di misure igieniche, preventive e di educazione sanitaria, l'istituzione di un' adeguata formazione degli operatori che eseguono tali pratiche, la diffusione di raccomandazioni sui rischi ed una adeguata sorveglianza da parte dell'autorità sanitaria locale sono elementi fondamentali (Mansi, 2004).

Il quadro normativo in materia nell'Unione Europea è abbastanza frammentario e difforme per la tipologia delle azioni e dei provvedimenti intrapresi dai diversi paesi membri, che non analizzano la materia nella sua specificità ma nelle sue diverse componenti tecniche rendendone talvolta difficile un controllo efficace (in http://europa.eu.int/comm/consumers/consafe/news/eis_tattoo_proc_052003_en.pdf). Alcuni esempi: l'Austria fa riferimento alla legge sulla Protezione della Salute delle Trasfusioni; il Lussemburgo applica la Direttiva europea per la Sicurezza Generale dei Prodotti (92/59/EEC); la Norvegia ha un regolamento di igiene in tema di "Attività dei centri estetici", mentre i prodotti utilizzati sono soggetti al regolamento "di importazione, produ-

zione e vendita dei prodotti cosmetici". Difficile è anche l'inquadramento delle apparecchiature utilizzate e prima descritte per la difficoltà da parte della autorità europea preposta la *Machinery Directive Administrative Cooperation* (ADCO) di inserirle nel campo di applicazione della Direttiva dei Dispositivi Medici, ma piuttosto nella più generica Direttiva Macchine (Mansi, 2004; *Ibidem*). Il risultato di tale elaborazione è stato quello di ottenere delle linee guida e delle raccomandazioni a livello comunitario cui ciascun stato membro dovrebbe ispirarsi per una propria legislazione.

In attesa di specifica legislazione a livello comunitario, un incontro di lavoro tra i referenti per la materia dei vari governi tenutosi ad Ispra (Varese) nel maggio 2003 ha elencato i principi a cui i legislatori degli Stati membri dovrebbero ispirarsi per le loro leggi e regolamenti nazionali (Mayers, 2002). In particolare in Italia, il Consiglio Superiore di Sanità ha emanato nel 1998 specifiche linee guida per l'esecuzione delle procedure di tatuaggio e *piercing* in condizioni di sicurezza (Circolare 5 Febbraio 1998 n.2.8/156 e Circolare 16 Luglio 1998 n.2.8/633).

In Toscana queste linee guida sono state recepite ed implementate con la recente emanazione di una apposita legge regionale (Legge Regionale, in Bollettino Reg Toscana, 2004).

Per ciò che abbiamo detto sui prodotti utilizzati nel disegno all'*hennè* negli Stati Uniti è approvata la sola vendita di *hennè* con additivi naturali da utilizzare esclusivamente come tinta per capelli, mentre è vietato l'uso di additivi chimici (PPD) e la applicazione di disegni sulla cute.

Per quanto riguarda la sensibilizzazione degli utenti è molto interessante osservare come alcune autorità sanitarie (ad esempio il Durham *Region Health Depart-*

ment) abbiano pubblicato alcuni opuscoli dove si illustrano le principali precauzioni che un "*consumatore intelligente*" deve prendere prima di sottoporsi a *Body Art* per contribuire egli stesso alla riduzione del proprio rischio. Alcuni esempi sono riportati in Tabella 3.

Pratiche di ornamento del corpo e sicurezza delle donazioni

Una problematica strettamente correlata alla igiene e sicurezza nelle pratiche di *piercing* e tatuaggi è il rapporto tra queste e le donazioni di sangue. Nei diversi paesi lo screening dei donatori di sangue che si sono sottoposti a *piercing* e tatuaggi segue degli orientamenti diversi in riferimento alla esistenza di leggi e regolamenti che garantiscano in maniera più o meno efficace la sicurezza di tali pratiche.

Negli Stati Uniti la *National Environmental Health Association*, già nel dicembre 1997, ha elaborato un *Body Art Model Code and Guideline* [29], che stabiliva le regole da seguire nella esecuzione di tali pratiche, e severi controlli da parte delle autorità competenti. La efficacia di tale provvedimento nel garantire standard di sicurezza molto elevati nelle strutture ove vengano applicati, ha permesso alle principali organizzazioni impegnate nella regolamentazione della sicurezza delle donazioni, e le principali banche del sangue di rivedere la loro posizione rispetto a potenziali donatori che si siano sottoposti a pratiche di ornamento del corpo.

Nel marzo 2002, un documento redatto congiuntamente dalle associazioni americane del settore prendeva atto della efficacia della legislazione sopracitata

Tabella 3 - Precauzioni raccomandate per i clienti prima di sottoporsi a *Body Art* (Durham Region Health Department: Beauty& Body Art Safety): alcuni esempi [10]

<i>Scelta dell'operatore</i>	<ul style="list-style-type: none"> - consultare più di un operatore - accertarsi che lo studio sia stato ispezionato dalla autorità sanitaria locale - evitare gli operatori che lavorano in casa e che quindi sono difficilmente controllati
<i>Aghi, taglienti e strumenti vari</i>	<ul style="list-style-type: none"> - non accettare mai l'uso di aghi già utilizzati - accertarsi che il materiale monouso sia contenuto in buste sterili e sigillate aperte alla vista del cliente - verificare che la gioielleria dei <i>piercing</i> sia conservata in modo sterile - accertarsi che il materiale non monouso sia stato sterilizzato
<i>Stanza operatoria</i>	<ul style="list-style-type: none"> - presenza di rubinetto con acqua corrente calda e fredda, sapone antisettico liquido - presenza di sterilizzatore a calore secco o autoclave - assenza di segni evidenti di contaminazione biologica
<i>Comportamento dell'operatore</i>	<ul style="list-style-type: none"> - lavaggio accurato delle mani con sapone antisettico prima e dopo ogni procedura, indipendentemente dall'uso di guanti sterili - uso di mascherina sterile monouso

rispetto alle pratiche di tatuaggio e *piercing*, nel ridurre fortemente (*CDC-Sentinel County Studies*) il rischio di infezione per via ematica e rivedeva la posizione nello screening dei potenziali donatori, suggerendo che coloro che si fossero sottoposti a tatuaggi o *piercing* in una struttura con regolare licenza e quindi regolari controlli, potessero essere ammessi direttamente alla donazione, senza attendere il periodo di esclusione di 12 mesi (Statement of the American AABB, ABC, ARC, 2002), con l'eccezione della presenza di evidenti segni di infezione nella sede interessata (In <http://www.ribc.org/tattoo.html>). L'esclusione per 12 mesi rimane per coloro che si siano sottoposti a pratiche di ornamento del corpo al di fuori di strutture regolari. È stato calcolato che tale provvedimento possa interessare ogni anno negli Stati Uniti circa 150mila potenziali donatori con un incremento di circa 250mila donazioni [30]. Altro

aspetto importante è rappresentato dal fatto che spesso si tratta di giovani alla prima donazione, che qualora esclusi dalla stessa per 12 mesi potrebbero non tornare più per donare (In http://www.hoxworth.org/press_14.htm).

Anche in Italia il recente Decreto sui "*Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti*" prevede, nel questionario di screening del donatore, nella parte riguardante l'esposizione al rischio di contrarre un'infezione trasmissibile con il sangue, una domanda che indaga se il potenziale donatore si sia sottoposto a tatuaggi o alla foratura del padiglione auricolare o di altra parte del corpo. Nel caso di risposta positiva il protocollo stabilisce l'esclusione del donatore per un periodo di 4 mesi, mentre la normativa precedente prevedeva 12 mesi (Ministero Della Salute, Decreto 3/3/2005; Ministero Della Sanità, Decreto 26/1/2001).

Conclusioni

Il fenomeno quindi, in ragione della crescente popolarità delle tecniche di ornamento del corpo e dei rischi per la salute ad esse connessi, siano essi rischi diretti (di tipo infettivo e non) per i soggetti che vi si sottopongono e per gli stessi operatori, siano essi rischi indiretti (infettivi) nel caso per esempio della potenziale contaminazione di donazione di sangue, merita la massima attenzione del legislatore e delle autorità sanitarie preposte. In particolare i Dipartimenti di Preven-

zione devono assicurare un'adeguata formazione degli operatori del settore in materia di igiene e prevenzione dei rischi e quindi cercare di garantire il rispetto delle pratiche igieniche e delle regole cui gli operatori stessi devono rispondere in accordo con la legislazione vigente; devono altresì promuovere attività di comunicazione dei rischi presso la popolazione così da renderne possibile una corretta percezione e valutazione da parte della popolazione stessa e metterla nelle condizioni di operare una scelta consapevole.

Bibliografia

- Alter HJ et al. Hepatitis C in asymptomatic blood donors. *Hepatology* 1997 Sept; 26(3 suppl1) 29S-33S (Review)
- Baeumler et al. *Lasers in Surgery and Medicine*, Volume 30, Issue S14, 2002
- Boncompagni G, Incandela L, Del Giudice S, Santori R, Sansone CM, Buriani C, Giacchi M. Piercing e Tatto: analisi dei rischi e strategie di prevenzione. *Professione: cultura e pratica del medico d'oggi*. Anno XI numero 8, 2003
- Boncompagni G, Lazzeri G, Martiello MA, Incandela L, Santori R, Spinelli GM, Senatore R, Gentili G, Pozzi T, Giacchi M. Related Risks of tattoos and piercings: prevalence study in a convenience sample. *Journal Hygiene and Preventive Medicine* 2005; 46(3): 153-158
- City of Cambridge, Department of Health and Hospitals; Regulation of Body Art: Rules and Regulations promulgated by the Commissioner of Health and Hospitals on January 31, 2001 and revised on July 1, 2003 pursuant to General Laws, Chap. 111, §31 for the granting of licenses to practice Body Art in the City of Cambridge
- Council of scientific and health Advisors. Iowa Department of Public Health. Subcommittee Report: Body Piercing.
- Ehrlich A, Kucenic M, Belsito DV. Role of body piercing in the induction of metal allergy. *Am J Contact Dermat*. 2001; 12(3): 151-5
- Guiard-Schmid JB, Picard H, Slama L, Maslo C, Amiel C, Pialoux G, Lebrette MG, Rozenbaum W. Piercing and its infectious complications. A public health issue in France. *Presse Med* 2000;29(35):1948-56
- Hayes MO, Harkness GA. Body piercing as a risk factor for viral hepatitis: an integrative research review. *Am J Infect Control* 2001;29(4):271-4
- Ho DD, London R, Zimmerman GB, Young DA. Laser-tattoo removal - a study of the mechanism and the optimal treatment strategy via computer simulations. *Lasers Surg Med* 2002;30(5):389-97
- Hossein Akhondi, Ali R. Rahimi. Haemophilus aphrophilus endocarditis after tongue piercing. *Emerg Infect Dis (serial online)* 2002 August;8 Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol8no8/01-0458.htm>
- http://europa.eu.int/comm/consumers/cons_safef/news/eis_tattoo_proc_052003_en.pdf
- http://www.hoxworth.org/press_14.htm
- <http://www.ribc.org/tattoo.html>
- Jacob CI. Tattoo-associated dermatoses: a case report and review of the literature. *Dermatol Surg* 2002;28(10):962-5
- Jacobs VR, Golombek K, Jonat W, Kiechle M. Three case reports of breast abscess after nipple piercing: underestimated health problems of a fashion phenomenon. *Zentralbl Gynakol* 2002;124(7):378-85

- Lane JE. Relationship between age of ear piercing and keloid formation. *Pediatrics*, 2005 May;115(5): 1312-4
- Lauchl S, Lautenschlager S. Contact dermatitis after temporary henna tattoos-an increasing phenomenon. *Swiss Med Wkly* 2001;131:199-202
- Legge Regionale 31 maggio 2004, n. 28 "Disciplina delle attività di estetica e di tatuaggio e piercing". Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n.21, 7 giugno 2004
- Mansi A, Vonesch N, Tini MN, Di Mambro A, Cianotti R, Palmi S, Spagnoli G. Apparecchiature per trucco semipermanente e tatuaggi: requisiti per la salute e la sicurezza. *Ig Sanità Pubblica* 2004; 60: 437-457
- Mariano A. et al. Role of beauty treatment in the spread of parenterally transmitted hepatitis Viruses in Italy. *J Med Virol*. 2004 Oct;74(2):216-20
- Mayers LB et al. Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergraduates and incidence of medical complications. *Mayo Clin Proc* 2002;77(1):29-34
- Ministero Della Salute. Decreto 3 marzo 2005. Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e delle emocomponenti. *Gazzetta Ufficiale-Serie Generale* n.85 del13-04-2005
- Ministero Della Sanità. Decreto 26 gennaio 2001. Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti. *Gazzetta Ufficiale* n.78 del 03-04-2001
- More DR, Seidel JS, Bryan PA. Ear piercing techniques as a cause of auricular chondritis. *Pediatr Emerg Care* 1999, 15(3): 189-92
- Nishioka S de A, Gyorkos TW, Joseph L, Collet JP, Maclean JD. Tattooing and transfusion-transmitted diseases: the role of the type, number and design of the tattoos, and the conditions in which they were performed. *Epidemiol Infect*. 2002;128(1):63-71
- Nishioka S de A, Gyorkos TW, Joseph L, Collet JP, Maclean JD. Tattooing and transfusion-transmitted diseases in Brazil: a hospital-based cross-sectional matched study. *Eur J Epidemiol* 2003;18(5):441-9
- Nishioka S de A, Gyorkos TW, Maclean JD. Tattooing and transfusion-transmitted diseases risk: implications for the screening of blood donors in Brazil. *Braz J Infect Dis* 2002;6(4).72-80
- Papameletiou D, Zemié A, Schwela D, Baumler W. Risks and Health Effects from Tattoos, Body Piercing and Related Practices. *Atti del Workshop Technical/scientific and regulatory Issues on the safety of tattoos, body piercing and of related practices*. European Commission, Directorate General, Joint Research Center. Ispra 6-7 Maggio 2003
- Statement of the American AABB, ABC, ARC before the blood products advisory committee tattoo and body piercing. March 14,2002. http://www.aabb.org/pressroom/in_the_news/wntattoobpac031402.htm
- Tweteeen SS, Rickman LS. Infectious complications of body piercing. *Clin Infect Dis* 1998; 26(3):735-40
- Weinberg JB, Blackwood RA. Case report of Staphylococcus aureus endocarditis after navel piercing. *Pediatric Infect Dis Journal* 2003; 22(1):4-96
- www.region.durham.on.ca

Stress mentale e cardiopatia ischemica

Marinella Molisso¹ - Ciro Molisso² - Valentina Molisso³

¹ Facoltà di Psicologia della II Università degli Studi di Napoli

² Servizio di Fisiopatologia Cardiovascolare del Centro Polispecialistico Medico-Legale INPS per la Regione Campania, Napoli

³ Istituto di Medicina Pubblica e della Sicurezza Sociale, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Federico II di Napoli

Summary

Mental stress and Ischemic Cardiopathy

Mental stress, species through the activation of a series of neuro-humoral mechanisms, is in a position to turning out predisposing, triggering or aggravating cause of the myocardial ischaemia until the infarct or to the sudden death. In the coronary patients ischemic myocardial phenomena are much more frequent during mental stress, therefore like it has been demonstrated an increment of the incidence and the prevalence of the anxiety and/or the depression in these patients. Consequently, he is sure favorable that they give the point of view of the cure, the prevention and the rehabilitation of these patients, is previewed, beside the participation of the cardiologist, also that one of the psychologist, inasmuch as the corrected pure approach from the psychological point of view contributes to favor the recovery from the disease.

Riassunto

Lo stress mentale, specie attraverso l'attivazione di una serie di meccanismi neuro-umoral, è in grado di risultare causa predisponente, scatenante od aggravante dell'ischemia miocardica fino all'infarto od alla morte improvvisa.

Nei coronaropatici i fenomeni ischemici miocardici sono molto più frequenti durante stress mentale, così come è stato dimostrato un incremento dell'incidenza e della prevalenza dell'ansia e/o della depressione nei cardiopatici.

Conseguentemente, è certamente auspicabile che dal punto di vista della cura, della prevenzione e della riabilitazione di questi pazienti, sia previsto, accanto all'intervento del cardiologo, anche quello dello psicologo, visto che il corretto approccio pure dal punto di vista psicologico contribuisce a favorire la guarigione dalla malattia.

Keywords: *mental stress, neuro-humoral mechanisms, myocardial ischemia, psychologist.*

Parole chiave: *stress mentale, meccanismi neuro-umoral, ischemia miocardica, psicologo.*

Introduzione

Per stress mentale (SM) si intende lo scompenso conseguente all'incapacità di un soggetto di rispondere adeguatamente alle richieste esterne, percepite o realmente troppo intense o prolungate (Lazarus, 1984); il soggetto accusa una sensazione di tensione, di malessere, di esaurimento, di incapacità di resistere, di assorbire, di affrontare e risolvere i

problemi.

Nei tempi remoti le frequenti situazioni di pericolo per la vita determinavano un'attivazione neuroumorale che era necessaria per un'adeguata risposta fisica, dunque teleologicamente corretta (Theorell, 1984); oggi difficilmente abbiamo bisogno di questo tipo di reazione, che, dunque, risulta inappropriata, dannosa e capace di produrre frustrazione, irritazione e risentimento.

Fisiopatologia

Lo SM determina attivazione del sistema nervoso simpatico (SNS), del sistema renina-angiotensina-aldosterone (SRA-A), della corteccia surrenalica con conseguente aumento del rilascio di corticosteroidi, di catecolamine e di angiotensina II – aldosterone, che producono, a loro volta, incremento della frequenza cardiaca (FC), della pressione arteriosa (PA), della portata cardiaca e con vasocostrizione e vasospasmo coronarico (Yeung et al, 1991), con ipercolesterolemia (aumento delle LDL e riduzione delle HDL) ed ipertrigliceridemia, con facilitazione di aritmie, con disfunzione endoteliale (Yeung et al, 1991), con attivazione piastrinica ed effetto protrombotico (Muller et al, 1989); possono, inoltre, essere interessati anche vari neuroeptidi, il controllo vagale, accanto ad una suscettibilità genetica.

L'insieme di questi meccanismi, con un peso relativo di ognuno di essi diverso nel singolo paziente, è in grado di risultare causa predisponente o scatenante dell'ischemia miocardica fino all'infarto od alla morte improvvisa (MI), in quanto contribuisce a sviluppare, ad accelerare o a far precipitare drammaticamente l'aterosclerosi (Rozansky et al, 1999; Blumenthal et al, 1995).

La disfunzione endoteliale, la lesione aterosclerotica iniziale, è conseguenza, oltre che dell'azione diretta delle catecolamine sulle coronarie, di quella meccanica sull'endotelio stesso esplicitata dall'aumento della pressione arteriosa e della velocità del sangue, dall'iperaggregabilità ed iperadesività piastrinica, dall'aumento della colesterolemia, dalla mobilitazione lipidica, dallo stress ossidativi (Eliot, in Schlant et al, 1995, pag. 2256).

Interessanti risultano alcune notazioni sull'ischemia da SM:

- 1) essa si produce ad una soglia di frequenza cardiaca inferiore a quella che si verifica durante lavoro fisico, anche se con aumenti di valore pressorio sovrapponibili (Blumenthal, 1995);
- 2) è conseguenza dell'iperattività della midollare surrenalica con aumento della secrezione di catecolamine con prevalenza dell'adrenalina sulla noradrenalina, situazione opposta all'angina da sforzo, in cui aumenta particolarmente la noradrenalina (Pruneti, 2003);
- 3) circa il 50% dei pazienti con ischemia da sforzo soffrono anche di ischemia da stress mentale, principalmente, per vasocostrizione coronarica (Yeung et al, 1991).

Materiali e metodi

Fenomeni ischemici miocardici sono frequenti durante SM nei coronaropatici, specie in caso di paura, tristezza, collera, frustrazione (Gabbay et al, 1996; Gullette et al, 1997); più precisamente, lo SM è capace di determinare ischemia miocardica, anche se prevalentemente silente nel 40-70% dei coronaropatici (Blumenthal, 1995), di raddoppiare la possibilità di infarto miocardico acuto (IMA) nelle due ore seguenti ad un episodio di collera (Mittleman et al, 1995), di incrementare la mortalità cardiaca in genere (Leor et al, 1996).

L'improvvisa morte del coniuge può determinare un evento coronarico acuto (Brandspiegel et al, 1998), così come accadimenti drammatici, quali alluvioni, terremoti o guerra, sono in grado di produrre un aumento dell'incidenza di

MI (Kark et al, 1995; Kloner et al, 1997). È stato chiaramente dimostrato che stress quali il saccheggio della propria casa, separazione, divorzio, perdita o cambiamento di lavoro oppure di abitazione producono un aumento del rischio di cardiopatia del 100-200% (Eliot, 1995, pag. 2257), anche se almeno come fattori scatenanti.

L'esposizione ad uno stress acuto determina un aumento del rischio di eventi cardiovascolari di circa 2 volte negli uomini e di 3 volte nelle donne per circa 1 mese dopo l'episodio (Kaprio et al, 1997).

La personalità a rischio di cardiopatia ischemica (definita personalità di tipo A) è caratterizzata da aggressività, da rabbia, da ostilità, da atteggiamento cinico e diffidente verso gli altri, da eccessiva competitività ed ambizione, da esagerata ricerca del successo personale, da tendenza esasperata alla logica ed alla razionalità, da senso di urgenza del tempo, dall'impazienza, dal bisogno ossessivo di controllare gli eventi e se stessi, dall'inflessibilità e rigidità, dall'incapacità di stabilire rapporti interpersonali, di amare ed essere riamati, di godere delle piccole cose, di provare e di mostrare emozioni (Friedman, 1977; Dembroski et al, 1989). È utile citare un singolare atteggiamento psicologico che connota il soggetto "A", ovvero la «reazione di Sisifo», che consiste nel cercare di raggiungere un obiettivo, che una volta raggiunto non provoca nel soggetto alcun tipo di soddisfazione.

A questo tipo di paziente si contrappone quello di tipo B, che ha un basso rischio di contrarre malattie cardiovascolari ed è connotato da un tenore comportamentale diametralmente opposto a quello del paziente di tipo A.

È stata dimostrata, anche, una relazione direttamente proporzionale tra eventi

cardiaci ed ansia e/o depressione (Dembroski, 1989; Kawachi et al, 1994) od isolamento sociale (Penninx et al, 1997).

Infatti, vari studi hanno dimostrato l'aumento di frequenza nei pazienti con ischemia miocardica di ansia, di irritazione, con le preoccupazioni, di affettività negativa, cioè di prevalente tendenza ad avvertire in molte situazioni emozioni negative, quali tensione, preoccupazione, ansia, irritazione, tristezza, inibizione dell'espressione delle emozioni e dei comportamenti nei rapporti sociali, tendenza all'autoisolamento ed a parlare poco con gli altri (Kawachi et al, 1994; Kubzansky et al, 1997, Watson et al, 1984).

Nell'infartuato l'ansia tende a permanere a lungo dopo l'evento acuto, verosimilmente perché i pazienti usualmente guardano alla propria morte come alla fase ultima di un processo graduale di decadimento fisico e quindi il pensiero della morte causata da un evento improvviso, quale l'infarto miocardico, provoca uno stato di ansietà o più correttamente paura, alla cui base c'è una radicata insicurezza, accanto alla depressione che può fungere da sostituta allo stato di ansia.

Infatti, mentre nella popolazione sana la prevalenza stimata del distress psicologico (tristezza, nervosismo, irrequietezza, disperazione, senso di inutilità) è stimato essere 2.8%, quella dei pazienti con infarto miocardico acuto risulta 6.4%, 4.1% in quella con malattia coronarica cronica (Ferketich, 2005).

Conclusioni

In conclusione, tutta una serie di studi ha chiaramente dimostrato che lo SM è

in grado di predisporre, aggravare o scatenare un quadro di cardiopatia ischemica fino all'infarto miocardico acuto od alla MI; così come è stato accuratamente evidenziato l'incremento della incidenza e di prevalenza di quadri ansioso-depressivi nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica.

Il cardiopatico, in genere, si sente colpito anche nella sua sfera emozionale la cui sede secondo credenze ataviche è situata nel cuore, giustificando, ulteriormente, la serie di mutamenti che riguardano la sua vita interiore.

Purtroppo per il generale senso del rifiuto della malattia che appartiene agli esseri umani, il compito del cardiologo è non facile in quanto troverà spesso pazienti che tenderanno ad avere atteggiamenti apotropaici e quindi non funzionali ad un corretto programma di prevenzione, cura o riabilitazione; quando invece è presente nell'individuo una spinta motivazionale interiore, allora si potrà procedere senza problemi al trattamento del paziente.

Più nello specifico, dal punto di vista del rapporto con il medico distinguiamo pazienti che mostrano una iperdipen-

denza dalla figura del medico, pazienti collaboranti e pazienti contro-dipendenti. I primi lasciano nelle mani del cardiologo la completa gestione del loro stato di salute; gli ultimi (tra i quali compaiono i pazienti che evidenziano un comportamento di tipo A) difficilmente sono disposti ad accettare consigli o prescrizioni, in quanto avallati dalla convinzione di potersi autogestire più che sufficientemente.

Conseguentemente, accanto all'intervento medico per il recupero della funzionalità fisica, è necessario assicurare anche che la salute mentale intaccata possa recuperare il perduto equilibrio tramite l'intervento dello psicologo, visto che il corretto approccio dal punto di vista psicologico contribuisce a favorire la guarigione delle malattie.

In tal senso, dunque, è certamente auspicabile che dal punto di vista della cura, della prevenzione e della riabilitazione, nella corrente terapia di questo paziente vengano inserite tutte le procedure utili al miglior trattamento possibile e, conseguentemente, anche della componente psicologica (psicoterapia, terapia farmacologica, training autogeno etc.)

Bibliografia

- Bennet G. Bristol floods 1968. Controlled survey of effects on health of a local community disaster, *Br. Med. J.*, 3, 454-58, 1970
- Blumenthal JA, Jiang W, Waugh RA, Frid DJ, Morris JJ, Coleman RE, Hanson M, Babyak M, Thyrum ET, Krantz DS, O'Connor C. Mental stress-induced ischemia in the laboratory and ambulatory ischemia during daily life: association and hemodynamic features, *Circulation*. 92, 2102, 1995
- Brandspiegel HZ, Marinchak RA, Rials SJ, Kowey PR. A broken heart, *Circulation*, 98, 1349, 1998

- Dembroski TM, MacDougall JM, Costa PT, Grandits GA. Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosom. Med.*, 51, 514, 1989
- Eliot RS, Morales-Ballejo HM. Cuore, stress emotivo e malattie psichiatriche, in Schlant RC, Alexander RW, O'Rourke RA, Roberts R, Sonnenblick EH. Hurst - Il Cuore, VIII Ed, Milano: McGraw-Hill, 1995, vol. 3, p. 2256
- Ferketich AK, Binkley PF. Psychological distress and cardiovascular disease: results from the 2002 National Health Interview Survey, *Eur. Heart J.*, Jun 2005

- Friedman M. Type A behavior: a frequently misdiagnosed and rarely treated medical disorder, *Am. Heart J.*, 115, 930-36, 1977
- Gabbay FH, Krantz DS, Hedges SM, Klein J, Gottdiener JS, Rozanski A. Triggers of daily-life myocardial ischemia in patients with coronary artery disease: physical activities, emotional arousal, and smoking, *J.A.C.C.*, 27, 585-92, 1996
- Gullette EC, Blumenthal JA, Babyak M, Jiang W, Waung RA, Frid DJ, O'Connor CM, Morris JJ, Krantz DS. Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life, *J.A.M.A.*, 277, 1521-26, 1997
- Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95.647 persons, *Am. J. Public Health*, 77, 283-7, 1987
- Kark JD, Goldman S, Epstein L. Iraqi missile attacks on Israel. The association of mortality with a life-threatening stressor, *JAMA.*, 273, 1208-10, 1995
- Kawachi I, Sparrow D, Vokonas PS, Weiss ST. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The Normative Aging Study, *Circulation*, 90, 2225-29, 1994
- Kloner RA, Leor J, Poole WK, Perritt R. Population-based analysis of the effect of the Northridge Earthquake on cardiac death in Los Angeles County, California, *J.A.C.C.*, 30, 1174-80, 1997
- Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A III, Weiss ST, Vokonas PS, Sparrow D. Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study, *Circulation*, 95, 818, 1997
- Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping, New York, Springer, 1984, p. 331
- Leor J, Poole WK, Kloner RA. Sudden cardiac death triggered by an earthquake, *N. Engl. J. Med.*, 334, 413, 1996
- Mittleman MA, Maclure M, Sherwood JB, Mulry RP, Tofler GH, Jacobs SC, Friedman R, Benson H, Muller JE. Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger, *Circulation*, 92, 1720-25, 1995
- Muller JE, Tofler GH, Stone PH. Circadian variation and triggers of onset of acute cardiovascular disease. *Circulation*, 79, 733, 1989
- O'Connor CM, Gurbel PA, Serebruany VL. Depression and ischemic heart disease, *Am. Heart J.*, 140(suppl.), 63-69, 2000
- Penninx BW, vanTilburg T, Kriegsman DM, Deeg DJ, Bocke AJ, VanEijk JT. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age. The Longitudinal Aging Study Amsterdam, *Am. J. Epidemiol.*, 146, 510-19, 1997.
- Pruneti C., Stress, sistema autoimmune e sistema cardiovascolare, *Giornale di riabilitazione*, 37, 90-99, 2003
- Rozansky A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implication of therapy, *Circulation*, 99, 2192-217, 1999
- Theorell T. Physiological issues in establishing links between psychosocial factors and cardiovascular illness, in *Breakdown in human adaptation to stress*, Martinus Nijhoff Publishers, Boston, 1984, p. 241-50
- Watson D, Clark LA. Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states, *Psychol. Bull.* 96, 465, 1984
- Yeung AC, Vekshtein VI, Krantz DS, Vita JA, Ryan TJ, Ganz P, Selwyn AP. The effect of atherosclerosis on the vasomotor response of the coronary arteries to mental stress, *N. Engl. J. Med.*, 325, 1551-56, 1991

notiziario

Notiziario

Progetto P.A.R.I. per l'uguaglianza di genere

Gennaio 2007

Padri Attivi nella Responsabilità Interna alla Famiglia (P.A.R.I.) è il titolo del progetto promosso dal Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il progetto si inserisce nel contesto della Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE che prevede la difesa della conciliazione della vita familiare, professionale, l'uguaglianza di opportunità tra uomini e donne e la non discriminazione.

Il V programma di azione relativo alla Strategia Comunitaria per le Pari Opportunità (2001-2005) ritiene fondamentale, per raggiungere una reale parità, il ruolo degli uomini e in particolare dei padri nel realizzare una conciliazione che non sia più a carico solo delle donne.

http://www.retepariopportunita.it/Rete_Pari_Opportunita/UserFiles/Progetti/PARI/sintesi_progetto_pari.pdf

Un pacchetto di misure per la prevenzione del fumo

Gennaio 2007

A due anni dall'entrata in vigore della legge antifumo del Ministro Sirchia, il Governo italiano è pronto a varare nuove strategie per combattere il tabagismo nel nostro Paese. Saranno quindi promossi incentivi alle aziende che indurranno, ad esempio attraverso corsi speciali, i propri dipendenti ad abbandonare le sigarette.

Il piano interministeriale "Guadagnare in salute" si pone come obiettivo la lotta a quei fattori di rischio (tra cui fumo, alcol, alimentazione) che sono causa dell'80% delle malattie e dei morti in Italia.

Rapporto UNICEF "La condizione dell'Infanzia nel mondo 2007"

Roma, 11 Gennaio 2007

Il Rapporto è dedicato all'uguaglianza di genere considerata punto cardine del benessere non solo delle donne, ma anche dei bambini e più in generale delle famiglie e della società. Eliminare le discriminazioni è, secondo tale Rapporto, fondamentale per il progresso umano e per lo sviluppo delle nazioni.

A dispetto della Convenzione delle Nazioni Unite sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne del 1979, strumento vincolante a livello internazionale per la tutela dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle donne, milioni di esse ancora subiscono discriminazioni nonostante la Convenzione sia stata ratificata da ben 184 Paesi e nonostante l'impegno della comunità internazionale per raggiungere l'uguaglianza di genere. Un numero eccessivo è esposto alla povertà, alla disuguaglianza e alla violenza. Si stima che le donne rappresentino la maggioranza dei poveri del mondo, costituiscano quasi i due terzi delle persone analfabete e, insieme ai bambini, rappresentino l'80% delle vittime nei conflitti armati.

Eppure il legame fra il raggiungimento dell'uguaglianza di genere e il benessere infantile è evidente. Sono le donne che principalmente si prendono cura dei bambini e che li aiutano a crescere. È più probabile che donne sane, istruite e che hanno possibilità di scelta, abbiano figli sani, istruiti e sicuri di sé. Affinché ciò sia possibile è necessario che esse abbiano maggiore influenza nel processo decisionale in tre aree: la famiglia, il posto di lavoro e la politica.

Dal Rapporto emerge che quando le donne sono escluse dalle decisioni riguardanti il reddito e altre risorse, esse, con i loro figli, ricevono meno cibo e

sono private dei servizi sanitari essenziali e dell'istruzione. Nelle famiglie in cui hanno potere decisionale, la quota di risorse destinate ai bambini è superiore rispetto alle famiglie in cui esse hanno ruoli meno decisivi. Il potere decisionale nella famiglia incide anche a livello sanitario e nel campo dell'istruzione. Esse infatti sono le prime a riconoscere le malattie dei bambini, a promuovere adeguate pratiche sanitarie e a favorire la possibilità che i loro figli vadano a scuola.

Altro ambito in cui occorre promuovere l'uguaglianza di genere è quello lavorativo. Il problema non consiste nel fatto che le donne non lavorino – anzi in generale sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo lavorano più ore degli uomini – ma che il loro lavoro sia più precario e meno retribuito di quello degli uomini. I dati del Rapporto indicano che in tutte le regioni i salari sono inferiori a quelli degli uomini del 20%. Inoltre, le donne possiedono meno beni. I salari più bassi e il minore controllo sul reddito familiare limitano la loro capacità di accumulare capitale.

Altro punto fondamentale è quello della partecipazione alla vita politica. Sebbene la rappresentanza femminile nei parlamenti sia aumentata, le donne continuano ad essere in percentuale nettamente inferiore nelle assemblee legislative (appena il 17% dei parlamentari a livello mondiale e si stima che la parità di genere non sarà raggiunta prima del 2068). I Paesi nordici detengono il tasso più alto di partecipazione (40%), mentre gli Stati Arabi hanno il tasso più basso (8%). Ciò dipende da fattori culturali che discriminano le donne, dai bassi livelli di istruzione e da atteggiamenti sociali che mettono in dubbio la loro competenza.

Eppure le donne in politica sono efficaci sostenitrici dell'infanzia a tutti i livelli e favoriscono cambiamenti concreti a favore delle categorie più deboli. Inoltre, negli ultimi anni, è stato riconosciuto che, in situazioni di conflitto, la partecipazione femminile ai processi di pace è fondamentale per garantirne il successo. Si può concludere quindi che l'eliminazione delle discriminazioni di genere avrà il doppio vantaggio di rafforzare i diritti delle donne e di facilitare l'affermazione di quelli dei bambini,

consentendo loro di sviluppare il proprio potenziale e di crescere sani in famiglia e nella società.

Il Rapporto indica quindi 7 interventi fondamentali: favorire l'istruzione delle bambine, inserire finanziamenti nei piani governativi per eliminare le discriminazioni, promulgare leggi che garantiscano pari opportunità e che contrastino le violenze, stabilire quote di rappresentanza che assicurino la partecipazione politica, coinvolgere nell'azione politica i movimenti femminili che conoscono a fondo le problematiche, educare uomini e ragazzi ad una cultura della parità, ed infine promuovere maggiori ricerche che diano dati più completi e precisi sulla situazione delle donne nel mondo.

www.unicef.it

Lavoro e donna: esigenze e rischi nel lavoro in movimento

Roma, 18 Gennaio 2007

Svoltosi presso l'Istituto Italiano di Medicina Sociale di Roma e organizzato dall'Unione Generale del Lavoro, il convegno ha riguardato la figura professionale del conducente di linea e del personale viaggiante dei mezzi di trasporto urbani, in relazione alle condizioni lavorative e al problema dei rischi per la salute. Particolare attenzione è stata rivolta alle lavoratrici che, in un contesto ancora prevalentemente maschile, presentano esigenze e problematiche diverse rispetto a quelle dei colleghi uomini. "L'IIMS si occupa di tematiche inerenti la qualità della vita e la salute nei luoghi di lavoro – ha ricordato il direttore generale Giovanni Maria Pirone - per cui abbiamo ritenuto importante parlare di prevenzione e di salvaguardia della salute dei lavoratori nel settore specifico dei trasporti, ponendo un occhio particolare alle donne. In tal senso, a mio avviso, è necessario spostare l'asse della ricerca da una impostazione tipicamente medica, attenta ai fattori di rischio per la salute delle donne in relazione all'apparato riproduttivo ed ormonale, ad una impostazione che tenga maggiormente conto

delle problematiche legate all'organizzazione del lavoro. Occorre concentrarsi su fattori di rischio di tipo psico-sociale, come ad esempio lo stress. Una indagine dell'Eurostat, ad esempio, rileva una sostanziale differenza sui fattori di rischio legati allo stress. Le donne con problemi di salute legati allo stress sono il 17% contro il 12,6% degli uomini. L'attività di prevenzione deve quindi tenere conto anche di problematiche legate all'ambiente nel quale si opera e ai fattori psicosociali che influenzano il benessere del lavoratore”.

Seconda Conferenza Nazionale sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro

Napoli, 25 e 26 gennaio 2007

La Conferenza è organizzata dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale con la collaborazione del Ministero della Salute e dalla Regione Campania ed è cofinanziato dall'Unione Europea.

Happy Time per bambini disabili

Roma, 30 Gennaio 2007

“Palestre di Vita” è il titolo del progetto indirizzato ai ragazzi della scuola primaria, in modo particolare, a bambini e ragazzi diversamente abili. La proposta prevede un percorso formativo estremamente innovativo che mira all'integrazione sociale e al raggiungimento dell'autonomia per il miglioramento della qualità della vita delle categorie più deboli. Il progetto, inserito nell'ambito del programma operativo più ampio Imparare Giocando, è realizzato dall'Associazione di Promozione Sociale Happy Time con la collaborazione scientifica dei ricercatori dell'IIMS.

http://www.iims.it/doc_novita/283.htm

Sapere oggi per diventare genitori domani

Roma, 2 febbraio 2007

I recenti risultati dell'Indagine ISTAT sulle nascite in Italia (2005), mostrano la necessità di promuovere nel nostro Paese una cultura della genitorialità che liberi soprattutto i più giovani dalle ansie e incertezze che hanno tolto all'evento ogni spontaneità e ottimismo. Per raggiungere questo obiettivo occorre in primo luogo veicolare un'adeguata informazione scientifica sui temi della sessualità e della procreazione e promuovere quei corretti stili di vita fondamentali per affrontare nel modo migliore la decisione di avere un figlio. Questo è il tema affrontato nel corso del convegno “Sapere oggi per essere genitore domani” organizzato dall'On. Dorina Bianchi, Vicepresidente della Commissione Affari Sociali della Camera: “Bisogna mettere in atto un percorso che porti i giovani a formare una cultura della propria salute anche nell'ottica di preservare la loro capacità di diventare un giorno genitori –ha dichiarato l'On. Bianchi. “Ciò significa far comprendere ai ragazzi che diventare genitori può essere una scelta che darà loro piacere e arricchimento e non è solo un carico di responsabilità dal quale, spaventati, desiderare di fuggire. Stiamo inoltre lavorando a concreti progetti sulla prevenzione. A tale proposito ho preparato un disegno di legge per inserire nei LEA la vaccinazione gratuita, per le ragazze dai 13 ai 16 anni, contro il tumore al collo dell'utero. Per le ragazze di 12 anni si è già espresso a favore il Ministro Livia Turco”. Per il Ministro Turco “non possiamo rassegnarci a dare ai nostri figli una società sterile. Per combattere la sterilità e la diminuzione delle nascite occorre integrare gli interventi di carattere prettamente sanitario con quelli di natura sociale, che comprendono adeguate politiche per affrontare le difficoltà che comporta la creazione di una famiglia. Il Governo ha predisposto un Piano Nazionale di Prevenzione alla Sterilità che prevede azioni integrate di prevenzione, comunicazione e ricerca. A tale proposito sarà realizzata una campagna di informazione adeguata alle diverse fasce d'età, con

la collaborazione del Ministero dell'Istruzione, per dare un'opportunità formativa ai giovani il più possibile integrata e completa. È anche prevista la definizione, insieme al Ministro Bindi, delle linee guida per un rilancio delle buone pratiche per i giovani, attraverso, ad esempio, un lavoro più intenso da parte dei consultori. Il Piano è parte integrante di un progetto più ampio sulla tutela della salute materno-infantile, sostenuto da nuove risorse stanziare con la legge finanziaria”.

“Il ritardo dell'assunzione di genitorialità è una delle cause del calo del tasso di natalità nel nostro Paese – ricorda Giovanni Pirone, direttore generale dell'IIMS. “Cresce il numero di quanti sono ormai abituati a fare vita da single, molti all'interno della famiglia di origine, per cui ancora più difficilmente disposti ad assumere il ruolo di genitori. Ci sono, inoltre, fattori ambientali che influenzano negativamente il tasso di natalità. Una larga fascia di giovani maschi diventa infertile a causa di una serie di infezioni che si protraggono silenti negli anni. Molte di queste infezioni derivano dalla promiscuità dei rapporti sessuali che, il più delle volte, non sono protetti. Questo si manifesta principalmente nei maschi perché le ragazze, in generale, sono portate ad avere rapporti protetti per evitare gravidanze indesiderate, e comunque possono scoprire eventuali infezioni nelle visite periodiche dal ginecologo e quindi intervenire tempestivamente. Dietro a molte sterilità ci sono inoltre cattivi stili di vita, come il fumo, l'obesità, l'abuso di alcool e l'assunzione di droghe. È opportuno quindi favorire campagne di educazione e di informazione ed intervenire sui genitori affinché si rendano conto che i loro figli hanno diritto ad una vita sessuale serena”. “A questo proposito – conclude Pirone – c'è da rilevare la difficoltà che incontrano i più giovani ad acquisire una corretta educazione sessuale che tenga conto non solo degli aspetti strettamente sanitari, ma anche dei fattori psicologici, affettivi ed emotivi. Essi non hanno riferimenti autorevoli e, soprattutto, di loro fiducia, cui rivolgersi. Una ricerca dell'Istituto ha rilevato, ad esempio, che tra gli utenti dei consultori pochi sono gli adolescenti, i quali chiedono supporto prevalentemente per la prescrizione della pillola o per informazioni sulla contraccezione. Poi, però, ben

il 44% degli adolescenti intervistati si dichiara insoddisfatto principalmente proprio della propria vita sentimentale”.

Endometriosi, malattia sociale

Roma, 15 Febbraio 2007

In Italia sono 3 milioni le donne che soffrono di endometriosi, malattia sempre più diffusa, ma ancora poco conosciuta. Si tratta di una patologia di forte impatto sociale, dati i costi economici e sociali che comporta. Il 15 febbraio, alla Camera dei Deputati, è stata presentata la proposta di legge con cui l'endometriosi è riconosciuta malattia sociale, dando diritto all'esenzione dal costo delle prestazioni sanitarie.

http://www.iims.it/doc_novita/285.htm

Approvato il disegno di legge delega in materia di salute e sicurezza sul lavoro

16 febbraio 2007

Il Consiglio dei Ministri ha approvato il Disegno di legge delega in materia di salute e sicurezza sul lavoro, presentato dal Ministero del Lavoro e dal Ministero della salute.

Il testo aspira a modificare, semplificandolo, il quadro normativo esistente, nel pieno rispetto delle disposizioni comunitarie, dell'equilibrio tra Stato e Regioni, ma garantendo l'uniformità delle tutele sull'intero territorio nazionale.

Con questo provvedimento sono estese le tutele a tutte le lavoratrici ed i lavoratori, indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro, lavoro parasubordinato e lavoro autonomo compreso; a tutti i settori di attività e a tutte le tipologie di rischio, con particolare attenzione alle categorie più esposte.

Sono previste misure di semplificazione degli adempimenti in materia di sicurezza, specie per le piccole e medie imprese, unitamente a forme di supporto per l'informazione e la formazione e a finanziamenti ad hoc per il miglioramento degli ambienti di lavoro; viene inserita la materia della salute e sicurezza del lavoro nei programmi scolastici ed universitari e nei percorsi di formazione. Inoltre: controlli più efficaci, maggiore prevenzione, sanzioni più eque, logica premiale per le aziende virtuose e valorizzazione del ruolo della bilateralità e degli apporti delle parti sociali, con il potenziamento del ruolo e della tutela dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Fonte: www.lavoro.gov.it

L'UE per la salute e la sicurezza sul lavoro (2007-2012)

Bruxelles, 21 Febbraio 2007

Presentata la nuova strategia quinquennale dell'Unione Europea in materia di salute e la sicurezza sul lavoro. Obiettivo dichiarato dalla Commissione ridurre del 25% entro il 2012 gli incidenti sul lavoro e le malattie professionali.

Per raggiungere l'ambizioso obiettivo, la Commissione propone che le politiche di prevenzione, a livello europeo e nazionale, siano incentrate su una pluralità di azioni volte a garantire:

- il miglioramento e la semplificazione della legislazione vigente;
- una più efficace applicazione della normativa di settore anche attraverso l'uso di strumenti non vincolanti (buone pratiche, campagne di sensibilizzazione);
- una definizione e attuazione di strategie nazionali specifiche in considerazione delle esigenze dei singoli Stati membri;
- la necessaria inclusione dei temi della salute e della sicurezza sul lavoro nell'ambito delle altre politiche nazionali ed europee (istruzione, sanità, ricerca);

- l'individuazione e la valutazione di possibili nuovi rischi attraverso lo scambio di conoscenze e l'applicazione pratica dei risultati.

La Commissione auspica anche la realizzazione di ragionevoli e generalizzate sinergie per contrastare il lavoro nero, riconosciuto come un fattore di incidenza di rischio a carattere transnazionale.

La ricerca dell'IIMS sui nuovi modelli di genitorialità

Roma, 22 Febbraio 2007

I tempi di formazione della famiglia italiana sono sempre più lunghi e l'attuale generazione dimostra, in particolare, una crescente propensione a posticipare il momento della procreazione. Questo l'oggetto della ricerca dell'IIMS, realizzata all'interno dei contesti metropolitani di Roma e Milano. La ricerca, oltre ad individuare le cause e conseguenze sul piano psico-sociale del fenomeno, fornisce anche una riflessione sulla possibilità di adottare misure concrete a sostegno della genitorialità finalizzate ad invertire la tendenza in atto e ridare dignità alla famiglia come fattore di arricchimento della società italiana.

http://www.iims.it/doc_novita/279.htm

http://www.iims.it/doc_novita/280.htm

Italia, paese dei figli unici

Febbraio 2007

Dalla recente pubblicazione dell'indagine ISTAT sulle nascite in Italia, condotta nel 2005, emerge che in media nascono 1,33 figli per donna. L'Italia ha, fra i Paesi sviluppati, uno dei più bassi tassi di natalità, ma ciò non si collega ad un rifiuto delle donne verso la maternità. Al contrario, il desiderio delle future mamme è quello di avere minimo due figli, ma tra il dire e il fare ci sono problematiche che sempre più

impediscono di affrontare e vivere serenamente l'evento maternità.

http://www.iims.it/doc_novita/284.htm

Denuncia on line degli infortuni sul lavoro

Febbraio 2007

Dal 2 febbraio 2007 è possibile per le imprese denunciare on line gli infortuni sul lavoro. Collegandosi al portale nazionale delle imprese, le denunce vengono compilate e spedite contemporaneamente all'INAIL e alla Polizia di Stato. In una prima fase il servizio sarà attivo nelle province di Bari, Padova, Salerno e Torino; entro il primo semestre 2007 è prevista l'estensione a tutte le province d'Italia. Gli infortuni sul lavoro denunciati annualmente dalle aziende sono stati circa 900 mila negli ultimi cinque anni.

Info: www.impresa.gov.it.

L'Italia e i cambiamenti demografici

Febbraio 2007

In tutti i Paesi dell'UE si stanno verificando contemporaneamente tre cambiamenti: un basso tasso di fertilità (1.5 bambini per donna), il prolungamento delle aspettative di vita e il conseguente aumento dei lavoratori anziani (tra i 55 e i 64 anni) che arriverà a 34 milioni e così l'UE avrà 35 milioni di cittadini sopra gli 80 anni (oggi sono meno di 19 milioni). Questi fenomeni hanno portato la Commissione Europea alla pubblicazione del Libro Verde "Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici" per approfondire il tema ed avviare una discussione all'interno di ogni Paese membro. In risposta ai quesiti posti dall'UE, in

Italia il Dipartimento per le Politiche Comunitarie ha promosso una consultazione fra i Ministeri, le parti sociali, le organizzazioni non governative e gli esperti, che ha dato vita ad un documento presentato alla Commissione Europea ed elaborato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il contributo del Dipartimento per le Pari Opportunità e delle Funzione Pubblica. Nel documento sono presenti concrete indicazioni su come affrontare e risolvere le problematiche evidenziate nel Libro Verde, come l'invecchiamento della popolazione, le pari opportunità, la conciliazione dei tempi, le politiche per contrastare la denatalità e per favorire lo sviluppo del lavoro. In particolare modo, si sottolinea l'esigenza di promuovere adeguate politiche di sostegno alla famiglia e la diffusione di un cambiamento culturale che dia alla genitorialità un profondo valore sociale. Inoltre, si sottolinea la necessità di favorire l'occupazione delle donne e di dare un maggior sostegno ai giovani che hanno bisogno di stabilità e autonomia per costruire il proprio futuro.

http://www.politichecomunitarie.it/Politiche_Comunitarie/UserFiles/Libro_Verde_sui_cambiamenti_demografici.pdf

http://www.politichecomunitarie.it/Politiche_Comunitarie/UserFiles/Libro_Verde_cambiamenti_demografici_Contributo_italiano.pdf

Bullismo: telefono caldo al ministero

29 marzo 2007

Sono oltre 4.000 le telefonate in 6 settimane al numero verde del Ministero dell'Istruzione. Il 69% denuncia episodi di prepotenza o violenza. Le vittime sono ragazzi o ragazze "percepiti come vulnerabili" per caratteristiche psicologiche ma anche etniche e sociali. In aumento le richieste di consulenza degli insegnanti.

Fonte: Agenzia Redattore Sociale

Prozac anche ai bambini

29 marzo 2007

Publicata in Gazzetta la decisione dell'Aifa, che segue la direttiva vincolante dall'Agenzia europea dei medicinali (Emea). Contrastanti i pareri sulla somministrazione in età pediatrica del discusso psicofarmaco. Luca Poma, della campagna Giù le mani dai bambini, definisce "scandaloso" il provvedimento. Critiche anche da Emilia Costa, dell'Università La Sapienza. Ma per Maurizio Bonati, dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, una volta limitati gli eccessi, bisogna "tutelare i diritti di chi ha bisogno del farmaco".

- In Italia le vendite di psicofarmaci aumentate del 280% dal 1998 al 2004. Un mercato vivace che minaccia di influenzare il mondo della ricerca e della vigilanza sui medicinali
- Almeno 35.000 bambini in Italia assumono psicofarmaci, sebbene nessuno dei medicinali, a parte il Prozac da due giorni, sia autorizzato per la somministrazione in età pediatrica.

Fonte: Agenzia Redattore Sociale

Droghe alla portata di tutti, consumo in aumento

Marzo 2007

I dati forniti dalla Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2006 evidenziano che il consumo delle diverse sostanze psicoattive, non solo non tende a recedere, ma fa registrare un incremento per quanto riguarda l'assunzione di cannabis e cocaina, a cui bisogna aggiungere l'alcool e il tabacco, in particolare negli adolescenti e nelle giovani donne. Si riapre inoltre il mercato dell'eroina, assunta non più per via intravenosa, sotto la pressione dell'enorme produzione afgana. I prezzi di pressoché tutte le sostanze psicoattive illecite sono in progressiva e costante diminuzione. La prevenzione del consumo e

dell'abuso costituisce, in questa situazione, un aspetto fondamentale della strategia di riduzione della domanda, su cui far convergere ed aumentare gli sforzi comuni. Il Ministero della Solidarietà Sociale, tra i vari interventi per ridurre la domanda e prevenire consumo e abuso, propone di:

- organizzare campagne informative di tipo mass-mediatico;
- organizzare iniziative dell'intera rete dei servizi di aiuto ai giovani ed alle loro famiglie, finalizzate a rendere protagonisti gli stessi destinatari e beneficiari degli interventi di promozione della salute e di riduzione dei rischi per un efficace processo di responsabilizzazione diffusa;
- mettere ordine nelle risorse già disponibili e aumentare il budget di spesa;
- coordinare gli interventi tra i vari Ministeri;
- prevedere iniziative normative che abbiano come obiettivo la congruenza di differenti approcci (informativo, formativo, normativo, di contrasto al traffico di droghe, ecc.);
- potenziare gli organici dei SerT e aiutare le comunità terapeutiche;
- rafforzare ulteriormente gli strumenti giudiziari ed operativi delle Forze dell'Ordine, per consentire una ancora più efficace strategia di lotta al narcotraffico;
- decriminalizzare le condotte di mero consumo in modo da impedirne la confluenza nel regime penale.

Fonte: www.solidarietasociale.gov.it/NR/rdonlyres/93396E25-DE01-4ED1-85FC-6CD62EB71CC7/0/Relazione_Parlamento_2006.pdf

Rapporto CeDAP 2004: fotografia del parto in Italia

2 aprile 2007

Il Rapporto CeDAP 2004, a cura dell'Ufficio di Direzione Statistica della Direzione Generale del Sistema Informativo del Ministero della Salute, segnala che, nel 2004:

- L'88% dei parti è avvenuto in strutture di ricovero pubbliche, l'11,5% in case di cura private, accreditate e non, e solo lo 0,2% presso il domicilio della puerpera.
- Circa il 12,4% dei parti è relativo a madri di cittadinanza non italiana. Le aree geografiche di provenienza più rappresentate, sono quelle dell'Europa dell'Est e dell'Africa (rispettivamente pari al 40% e 26% delle madri non italiane). L'età media della madre è di 31,8 anni per le donne italiane, mentre scende a 28,5 anni per le donne straniere. Il 44,6% delle puerpere ha una scolarità medio alta, il 39,4% medio bassa ed il 16% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (oltre il 54%). L'analisi della condizione professionale evidenzia che il 58,1% delle madri ha un'occupazione lavorativa, il 33,6% sono casalinghe e l'8,3% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione. La condizione professionale delle straniere che hanno partorito nel 2004 è per il 57,4% quella di casalinga a fronte del 60% delle donne italiane che hanno invece un'occupazione lavorativa.
- Si conferma il ricorso eccessivo all'espletamento del parto per via chirurgica. In media, il 36,9% dei parti avviene con taglio cesareo; tale percentuale è più alta per i parti che avvengono in case di cura private (57,8% nelle accreditate e 74,2% nelle non accreditate) mentre negli ospedali pubblici si ricorre al cesareo nel 34,0% dei casi.
- Nell'84,5% delle gravidanze il numero di visite ostetriche effettuate è superiore a 4 mentre nel 72,4% delle gravidanze si effettuano più di 3 ecografie. In media, inoltre, sono state effettuate più di 17 amniocentesi ogni 100 parti. Circa la metà delle puerpere di età compresa fra 40 e 49 anni esegue questa indagine diagnostica.
- Per circa 5.700 parti si è fatto ricorso ad una tecnica di procreazione medicalmente assistita (PMA), in media 1,2 ogni 100 gravidanze.
- Sono stati rilevati 1.415 nati morti corrispondenti ad un tasso di natimortalità, pari a 3,15 nati morti ogni 1.000 nati, e 2.969 nati con malformazioni.

Fonte: D.G. Sistema Informativo
(Redazione Ministerosalute.it)

L'uso e l'abuso di alcol in Italia

Aprile 2007

In Italia il modello di consumo di alcol è per tradizione "moderato". Si tratta, in particolare, di vino assunto prevalentemente durante i pasti.

Rispetto ai paesi europei l'Italia si colloca tra gli ultimi paesi per il consumo di alcol negli ultimi 12 mesi.

Il trend è sostanzialmente stabile negli ultimi 9 anni, con incrementi significativi, però, tra i giovani, in particolare tra le donne (crescono infatti tra i giovani il consumo di alcol fuori pasto e gli episodi di ubriacature (binge drinking), mentre tra il 1998 e il 2006 la quota di donne di 20-24 anni è passata dal 57,6% al 59%). Preoccupa in particolare la maggiore diffusione in Italia del consumo di alcolici tra i ragazzi di 11-15 anni, con il 18,6% che dichiara di aver consumato bevande alcoliche nell'anno. Non va inoltre sottovalutata la forte crescita del consumo di alcol fuori pasto per gli adolescenti, che può essere misurata tra i 14 e i 17 anni non esistendo prima l'informazione sugli 11-13 anni: tra il 1998 e il 2006 il consumo di alcol passa dal 12,6% al 20,5%. Il consumo di alcol fuori pasto cresce maggiormente per le ragazze (dal 9,7% al 16,8%), ma rimane più diffuso tra i maschi e passa dal 15,2% al 24,2%. I minorenni sono, tra l'altro, esposti ad un rischio maggiore, in quanto non ancora in grado di metabolizzare adeguatamente l'alcol.

All'aumentare del titolo di studio aumenta la tendenza a consumare alcol, soprattutto per le donne: tra le meno istruite (con al massimo la licenza elementare) il 49% consuma alcol, mentre per le laureate la quota raggiunge il 70,9%. Tali differenze sono più evidenti tra le donne di 25-44 anni (dal 46,1% al 72,2%).

Il consumo è più diffuso nelle regioni del Nord-est con l'Emilia-Romagna al primo posto (76,1%), seguita dal Veneto (75,2%) e dal Trentino-Alto Adige (75,1%).

Nel 2006 le persone di 11 anni e più consumano prevalentemente vino (54,8%), seguono quelli che consumano prevalentemente birra (44,8%) e altri tipi di alcolici (41,3%). Tra i minori di 11-17 anni invece

la bevanda più diffusa è la birra (19,1%), seguita dagli aperitivi alcolici (15,7%) e dal vino (12,3%), mentre il consumo di amari e superalcolici riguarda quote minori (rispettivamente 6,5% e 8,2%). Tra i giovani di 18-24 anni il consumo di altri tipi di alcolici, considerati complessivamente, diventa prevalente (55,4%) e supera quello di birra (52,3%). In particolare il 48,8% dei giovani di 18-24 anni consuma aperitivi alcolici, il 34,9% superalcolici e il 29,6% amari, mentre il consumo di vino riguarda il 39,7%.

In Italia nel 2006 i consumatori giornalieri di bevande alcoliche sono quasi un terzo (29,5%) della popolazione di 11 anni e più, con marcate differenze di genere: 43,4% i maschi e 16,5% le femmine.

La quota di consumatori giornalieri ha un andamento crescente all'aumentare dell'età: tra i minorenni il valore si attesta al 2% e cresce raggiungendo il massimo per gli uomini tra i 65-74 anni (64,2%) e per le donne tra 60-64 (27,3%), scendendo al 35,2% tra la popolazione ultrasettantacinquenne.

Secondo le Linee guida per una sana alimentazione dell'INRAN (l'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione), in accordo con le raccomandazioni dell'OMS (l'Organizzazione mondiale della sanità), "la dose quotidiana che una persona in buona salute può concedersi senza incorrere in gravi danni non può essere stabilita da rigide norme, in quanto le variabili individuali sono tante ...". Un consumo considerato moderato può essere indicato comunque entro il limite di 2-3 unità alcoliche (un bicchiere piccolo di vino, una lattina di birra, o un bicchierino di superalcolico) al giorno per l'uomo, di 1-2 unità alcoliche per la donna e di una sola unità alcolica per gli anziani, da consumarsi durante i pasti. Per gli adolescenti fino a 15 anni, l'OMS raccomanda l'astensione totale dal consumo di alcol.

Consumo di alcolici fuori pasto, episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni, e consumo di alcol in età precoce rappresentano comportamenti a rischio per la salute. Uno degli obiettivi dell'OMS per il 2010 è ridurre a zero la quota di ragazzi fino ai 15 anni che consumano alcol.

Uno degli obiettivi di salute pubblica da raggiungere in materia di consumo di bevande alcoliche è inoltre la riduzione della percentuale di consumatori di bevande alcoliche fuori dai pasti. Nel 2006 tra le persone di 11 e anni e più il 7% ha dichiarato di bere alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana. Sono più gli uomini delle donne a farlo (11,6% contro 2,7%) e in particolare i giovani: una quota rilevante di persone che consuma alcol fuori pasto con cadenza almeno settimanale si registra già tra 18-19 anni (15,5% dei maschi e 6,3% delle femmine) e raggiunge il massimo tra 20 e 24 anni (15,5%), con forti differenze di genere (22,1% dei maschi e 8,6% delle femmine). Nella fascia di età successiva (25-29 anni) la quota si mantiene elevata (20,3% maschi contro 5,6% femmine), decrescendo all'aumentare dell'età. Tra le donne, a parità di età, sono soprattutto le laureate (4,9%) a bere alcolici fuori dai pasti, mentre tra gli uomini sono principalmente gli adulti e gli anziani meno istruiti.

Con l'espressione binge drinking si fa riferimento all'abitudine di consumare eccessive quantità (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche) in una sola occasione, come ad esempio durante una stessa serata o una festa. Questo comportamento è presente prevalentemente nei Paesi del Nord Europa, ma si sta radicando anche in Italia e nei paesi dell'Europa mediterranea. Nel 2006 l'8,4% della popolazione di 11 anni e più ha dichiarato di aver consumato alcol in eccesso in una sola occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi. La quota è in aumento rispetto a quanto rilevato alla fine del 2003 (7,1%), anno in cui l'Istat ha rilevato per la prima volta il fenomeno.

Si tratta di un modello di consumo che caratterizza prevalentemente i giovani: l'andamento per età è fortemente asimmetrico con un picco nelle fasce 20-24 anni (15,6%) e 25-29 anni (16,1%). Le differenze di genere sono rilevanti, con una netta prevalenza maschile (13,9% dei maschi e 3,3% delle femmine) per tutte le fasce d'età; in particolare gli uomini che si ubriacano sono in media quattro volte le donne, ma tale prevalenza è minore nelle età giovanili.

Tra i minori dichiarano di essersi ubriacati almeno

una volta nell'anno il 2,1% dei ragazzi di 11-15 anni (2,6% dei maschi e 1,5% delle femmine); tra i 16-17 anni la quota è del 12,1% (16% dei maschi e 8,2% delle femmine); tra i 18-19 anni la quota raggiunge il 15,3% (22,1% dei maschi e 8% delle femmine). Dopo i 25 anni il fenomeno ha poi un andamento gradualmente discendente con l'età e si accentuano le differenze di genere.

Analizzando la frequenza nell'abitudine al binge drinking si rileva che oltre la metà di quanti hanno dichiarato di essersi ubriacati negli ultimi 12 mesi lo ha fatto da 1 a 3 volte (51,4%), ma ben il 17,3% da 4 a 6 volte. La quota di persone che hanno bevuto nella stessa occasione 6 o più bicchieri di bevande alcoliche più di 12 volte nell'anno è pari al 6,7%. Il binge drinking è un'abitudine più diffusa nell'Italia settentrionale (10,2% Nord-est e 9,6% Nordovest) dove il fenomeno si verifica anche con maggiore frequenza.

Chi associa il consumo di alcolici fuori pasto e l'abitudine ad ubriacarsi spesso associa anche altri comportamenti a rischio, uno di questi è l'abitudine al fumo. La percentuale di persone che dichiara un solo comportamento di consumo alcolico non moderato è più alta tra gli ex-fumatori e fumatori rispetto ai non fumatori: la quota di coloro che consumano alcolici fuori pasto cresce in associazione all'abitudine al fumo (dal 2,6% al 6,9%) soprattutto tra i maschi (dal 4,8% all'8,8%); per questi, ultimi l'associazione con il fumo è ancora più evidente considerando il binge drinking (dal 6,5% al 12,2%).

Considerando entrambi i comportamenti a rischio la percentuale di consumatori è significativamente più alta tra i fumatori (6,9%) soprattutto tra i maschi (9,9%). L'associazione tra binge drinking, alcolici fuori pasto e abitudine al fumo risulta ancora più evidente tra i giovani fino a 24 anni e gli adulti fino a 44 anni.

Il consumo di alcolici fuori pasto e l'abitudine ad ubriacarsi si associano, inoltre, fortemente all'abitudine ad andare nelle discoteche e luoghi in cui si balla. Si tratta di comportamenti più diffusi proprio laddove ci sono occasioni di incontro e socializzazione.

Tra chi frequenta le discoteche la quota di quanti

dichiarano un comportamento di consumo a rischio è più alta. Coloro che consumano solo alcol fuori pasto sono il 6,9% (rispetto al 3% di coloro che non vanno in discoteca), percentuale che sale se consideriamo soltanto i maschi (9,2% contro 5,2% delle femmine). Per le ubriacature non associate ad altri comportamenti a rischio si hanno quote di diffusione ancora più elevate (10% tra coloro che vanno in discoteca contro 3,9% di coloro che non ci vanno), anche in questo caso è un comportamento più caratterizzato al maschile (13,6% contro 6,7%). Inoltre, risulta più elevata anche la quota di coloro che associano binge drinking e consumo fuori pasto alla frequentazione di discoteche (6,7% rispetto all'1,7% di chi non le frequenta), in particolare tale percentuale sale tra i maschi (10,6% contro 3,3% delle femmine), soprattutto giovani fino a 24 anni e adulti fino a 44 anni (rispettivamente 11,7% e 11,5%).

Tale associazione è tanto più rilevante quanto maggiore è la frequenza con cui si va in discoteca. In particolare, oltre un quinto dei maschi fino a 24 anni che frequenta discoteche almeno una volta al mese associa consumo di alcolici fuori pasto e binge drinking, quota che diventa il 17,6% per quelli tra 25-44 anni.

In sintesi, il dato più rilevante dell'indagine Istat riguarda la quota molto elevata di minori che consuma alcol: nel 2006 in Italia i ragazzi di 11-15 anni che dichiarano di aver bevuto almeno una volta negli ultimi 12 mesi sono il 18,6%, nonostante abbiano un'età inferiore a quella prevista dalla legge per la somministrazione di alcolici (16 anni). Le differenze di genere sono più contenute rispetto alle altre classi di età (20,7% tra i maschi e 16,2% tra le femmine). Tra i ragazzi di 11-15 anni l'1,4% consuma alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana e il 2,1% si è ubriacato almeno una volta nell'anno (2,6% tra i maschi e 1,5% tra le femmine). Tra i ragazzi di 16-17 anni emerge un quadro ancora più critico: uno su due ha consumato alcolici nell'anno e la quota di maschi è superiore a quella delle femmine (61,3% contro 47,6%). Le differenze di genere, anche in questo caso, sono inferiori rispetto alle fasce di età degli adulti. Il 7,8% dei maschi consuma alcolici tutti i giorni (contro il 3,3%

delle ragazze), il 9,4% beve alcolici fuori pasto almeno una volta a settimana (contro il 5,6% delle ragazze); il 16% ha dichiarato di essersi ubriacato almeno una volta negli ultimi 12 mesi (contro l'8,2% delle ragazze) e di questi uno su quattro si è ubriacato più di tre volte nell'anno.

L'abitudine al consumo non moderato di bevande alcoliche da parte dei genitori sembrerebbe influenzare il comportamento dei figli. Infatti, considerando i giovani tra 11 e 17 anni che vivono in famiglie con almeno un genitore, emerge che sul totale dei giovanissimi, la percentuale di chi consuma anche in maniera saltuaria o occasionale bevande alcoliche è pari al 26,3%. Percentuale che sale al 32,8% se almeno uno dei genitori fa uso non moderato di bevande alcoliche.

Fonte: Istat

Servizio Struttura e dinamica sociale

Tel. 06 4673.4342 ; 06 4673.4604

Smoke-free al 100%

Aprile 2007

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sottolinea l'importanza di assicurare luoghi pubblici e uffici liberi da ogni traccia di fumo. Ogni anno, 200 mila lavoratori muoiono per l'esposizione al tabacco nei luoghi di lavoro. E ben 700 milioni di bambini, circa la metà della popolazione infantile mondiale, respira aria contaminata dal tabacco. Soprattutto a casa. Questa evidenza scientifica è chiara: non ci sono livelli di esposizione al fumo passivo che siano sicuri – sottolinea Margaret Chan, direttore generale dell'OMS – alcuni Paesi si sono mossi già in questo senso. Ma tutte le nazioni che ancora non hanno una legislazione in tal senso devono adottarla al più presto per garantire uffici e luoghi pubblici assolutamente smoke-free". In un'indagine condotta assieme ai Centers for Disease Control and Prevention, il Global Youth Tobacco Survey, l'OMS riferisce che il 43,9% degli studenti è esposto al fumo passivo a casa, e il 55,8%

nei luoghi pubblici. Lo studio è stato condotto su giovani tra i 13 e i 15 anni di 132 nazioni nel periodo tra il 1999 e il 2005.

Il Conferenza internazionale sul Modello Sociale Europeo

Roma, 10-11 maggio 2007

La Conferenza è promossa dal Gruppo europeo "SOCIAL EUROPE" di Brema-Londra, dall'Istituto Eurispes, dalla Fondazione Friedrich Ebert, Sezione Italiana. Il focus della Conferenza sarà incentrato sul tema specifico della democrazia e della partecipazione nelle azioni di ammodernamento delle politiche sociali. Si ritiene, infatti, che la costruzione di un vero, efficace Modello Sociale Europeo debba coincidere con il perseguimento di più elevati livelli di partecipazione responsabile alle scelte. L'incontro rientra in una serie di iniziative, avviate già dal 2005 nel quadro di un ampio confronto europeo, finalizzate ad approfondire e analizzare, in modo comparativo e sistemico, la conoscenza delle principali problematiche legate alla costruzione del Modello Sociale Europeo, come strumento di avanzamento dell'integrazione comunitaria. La Conferenza offre l'occasione, fra l'altro, per un aggiornamento sullo stato delle politiche sociali nei principali Paesi europei e sulle esperienze più avanzate. Particolare attenzione sarà rivolta a quei programmi e quelle esperienze che cercano di dare risposte in termini equilibrati e credibili sul fronte dello sviluppo economico, dell'avanzamento sociale e della sostenibilità ambientale.

Immigrati ed integrazione

Roma, 11 giugno 2007

Il convegno riguarda la situazione comparativa dell'integrazione degli immigrati in Germania e in

Italia, rispettivamente primo Paese dell'UE per numero di immigrati e primo paese per intensità di flussi. Sarà anche un'occasione per ricevere copia dei recenti volumi curati dall'équipe del Dossier Caritas/Migrantes: "le Migrazioni di Ritorno: il caso italiano" e "L'osservatorio romano sulle Migrazioni".

Tel. 06-49213-219

Referente per l'iniziativa Consigliere Klaus Schmitz,
Ambasciata di Germania, tel.: 06-49213-220

Immigrati e tossicodipendenza

Torino, 26-28 Settembre 2007

Il fenomeno dell'immigrazione, la presenza di stranieri sovente non in regola con le norme relative

all'ingresso e al soggiorno, le difficili soluzioni d'integrazione, il problema della realizzazione dei diritti previsti dalle leggi, hanno riorientato i servizi di prevenzione e di cura nell'ambito delle dipendenze, così come modificato radicalmente gli ambiti di accoglienza delle strutture di prossimità e a bassa soglia di accesso.

L'Università della Strada in collaborazione con il SERT 2, Via Lombroso, dell'ASL 1 di Torino, propone un corso sulle tematiche connesse ai consumi problematici di queste fasce di popolazione, attraverso un percorso per meglio comprendere culture di riferimento, prospettive antropologiche nelle modalità di approccio all'uso, peculiarità dell'abuso, affiancando tali spunti teorici a significativi esempi di buone pratiche sul territorio nazionale.

www.gruppoabele.org

Segnalazioni bibliografiche

**Giannelli A.
Follia e
psichiatria: crisi
di una relazione**

Franco Angeli 2007
(collana Psicologia
sociale), pp. 176,
€ 16,00

Coniugare la sua dimensione medico-psicosociologica con la funzione di controllo sociale che dai tempi della sua origine la collettività le demanda. Stretta tra lo sviluppo straordinario delle neuroscienze e l'area plurivariata delle discipline psicosociologiche in una sorta di serrata contesa tra loro, non solo corre il rischio di cedere a un monoriduzionismo che rivelerebbe del tutto sterile, ma anche di vedere minacciata la sua autonomia e progressivamente impoverite le sue aree di intervento. È pertanto necessario che rinnovi, anche in modo radicale, i modelli formativi degli operatori, adattandoli anche alle nuove modalità espressive della follia e aprendoli all'orizzonte creativo in essa indovato, riveda i loro profili professionali e ne rivisiti gli assetti operativi. Solo intervenendo a questi livelli la psichiatria potrà salvaguardare, rifondandola su basi più solide, la sua autonomia e, opponendosi a

qualsiasi forma nuova di esclusione sociale, tutelare la complessa totalità della persona.

**Manuale.
Medicina del
lavoro 2007**

Ipsosa 2007, pp. 816,
€ 91,00

Medicina del lavoro affronta tutti gli aspetti operativi ed organizzativi della medicina e dell'igiene del lavoro, offrendo un testo di facile ed immediata consultazione ed una guida per la valutazione e la risoluzione delle problematiche. L'opera è divisa in tre parti: la prima è dedicata ad un'analisi approfondita degli obblighi inerenti la sorveglianza sanitaria nelle unità produttive, proponendo soluzioni operative ed organizzative e strumenti utili ed adeguati per poter impostare la sorveglianza sanitaria per ogni tipologia di azienda; la seconda parte illustra i singoli rischi lavorativi (rischi chimici, cancerogeni, biologici, fisici e da polveri); la terza ed ultima parte descrive alcune particolari attività lavorative

ed analizza i principali disturbi o patologie correlate e le conseguenti indagini mediche consigliate. A completamento dell'opera è possibile consultare l'appendice contenente i TLV e gli IBE ed una selezione di Agenti chimici dei quali si indicano gli effetti lesivi, acuti e cronici, e vengono proposti i relativi protocolli diagnostici. Allegato al volume il Cd-Rom che contiene: un software per la gestione e l'archiviazione elettronica delle "Schede di destinazione lavorativa" e della "Cartella sanitaria di rischio", e per la gestione delle "Scadenze"; tutta la normativa di competenza e la modulistica di supporto

**2° Rapporto
dell'Osservatorio
Italiano sulla
salute globale a
caro prezzo.
Le diseguaglianze
nella salute**

ETS 2006, pp. 344,
€ 20,00

Perché in Giappone la speranza di vita è di 48 anni più lunga che in Sierra Leone? Perché ogni anno muoiono il milioni di bambini al di sotto

dei 5 anni e quasi tutti nascono nei paesi a scarso sviluppo? Perché in Inghilterra un manovale vive in media 7 anni in meno rispetto a un professionista? Perché in Italia le persone con livello di istruzione superiore hanno una probabilità doppia di ricevere un trapianto di rene rispetto a quelle con livello di istruzione inferiore? Questo Rapporto parla delle crescenti diseguaglianze nella salute nel mondo. Diseguaglianze nella salute tra nazioni, diseguaglianze nella salute all'interno di una nazione.

Parla delle cause globali e locali - che le rendono così inique e inaccettabili.

Pellegrino G. I miti della società contemporanea

Ediz. Salerno 2005,
Salerno, pp. 80,
€ 10,00

Una disamina sintetica ma puntuale dei miti che hanno la funzione di fornire

motivazioni e dare un senso alla vita degli individui nella società contemporanea. Dal calcio agli Ufo, dal New Age all'esoterismo. Amore, libertà, soldi: l'uomo "globalizzato" del terzo millennio alla ricerca di sé, esitante tra l'eterno viaggiatore, e l'uomo di potere e di successo.

L'Autore, Giovanni Pellegrino, è docente di Sociologia e Psicologia Sociale presso l'Università Popolare di Napoli e assistente di Storia delle Religioni presso l'Università di Salerno. Ha conseguito sei lauree ed è autore di 11 libri.

Difesa Sociale - Istruzioni per gli autori

Manoscritti, Presentazione degli articoli, Bibliografia, Lettera di richiesta di pubblicazione, Accettazione dei lavori, Pubblicazione on-line

Difesa Sociale pubblica contributi concernenti varie discipline afferenti la Medicina Sociale (Sociologia, Psicologia sociale, Medicina del lavoro, Medicina preventiva, Epidemiologia, Economia, Medicina legale, Giurisprudenza, Biologia, Genetica, Ingegneria, Bioetica, Igiene ambientale...).

Tutta la corrispondenza inerente Difesa Sociale deve essere inviata a:

Istituto Italiano di Medicina Sociale

Redazione Difesa Sociale

V. Pasquale Stanislao Mancini, n. 28
00196 Roma

Oppure per e-mail all'indirizzo:

difesasociale@iims.it

Manoscritti

I manoscritti devono essere preparati seguendo rigorosamente le norme per gli Autori pubblicate di seguito, che sono conformi agli Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Editors, editi a cura dell'International Committee of Medical Journal Editors.

1. Editoriale

Redatto su invito della Direzione, del Direttore Responsabile o del Redattore Capo, deve riguardare un argomento di grande rilevanza in cui l'Autore, dopo aver illustrato il tema, esprime la sua opinione personale (max 10 cartelle dattiloscritte e 30 citazioni bibliografiche).

2. Articolo originale

Deve portare un contributo originale all'argomento trattato. L'articolo deve essere suddiviso nelle sezioni: introduzione, materiali e metodi, risultati, discussione, conclusioni.

L'introduzione deve sintetizzare chiaramente lo scopo dello studio. Nella sezione dei materiali e metodi deve essere descritto in sequenza logica come è stato impostato e portato avanti lo studio, come sono stati analizzati i dati (quale ipotesi è stata testata, il tipo di indagine condotta, come è stata fatta la randomizzazione, come sono stati scelti i soggetti, il metodo statistico ecc.). La sezione dei risultati deve dare le risposte ai quesiti posti nell'introduzione. I risultati, corredati di figure, grafici e tabelle, devono essere presentati in modo chiaro e conciso. Nella sezione discussione devono essere riassunti i risultati principali, analizzati criticamente i metodi utiliz-

zati, confrontati i dati ottenuti con quelli della letteratura (max 20 cartelle dattiloscritte e 60 citazioni bibliografiche).

3. Review

Deve trattare un argomento di attualità ed interesse, presentare lo stato delle conoscenze sull'argomento, analizzare le differenti opinioni, essere aggiornato con gli ultimi dati della letteratura (max 20 cartelle dattiloscritte e 60 citazioni bibliografiche).

4. Case report

Deve descrivere singoli casi di particolare interesse. L'articolo deve essere suddiviso nelle sezioni: introduzione, caso o casistica, discussione, conclusioni (max 10 cartelle dattiloscritte e 30 citazioni bibliografiche).

5. Comunicato breve (*Short report*)

Può far riferimento ad articoli precedentemente trattati sulla rivista, ad osservazioni e dati scientifici, a commenti autorevoli ad eventi e tematiche di attualità che gli autori intendano portare all'attenzione dei lettori in forma sintetica (max 5 pagine di testo dattiloscritto e 5 citazioni bibliografiche).

Presentazione degli articoli

I lavori in lingua italiana o inglese devono essere inviati in duplice copia cartacea, comprendente titolo conciso in italiano, nome (per esteso) e cognome degli Autori, qualifica ed ente di appartenenza), riassunto in italiano (max 250 parole), parole chiave (usare i termini del medical Subjects Headings dell'Index Medicus <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>), testo, tabelle, figure, didascalie, corredati da supporto magnetico (floppy disk) con versione dell'articolo in formato microsoft word. Tabelle e figure possono essere anche elaborate con altri software ad ampia diffusione (es. excel).

Gli Editoriali e i comunicati brevi non necessitano di riassunto.

Il materiale iconografico deve essere originale; le citazioni estese e gli elementi iconografici tratti da altre pubblicazioni devono essere accompagnati dalle autorizzazioni degli Autori e degli Editori, in conformità alle norme che regolano il copyright.

Bibliografia

Le voci bibliografiche devono essere redatte nello stile standardizzato approvato dall'International Committee of Medical Journals Editors (www.icmje.org) e riportate per esteso in fondo al testo, in ordine alfabetico. Al-

l'interno del testo devono essere inseriti i richiami alle voci bibliografiche tra parentesi tonda (nome degli autori e anno di pubblicazione separati da virgola).

Seguire attentamente la punteggiatura standard internazionale.

ESEMPI

Riviste

Anno di pubblicazione, il numero del volume, il numero di pagina iniziale e finale.

Articolo standard

Elencare tutti gli autori se in numero di 6 o inferiore a 6: da 7 o più autori elencare solo i primi 3 e aggiungere et al. Per il titolo della rivista attenersi alle abbreviazioni usate dall'Index Medicus.

Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular health and disease in women. *N Engl J Med.* 1993; 329:247-56.

Articolo a nome di una commissione

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Int Med* 1988;108:258-65.

Libri e Monografie

Libro di uno o più Autori

Boeri T, Perotti R. Meno pensioni, più welfare. I edizione, Bologna: Il Mulino Editore, 2002:5

Capitolo di un libro

Savona EU. Experience, fear of crimes and attitudes of victims of crime in Italy. In: Alvazzi del Frate A, Zvekić U, Van Dijk JJM, Eds. *Understanding crime: experience of crime and crime control.* Roma: UNICRI, 1993: 324-79.

Atti congressuali

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, editors. *Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology.* Houston: International Society for Experimental Hematology, 1974:44-6.

Monografia di una serie

Hunninghake GW, Gadek JE, Szapiel SV, Wattel F, Hinckley J, Hamre P et al. The human alveolar macrophage. In: Harris CC, editor. *Cultured human cells and tissues in biomedical research.* New York: Academic Press, 1980:54-6. (Stoner GD, editor. *Methods and perspectives in cell biology;* vol 1).

Lettera di richiesta di pubblicazione

Ogni articolo deve essere accompagnato da una lettera

di richiesta di pubblicazione firmata dall'Autore presentatore, il quale ha la responsabilità finale del consenso alla pubblicazione. Quest'ultimo può anche essere diverso dall'Autore con il quale saranno effettuati tutti gli scambi di corrispondenza. Per entrambi dovranno essere indicati tutti i recapiti (indirizzo, telefono, fax, e-mail).

Il lavoro deve essere accompagnato dalle seguente dichiarazioni firmate da tutti gli Autori "I sottoscritti Autori trasferiscono la proprietà dei diritti di autore all'Istituto Italiano di Medicina Sociale, nel caso in cui il lavoro (titolo) sia pubblicato sul periodico *Difesa Sociale* e on-line, sul sito web dell'Istituto. Essi dichiarano che l'articolo è originale, che non è stato inviato ad altra rivista e non è stato già pubblicato. Essi dichiarano di aver partecipato alla stesura e alla revisione del manoscritto presentato, di cui approvano i contenuti. Gli Autori accettano implicitamente che il lavoro venga sottoposto in modo anonimo all'esame del Comitato dei referees".

Gli articoli pubblicati impegnano quindi esclusivamente la responsabilità degli Autori, e la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato su *Difesa Sociale* è riservata e ne è vietata la riproduzione anche parziale senza citare la fonte.

Tutti gli Autori devono inoltre dichiarare l'eventuale presenza o l'assenza di conflitti di interesse. C'è conflitto di interesse, attuale o potenziale, quando un Autore o l'Istituzione cui appartiene ha interessi e/o relazioni finanziarie o personali con individui o organizzazioni che possono in qualche modo influenzare in maniera impropria la sua azione. La redazione si riserva la decisione di pubblicare tali dichiarazioni nel caso in cui essa ne giudichi la rilevanza ai fini di una corretta valutazione dell'articolo da parte dei lettori.

Accettazione dei lavori

L'accettazione dei lavori per la pubblicazione è subordinata al giudizio di "referees" ed è comunicata entro 3 mesi dalla presentazione dell'articolo.

I dattiloscritti, anche dei lavori non pubblicati, non vengono restituiti. A tutti sarà dato cenno di ricevimento.

La correzione delle bozze è limitata alla semplice revisione tipografica. Le bozze vengono inviate all'Autore di norma una sola volta e devono essere restituite alla Redazione entro 5 giorni. In caso di ritardo verranno corrette in redazione in base alla copia originale pervenuta. I moduli per la richiesta di estratti (a carico degli Autori ad esclusione degli articoli redatti su richiesta dalla Redazione) vengono inviati insieme alle bozze.

Pubblicazione on-line

Esiste anche la versione on-line di *Difesa Sociale*, contenuta all'interno del sito web www.iims.it. Un contributo pubblicato prima on-line è citabile con l'URL.

Social Defence - Instruction for the authors

Manuscripts, Presentation of the articles, Bibliography, Letter requesting publication, Acceptance of work, On-line publication

Social Defence publishes contributions concerning various disciplines in the field of Social Medicine (Sociology, Social Psychology, Industrial Medicine, Preventive Medicine, Epidemiology, Economics, Legal Medicine, Jurisprudence, Biology, Genetics, Engineering, Bioethics, Environmental Hygiene...).

All correspondence concerning Social Defence must be forwarded to:

Istituto Italiano di Medicina Sociale

Redazione Difesa Sociale

V. Pasquale Stanislao Mancini, n. 28 - 00196 Roma

Or via e-mail to the following address:

difesasociale@iims.it

Manuscripts

The manuscripts must be prepared by rigorously following the norms for the Authors published below, which are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Editors, published by the International Committee of Medical Journal Editors.

1. Editorials

They must be written following directions by the Administration, the Managing Director or the Editor-in-Chief. The subject must be a topic of great resonance in which the Author, after having illustrated the argument, expresses his/her personal opinion (max. 10 typewritten pages and 30 bibliographical quotations).

2. Original articles

They must offer an original contribution to the topic in question. The article must be subdivided into sections: introduction, materials and methods, results, discussion and conclusions.

The introduction must clearly summarize the aim of the investigation. The section dedicated to materials and methods must describe in logical sequence how the investigation has been laid out and accomplished, the methods used for analyzing data (the theories tested, the type of investigation carried out, the methods of randomization, the criteria used in choosing the subjects, the statistical method, etc.). The results section must answer the questions posed in the introduction. The results (provided with diagrams, graphs and tables) must be presented in a clear and concise manner. The principal results must be summarized in the discussions section, the

methods used must be analyzed critically, the data obtained must be compared with that derived from literature (max. 20 typewritten pages and 60 bibliographical quotations).

3. Reviews

They must deal with a topical and interesting subject, offer current knowledge regarding the subject, analyze different opinions and be up-to-date on the most recent data in literature (max. 20 typewritten pages and 60 bibliographical quotations).

4. Case reports

They must describe single cases of particular interest. The article must be subdivided into sections: case or survey, discussion, conclusions (max. 10 typewritten pages and 30 bibliographical quotations).

5. Short reports

They must refer to articles previously published on the magazine, to scientific observations and data, to authoritative comments, to topical events and themes which the authors wish to bring to the attention of the readers in a concise form (max. 5 typewritten pages and 5 bibliographical quotations).

Presentation of the articles

Two copies of the articles in Italian or in English must be forwarded. They must contain the brief title in Italian, name (extended) and surname of the Authors, title and company belonging to, the Italian summary (max. 250 words), key words (use the terms of the Medical Subjects Headings of the Index Medicus), text, tables, diagrams, captions, furnished with magnetic support (floppy disk), version of the article in Microsoft Word format. The tables and diagrams may also be elaborated with other leading software (i.e. Excel).

The Editorials and the short reports do not need to be forwarded with a summary.

The iconographic material must be original, the citations must be extended and the iconographic elements extracted from other publications must be accompanied by Author and Editor authorizations, in accordance to the regulations that supervise copyrights.

Bibliography

The bibliographic items must be written in the standard style approved by the International Committee of Medical Journals Editors (www.icmje.org) and quoted in full and in alphabetical order at the bottom of the text. The text must contain the cross-reference marks to the bibliogra-

phic items in round brackets (name of author / authors and year of publication, separated by a comma). *Carefully apply standard international punctuation.*

EXAMPLES

Reviews

Year of publication, volume number, initial and final page number.

Standard article

List all the authors should they be 6 or less than 6: in the case of 7 or more, only the first 3 authors should be listed and then et al should be used. Regarding the title of the review, the abbreviations used by the Index Medicus should be employed. Wenger NK, Speroff L, Packard B. Cardiovascular health and disease in women. *N Engl J Med.* 1993; 329:247-56.

Article in the name of a commission

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Int Med* 1988;108:258-65.

Books and Monographs

Book by one Author or more

Boeri T, Perotti R. Meno pensioni, più welfare. I edizione, Bologna: Il Mulino Editore, 2002:5

Chapter of a book

Savona EU. Experience, fear of crimes and attitudes of victims of crime in Italy. In: Alvazzi del Frate A, Zvekic U, Van Dijk JJM, Eds. *Understanding crime: experience of crime and crime control.* Roma: UNICRI, 1993: 324-79.

Congress proceedings

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, editors. *Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology.* Houston: International Society for Experimental Hematology, 1974:44-6.

Monograph of a series

Hunninghake GW, Gadek JE, Szapiel SV, Wattel F, Hinkley J, Hamre P et al. The human alveolar macrophage. In: Harris CC, editor. *Cultured human cells and tissues in biomedical research.* New York: Academic Press, 1980:54-6. (Stoner GD, editor. *Methods and perspectives in cell biology*; vol 1).

Letter requesting publication

Each article must be accompanied by a letter requesting

publication signed by the presenting Author, who has the final responsibility in consenting for its publication. The latter may also be different from the Author, with whom all exchanges of correspondence will be carried out. Both must specify all their addresses (home address, telephone number, fax, e-mail address).

The piece must be accompanied by the following declaration signed by all the Authors: *"The undersigned Authors assign their copyrights to the Istituto Italiano di Medicina Sociale, should the piece (title) be published on the periodical Difesa Sociale and on-line on the Institute's website. We declare that the article is original, that it has not been forwarded to other reviews and that it has never been published to date. We declare we have participated in the drafting and the revision of the manuscript in question and that we approve of its contents. The Authors implicitly agree that the piece be anonymously subjected to examination by the Committee of Referees."*

The published articles are thereby the exclusive responsibility of the Authors. The property of whatsoever article published on Social Defence is reserved and its reproduction (in whole or in part) without citing the source is prohibited.

All the Authors must also declare the eventual presence or absence of a clash of interests. There is a clash of interests, either existing or potential, when an Author or the Institute he/she belongs to has financial or personal interests and/or relations with individuals or organizations that may in some way influence inappropriately his/her work. The Editorial Office reserves itself the right to publish the said declarations when it deems necessary in order to provide the readers with a correct evaluation of the article.

Acceptance of work

The acceptance of pieces for publication is subordinate to the judgement of "referees" and is communicated within 3 months from the presentation of the article.

The typescripts are not returned, even in the case of unpublished articles. All submissions will be confirmed.

Proof-reading is limited to a simple typographical check. As a rule, drafts are forwarded to the Author only once and must be returned to the Editorial Office within 5 days. In case of delay, the drafts will be corrected in the Editorial Office on the basis of the original copy received. The forms for the request of extracts (at the expense of the Authors, except for articles commissioned by the Editorial Office) are forwarded along with the drafts.

On-line publication

Social Defence is also published on the Web at www.iims.it. A contribution first published on-line may be citable with the URL.