volume LXXXV

1-2

gen-giu 2006

DIFESA SOCIALE

ISSN 0012-2653

ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE

ISTITUTO ITALIANO DI MEDICINA SOCIALE (IIMS)

fondato nel 1922 da Ettore Levi

È il centro nazionale di ricerca e formazione in materia di Medicina Sociale, con particolare riguardo agli aspetti medico-sociali del lavoro umano, connesso anche ai sistemi di previdenza, assistenza e sicurezza sociale.

Per l'attuazione di tali fini l'Istituto:

a) compie ricerche sui fenomeni sociali di particolare rilevanza per quanto attiene alle problematiche emergenti nel settore socio-sanitario, nonchè indagini e studi sulla prevenzione delle malattie sociali e della salute e sicurezza sul lavoro;

b) presta consulenza tecnico-scientifica al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, al Ministero della Salute e alle altre pubbliche amministrazioni, sia di carattere nazionale che regionale;

c) collabora con l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e con l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale e con altri enti ed istituzioni pubbliche, con le rappresentanze sindacali dei lavoratori e degli imprenditori, con le Università, con altre istituzioni scientifiche, enti, organismi ed associazioni pubbliche e private, su temi concernenti i propri compiti istituzionali;

d) promuove il trasferimento delle conoscenze anche attraverso l'organizzazione di congressi sui principali problemi di medicina sociale e mediante la realizzazione di strumenti divulgativi di interesse sociale, svolge e promuove la formazione anche attraverso il conferimento di borse di studio e perfezionamento, mette a disposizione degli studiosi le proprie attrezzature tecniche, i risultati delle sue esperienze e quant'altro possa risultare utile ad attività di interesse medico sociale;

e) favorisce la produzione scientifica in campo medico sociale con proprie pubblicazioni sia a carattere monografico che periodico;

f) istituisce banche dati di interesse nazionale e provvede all'elaborazione di dati statistici a carattere demografico, sanitario e sociale;

g) promuove, mantiene e sviluppa rapporti di collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il Ministero della Salute e con istituzioni scientifiche europee, volti ai fini di comune interesse.

Sono Organi dell'Istituto:

IL PRESIDENTE

Antonio Guidi

IL DIRETTORE GENERALE

Giovanni Maria Pirone

IL CONSIGLIO D'AMMINISTRAZIONE

Cristina Cappellini, Loredana Giannitti, William Malnati, Carlo Monti, Alessandra Pesce, Luigi Perroni, Raffaele Picaro, Romolo Sabatini Scalmati

IL COLLEGIO DEI REVISORI

Antonguido Nardone (Presidente), Marco Bianchi, Ernesto Mocci (Componenti), Renato Mauro (membro supplente)

IL COMITATO DI CONSULENZA SCIENTIFICA

Fausto Benedetti, Paola Binetti, Francesco Bonetto, Mario Carletti, Angelo Filippini, Benedetto Fucci, Michele Lepore, Giampaolo Monacelli, Giovanni Montalto, Lucio Ricciardi

THE ITALIAN INSTITUTE FOR SOCIAL MEDICINE (IIMS)

Founded in 1922 by Ettore Levi

The IIMS is the national research and training center in the matter of Social Medicine, with special regard to the medical and social aspects of labor, connected also with the systems of social insurance, assistance and security. In order to attain its aims, the Institute:

a) investigates social phenomena having special relevance insofar as they relate to problems arising out of the social-health sector, and carries out inquiries and studies on the prevention of social diseases and the occupational health and security;

b) renders technical/scientific consulting services to the Ministries of Labor, Health and Social Policies, and the Public Administrations at both a national and a regional level;

c) cooperates with the National Institute for the Insurance against Industrial Accidents, the National Institute of Social Security and other public bodies and institutions, the workers' unions and entrepreneurs' associations, Universities and other scientific institutions, as well as public and private bodies and associations, on issues connected with its institutional tasks;

d) promotes the transfer of knowledge, even through the organization of meetings on the major issues of social medicine, through the realization of instruments for the divulgation of information of social interest; carries out and promotes training even through the award of scholarships; puts at the disposal of scholars its technical facilities, the results of its experiences and whatever might prove useful to medical/social activities;

e) promotes the scientific production in the medical/social field with its own publications, whether monographs or periodicals;

f) establishes databanks of nation-wide interest and sees to the statistical processing of demographic, health and social data;

g) promotes, maintains and furthers cooperative relations with the Ministries of Labor and Social Policies, and Health as well as European scientific institutions aiming at the attainment of common purposes.

The bodies of the Institute are outlined below:

THE CHAIRPERSON

Antonio Guidi

THE EXECUTIVE DIRECTOR

Giovanni Maria Pirone

THE BOARD OF DIRECTORS

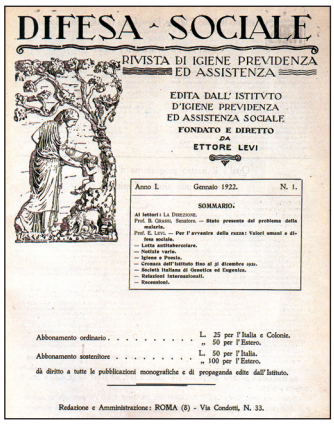
Cristina Cappellini, Loredana Giannitti, William Malnati, Carlo Monti, Alessandra Pesce, Luigi Perroni, Raffaele Picaro, Romolo Sabatini Scalmati

THE BOARD OF AUDITORS

Antonguido Nardone, Marco Bianchi, Ernesto Mocci, Renato Mauro

THE SCIENTIFIC CONSULTING COMMITTEE

Fausto Benedetti, Paola Binetti, Francesco Bonetto, Mario Carletti, Angelo Filippini, Benedetto Fucci, Michele Lepore, Giampaolo Monacelli, Giovanni Montalto, Lucio Ricciardi



DIFESA - SOCIALE

RIVISTA DI IGIENE PREVIDENZA ED ASSISTENZA

EDITA DALL' ISTITVTO D'IGIENE PREVIDENZA ED ASSISTENZA SOCIALE FONDATO E DIRETTO DA ETTORE LEVI

Anno I. Gennaio 1922. N. 1.

SOMMARIO:

Ai lettori: La Direzione.
Prof. B. Grassi, Senatore. — Stato presente del problema della malaria.
Prof. E. Levi. — Per l'avvenire della razza: Valori umani e di-
— Lotta antitubercolare.
— Notizie varie.
— Igiene e Pensie.
— Cronaca dell'Istituto Ros al gi dicembre 1921.
— Società Italiana di Genetica ed Eugenica.
— Relazioni internazionali.
— Recensioni.

Abbonamento ordinario . . . . . L. 25 per l'Italia e Colonie. „ 50 per l'Estero.
Abbonamento sostenitore . . . . . L. 50 per l'Italia. „ 100 per l'Estero.
dà diritto a tutte le pubblicazioni monografiche e di propaganda edite dall'Istituto.

Redazione e Amministrazione: ROMA (8) - Via Condotti, N. 33.

fondata nel 1922 da E. Levi

Direzione, redazione e amministrazione:
Istituto Italiano di Medicina Sociale,
Via Pasquale S. Mancini 28
00196 Roma

Segreteria di redazione:
tel./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

Stampato in Tivoli (Roma), dalla Litografia Chicca - Novembre 2006
Pubblicazione fuori commercio

TUTTI I DIRITTI SONO RISERVATI

Periodico associato a: AIE USPI

DIFESA SOCIALE

Rivista trimestrale dell'Istituto
Italiano di Medicina Sociale (IIMS)
Anno LXXXV - n. 1-2 - Gen.-Giu. 2006
ISSN 0012-2653

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, Rosanna Memoli, Pietrantonio Ricci, Antonio Scaglia, Arianna Scamardella

Coordinamento comitato scientifico: *Cleto Corposanto*

Redattore capo: *Pierangela Ghezzo*

Sommario

EDITORIALE

Tempi e modi dei percorsi di valutazione 7
Cleto Corposanto

FOCUS ON - LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ NEI SERVIZI SOCIALI E SANITARI

La valutazione della qualità in sanità. Alcune riflessioni teoriche 11
Cleto Corposanto

La valutazione dell'handicap in Europa: somiglianze e differenze 33
Gianni Selleri

Esperienza di customer satisfaction nei servizi domiciliari di cure palliative 41
Carlo Maccheroni, Gabrielle Monolo, Marina Di Ciacco

Un progetto di valutazione della qualità percepita in una unità di degenza specialistica 53
Luisa Borgia, Gaetana Sacco, Fabio Sciamanna, Massimo M.G. Di Muzio, Daniele Palumbo, Rosa Corelli, Liana Spazzafumo, Felice Strollo

Chirurgia della grande obesità e patient satisfaction: uno studio condotto presso il centro interdipartimentale per il trattamento della grande obesità 63
Anna Coluccia, Leonardo Di Cosmo, Fabio Ferretti, Giuseppe Vuolo, Francesca Lorini

ARGOMENTI DI MEDICINA SOCIALE

Gli aspetti sociobiologici dello stupro 77
Fernando Liggio

I comportamenti a rischio in giovinezza: i nuovi consumi di droghe 89
Cecilia Barba

NOTIZIARIO 101

TEMPI E MODI DEI PERCORSI DI VALUTAZIONE

Cleto Corposanto*

Sentiamo da tempo parlare di valutazione. E, fortunatamente, ne sentiremo parlare sempre di più: fortunatamente perché il percorso valutativo è innanzitutto un processo dagli esiti molto differenziati fra loro ma tutti altamente significativi. Stando a quanto oramai acclarato dagli specialisti del settore, è stata probabilmente la Comunità Europea ad incentivare, nel tempo, l'uso dello strumento valutativo. Prevista infatti come obbligatoria per tutta quella serie di iniziative finanziate dalla stessa comunità a favore di enti ed organismi degli Stati membri, la valutazione ha preso pian piano piede "a prescindere", legandosi intimamente alle azioni intraprese anche a livello locale (in omaggio al principio di sussidiarietà).

Assistiamo quindi oggi ad un attento utilizzo dello strumento valutativo, che si espande allargando i propri confini: visto allo stato nascente esclusivamente connesso alla funzione definita di *accountability,* cioè di rendicontazione verso i decisori pubblici e i finanziatori di progetti in genere, il processo valutativo si colora oggi di una seconda caratteristica che viene denominata *learning*, cioè apprendimento. In questa nuova prospettiva, insomma, valutare vuol dire certamente rendicontare, ma significa altresì per chi è incaricato di tenere sotto controllo il processo attuativo di un determinato programma, "imparare dall'esperienza", apprendere cioè dal lavoro sul campo, con l'obiettivo – inutile dirlo – di migliorare i programmi stessi da attuare.

È insomma un percorso complesso e multidimensionale: è complesso perché ogni processo valutativo si intreccia intimamente con una attività di ricerca vera e propria, che vede scendere in campo attori differenti e, soprattutto, con livelli di coinvolgimento nei programmi fra loro profondamente diversi quando non contrastanti; ed è multidimensionale perché come in tutti i processi di ricerca che si rispettino gli strumenti sono molteplici e differenziati (nella logica della integrazione fra metodi qualitativi e quantitativi che sempre dovrebbe essere perseguita), e le dimensioni da analizzare, appunto, plurime.

Valutare, insomma, alla fine dei conti è una attività che serve certamente a capire "dove si sta andando", ma che sempre più si trasforma in un percorso che riesce a dirci anche "come si sta andando in quella direzione", provocando un momento di crescita nei vari attori coinvolti nel processo che, alla lunga, non può che essere di beneficio per la comunità tutta.

---

* Professore di Metodologia e tecniche della ricerca sociale e Statistica sociale presso l'Università degli Studi di Trento

Ma qual è il momento migliore per fare valutazione? La risposta è: dipende, perché in effetti si avvia un processo valutativo ogniqualvolta sia necessario decidere qualcosa in merito ad un certo programma o ad un determinato servizio. Tradizionalmente, si distinguono tre modi diversi di fare valutazione in tre momenti differenziati temporalmente: *prima* di decidere definitivamente se avviare un nuovo programma o servizio, per cercare insomma di capire se farlo; *durante* lo svolgimento, con lo scopo di correggere la rotta o il tiro; a *conclusione*, per imparare dall'esperienza fatta, e anche per per dare trasparenza a ciò che si è realizzato

Esistono diversi approcci alla valutazione, rinvenibili in periodi storici diversi, ma accomunati dal fatto d'essere tutti strumenti a disposizione del valutatore.

Come un abile artista, il valutatore, è in grado di scegliere gli strumenti, la tecnica o la combinazione di tecniche che ritiene più adatti per riprodurre la realtà prescelta quale soggetto del proprio lavoro. Questa metafora ci permette di semplificare anche un altro concetto: la stessa realtà, infatti, potrebbe essere rappresentata anche in altri modi a seconda sia degli strumenti che sono utilizzati sia del focus sul quale il valutatore decide di concentrarsi.

Non esiste, infatti, una valutazione ottimale, così come non esiste una soluzione ottimale ad un problema, visto che al medesimo problema potrebbero essere date risposte diverse dai diversi approcci alla valutazione.

Parliamo allora di coesistenza di approcci, intesi come insieme di modelli diversi che permettono di formulare un giudizio di valore su un'azione più o meno precisamente programmata che si sta svolgendo. Ogni approccio costituisce un modo particolare di assolvere la funzione del valutare [1]. Tenendo, quindi, la valutazione quale elemento caratteristico e distintivo dei diversi approcci, possiamo dire che esistono tre approcci principali:

- *Positivista - Sperimentale*, in cui prevale un'idea strumentale della valutazione, il cui scopo è quello di verificare l'efficacia del programma nel conseguire un determinato obiettivo, che dovrebbe risolvere un problema.
- *Pragmatista - della qualità*, in cui permane un uso strumentale della valutazione per consentire decisioni amministrative, ma in questo caso l'attenzione è spostata sulla capacità del programma di avvicinarsi a determinati standard di qualità.
- *Costruttivista – del processo sociale*, in cui prevale un uso conoscitivo della valutazione, sia nel senso che si tende a comprendere la situazione attraverso le interpretazioni che i diversi stakeholders ne danno, sia nel senso del potenziamento delle capacità dei beneficiari di utilizzare il programma per meglio gestire le proprie attività, favorendo un processo d'apprendimento.

"*La valutazione è nata dalla confluenza di due filoni eterogenei di ricerca: lo sforzo di alcuni economisti per razionalizzare la gestione delle risorse della Difesa e quello di psicologi, sociologi, politologi per usare i metodi della ricerca sociale applicata nello studio di problemi sociali come l'educazione, la salute, la criminalità* [2]."

Si è consolidato in tal modo il passaggio da una concezione dell'aggiustamento automatico delle forze sociali ad una della pianificazione sociale [3]. Nel corso degli anni sessanta negli Stati Uniti la valutazione si impone come operazio-

ne di verifica e generalizzazione di esperimenti sociali innovativi come quello della "Guerra di povertà", che per la prima volta rendono obbligatorie valutazioni su vasta scala.

All'origine della sua affermazione possiamo rinvenire due elementi: un grande sviluppo delle scienze sociali empiriche e una pratica di governo basata sulla programmazione per obiettivi [4]. Alla valutazione era riconosciuto il compito di "massimizzare la razionalità della politica sociale" [5]. In questa fase di "*ottimismo dei programmi*" [6] si valuta per dimostrare l'impatto dei programmi, o la loro validità. Nascono proprio in questo periodo l'approccio positivista-sperimentale e quello pragmatista.

A partire poi dagli anni '70 fino a circa metà anni '80 si iniziano a vedere i primi effetti "perversi" delle politiche del welfare; da qui la necessità di spostare l'attenzione sul processo di implementazione dei programmi e sulle influenze di contesto. In questo periodo, caratterizzato dal "*pessimismo dei programmi*" [7], l'approccio costruttivista nasce in opposizione a quello pragmatista, mentre l'approccio positivista tenta di recuperare terreno, puntando l'attenzione sulla valutabilità.

A partire da metà anni '80 un atteggiamento più bilanciato sugli effetti dei programmi si lega ad un pluralismo dei metodi, scelti in funzione dell'utilizzabilità. L'attenzione è spostata sull'uso che i diversi stakeholders possono fare della valutazione e sulla capacità dei programmi di perseguire predefiniti standard di qualità. L'approccio pragmatista è integrato con l'attenzione per la qualità, mentre l'approccio costruttivista dialoga con filoni provenienti dall'analisi dell'implementazione delle politiche. [8]

Come si può notare stretta è la relazione tra valutazione e politica, in considerazione proprio della specifica capacità che si attribuisce alla valutazione, di ricerca volta al miglioramento dell'azione. Ciascun approccio ha cercato di dare una propria risposta ai diversi problemi della politica, che si sono presentati ad ogni svolta storica. Per questo possono essere tutti considerati utili strumenti per cercare di comprendere i fenomeni sociali e politici nella complessità attuale.

1. Palombo M. Il processo di valutazione, Milano: Franco Angeli, 2001.
2. Chelimsky E. Old Patterns and New Directions in Program Evaluation. In Stame N. V.s., 1988.
3. Bennis WG, Benne KD, Chin R. (A cura di). The Planning of Charge. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1962.
4. Stame N. Op. Cit
5. Freeman H. The Present State of Evaluation Research. In Stame N. V.s.
6. Stame N. Tre approcci principali alla valutazione: distinguere e combinare. In Palombo M. Il processo di valutazione. Milano: Franco Angeli, 2001.
7. Stame N. V.s.
8. Stame N. V.s.

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ IN SANITÀ. ALCUNE RIFLESSIONI TEORICHE

Cleto Corposanto*

RIASSUNTO

Il tema della valutazione della qualità in sanità è certamente complesso, anche perché si tratta di un concetto multidimensionale. In questo saggio vengono affrontati alcuni nodi teorici che ruotano attorno al cosiddetto Triangolo della qualità - erogata, percepita, sociale - e vengono altresì discussi i fondamenti e l'uso degli indicatori di qualità.

PAROLE CHIAVE
valutazione, qualità, indicatori

ABSTRAC: The evaluation of quality in the health sector: a few theoretical considerations

The evaluation of healthcare quality is certainly a complex subject, also due to the fact that it is a multidimensional concept. This essay wishes to face some theoretical knots that surround the so-called “Triangle of quality” - distributed, perceived, social - and we also wish to discuss the foundation and use of quality indicators.

KEYWORDS
evaluation, quality, indicators

1. La valutazione

In senso generico con il termine valutare possiamo di volta in volta intendere l’operazione di calcolare il valore di qualcosa, stimare; determinare il pregio, la qualità, l’importanza di un oggetto o di una prestazione; ponderare, soppesare ai fini di attribuire un giudizio complessivo o un voto, fornire [quindi] una valutazione. In altri termini, la valutazione è quindi un «*giudizio che assegna ad una cosa*

* Professore di Metodologia e tecniche della ricerca sociale e Statistica sociale presso l’Università degli Studi di Trento

un determinato valore [e si fonda] *nell'assegnare ad una bene economico un determinato prezzo, [...] nell'esprimere un'opinione che gradua un avvenimento rispetto a determinati criteri, [...] nell'aggiudicare che significa interesse, peso e attenzione*» (Cipolla 1997).

In senso scientifico, l'operazione di valutazione può fare riferimento: alla determinazione dei risultati ottenuti; alla determinazione dell'efficacia ed efficienza; alla performance dell'oggetto della valutazione.

Definire il concetto di *qualità in sanità* comporta notevoli complessità, in virtù del fatto che il problema possiede due differenti dimensioni. Infatti, si ha l'esigenza di determinare la prospettiva attraverso la quale effettuare la valutazione di qualità e, conseguentemente, quella di definire alcuni opportuni parametri, che possono essere variabili a seconda dei casi considerati.

Il punto di vista mediante il quale si imposta la valutazione assume notevole importanza, poiché, come è ampiamente plausibile, al variare del soggetto responsabilizzato al giudizio di qualità, varieranno anche alcune variabili oggetto di studio mediante le quali si realizza tale valutazione. In letteratura sono presenti alcuni ben noti possibili impianti metodologici, in particolare, appare evidente come esiste una forte contrapposizione tra la visione "assolutistica" del medico e quella "individualistica" del paziente.[1]

Entrambe queste prospettive mostrano dei limiti: infatti, se da un lato è possibile astrarre dalla competenza tecnica del medico, dall'altro risulta altrettanto difficile non considerare la centralità del paziente, che sopporta i rischi e riscuote i benefici dell'intervento clinico. A fronte di tale circostanza, anche in conseguenza del vincolo di bilancio, è assai auspicabile l'introduzione di una filosofia intermedia, basata su una visione completa che tenga conto di criteri tecnici e di bisogni individuali, aggregati tuttavia sull'intera popolazione di assistiti.

1.2. Valutazione di struttura – processo – esito

Per quel che riguarda i parametri della valutazione di qualità in sanità, il noto paradigma di Donabedian, che prevede tre possibili dimensioni rilevanti, rappresenta forse il più classico degli esempi. Tali dimensioni sono:

- la *Struttura* (o input). Si intende ogni elemento materiale e organizzativo stabile, componente il "teatro" in cui si verifica il processo di erogazione delle prestazioni assistenziali. Fanno parte di questa specificazione le risorse organizzative umane, fisiche, tecniche e finanziarie necessarie per garantire il funzionamento dei Servizi Sanitari;
- il *Processo*. L'insieme delle azioni che gli operatori eseguono a favore dei propri assistiti. Una specificazione completa dei processi sanitari prevede il controllo del grado di perizia tecnica mostrata dagli operatori, oltre a tutti gli

[1] Si vedano in proposito i concetti di *sick role* coniato da T. Parsons e di *dominanza medica* di A. Freidson, ma anche di *iatrogenesi clinica* di I. Illich.

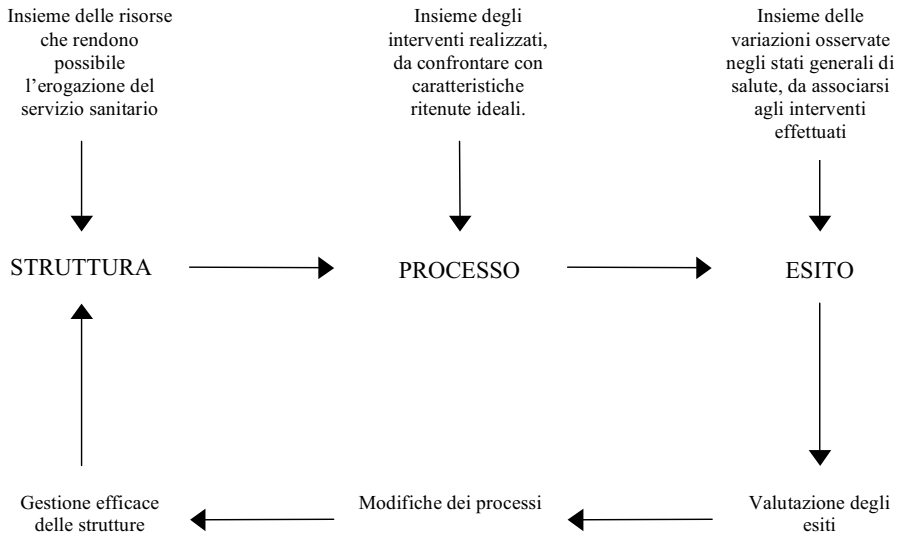
sforzi che i pazienti sopportano per curarsi. In altre parole, quindi, il processo rappresenta l'insieme delle attività assistenziali, determinate dall'interazione che si sviluppa tra il paziente e la struttura, in base a specifiche norme scientifiche, etiche e sociali.

- L' *Esito* (*output* e *outcome*). Consiste principalmente nel risultato che si riesce ad ottenere a favore di ciascun assistito, in termini di variazioni dello stato di salute attribuibile al processo assistenziale e che, dunque, deve essere valutato come conseguenza dell'attività sanitaria. Rilevante nella definizione dell'esito è anche l'ottica del paziente, che si traduce nel grado di conoscenza e percezione del proprio stato di salute, del cambiamento di comportamento favorevole al miglioramento della stessa salute e, soprattutto, della soddisfazione provata rispetto all'assistenza ricevuta.

È chiaro come la valutazione può essere effettuata su ogni singola dimensione ed al variare dell'ottica presa in riferimento si ottengano delle differenti metodologie di valutazione, basate su parametri differenti. Ciò è ovvio, in quanto analizzare la struttura (quindi l'assetto organizzativo e delle risorse umane/materiali) non è come analizzare il processo (capacità tecnico-scientifiche e gestione delle figure professionali) oppure l'esito (i risultati dell'intervento sanitario sul paziente).

Pertanto, per ottenere un processo di qualità che non sleghi la relazione tra le tre dimensioni è necessario rendere dinamica la suddetta relazione. In altre parole bisogna costruire una rete circolare per la quale la valutazione degli esiti riesca a modificare i processi e, in sequenza, a variare anche la struttura che genere poi il tutto.

Figura 1. Il sistema dinamico di valutazione della qualità dei servizi sanitari



La valutazione di ciascun livello coglie aspetti specifici, a volte complementari a volte ridondanti, rispetto alle valutazioni di altri sottosistemi sociali.

La *valutazione dell'input* è possibile suddividerla in due dimensioni diverse tra loro: una parte *hardware* (che intende la valutazione della dimensione statica dell'organizzazione come la quantità di risorse finanziarie, tecnologiche, materiali ed umane assegnate ad un determinato programma che tende ad operare attraverso standard di qualità predefiniti, usufruendo di un sistema di indicatori senza alcun problema di misurazione) e una parte *software* (che comprende il quadro decisionale e normativo, i criteri gestionali, le modalità organizzative, le fonti e la distribuzione degli input, il modo in cui vengono fronteggiate le oscillazioni della domanda, i sistemi di raccolta di informazioni, i dispositivi interni di auto-valutazione propri di ogni organizzazione, ecc.) (Altieri 2001).

La *valutazione di processo* deve verificare la coerenza delle attività e delle procedure rispetto ai piani di intervento e il raggiungimento di risultati intermedi. Gli indicatori necessari a tal fine devono rilevare il tipo di prestazioni concretamente attuate e la corretta procedura rispetto ai protocolli operativi del programma. Inoltre, sono importanti la misurazione dei risultati intermedi in fase di attuazione del programma con l'andamento delle variabili rilevate nei *pre-test* sugli utenti. Nel caso della *valutazione dei risultati*, il valutatore deve verificare la pertinenza delle attività rispetto ai valori e agli obiettivi prefissati e la loro adeguatezza rispetto alla natura e portata del problema in questione. Si deve cioè stabilire se risulta confermata l'ipotesi di intervento che consiste nel rapporto causa-effetto tra due gruppi di variabili: a) variabili indipendenti (programma inteso come insieme di attività e risorse); b) variabili dipendenti (obiettivi del programma in termini di risultati attesi).

I risultati finali indotti dalle attività di un dato programma sono scomponibili in risultati a distanze diverse:

- *Output:* si tratta degli effetti intermedi del programma o delle prestazioni prodotte concretamente dal programma, in riferimento a ciò che è accaduto alla popolazione di riferimento. Le prestazioni possono essere analizzate in base a valori "ottimali" entro cui dovrebbero oscillare i valori relativi. Ovviamente i parametri utilizzati variano a seconda dei diversi tipi di *output* previsti.
- *Outcome:* indica i risultati (diretti e indiretti, previsti o imprevisti) dei programmi, verificabili a distanza di tempo e di più ampio respiro rispetto a quelli immediati ed intesi come le modifiche del comportamento dei soggetti destinatari della politica. L'analisi pertanto è quindi limitata alla popolazione beneficiaria del programma.
- *Impatto* (o *esito*): riguarda l'insieme degli effetti del programma più ampio sulla popolazione e sui contesti di riferimento. *Outcome* e impatto si sovrappongono in larga misura. L'impatto rappresenta l'ambito di trasformazione, il reale effetto ottenuto sull'ambiente sociale dell'azione messa in atto. La valutazione dell'impatto viene fatta soprattutto per accertare quanto sia ampia la sua diffusione e quali ricadute o effetti secondari si possono osservare sia sulla popolazione bersaglio che sul contesto di riferimento della

stessa. Gli esiti sono notoriamente difficili da definire dal punto di vista operativo. Le misure di esito richiedono infatti, disegni di ricerca complessi e l'isolamento delle variabili diviene qui ancora più arduo, in quanto più numerose sono le variabili intervenienti e maggiore, in quanto dilatato nel tempo, il loro potenziale effetto. Risultati (*output*), effetti (*outcome*) ed esiti (*impatto*) stanno quindi tra loro in una relazione complessa: solo analiticamente i tre livelli sono scomponibili e quindi la loro relazione deve essere oggetto di analisi dettagliate.

Altieri, aggiunge a queste tre valutazioni riferite alle tre dimensioni sopra riportate, la *valutazione della valutazione* (o *metavalutazione*). Essa dovrebbe configurarsi come controllo della validità del processo metodologico tramite un controllo intersoggettivo nell'ambito del lavoro scientifico dell'*équipe* di ricercatori coinvolti e come processo auto-riflessivo.

Un metodo per omettere errori commessi e (ri)produrre un successo nell'ambito della valutazione di una programmazione-progettazione, è il famoso *Ciclo della qualità* proposto da Deming e da Donabedian, e rivisto negli ultimi anni e da Tonelli e dalla QA.

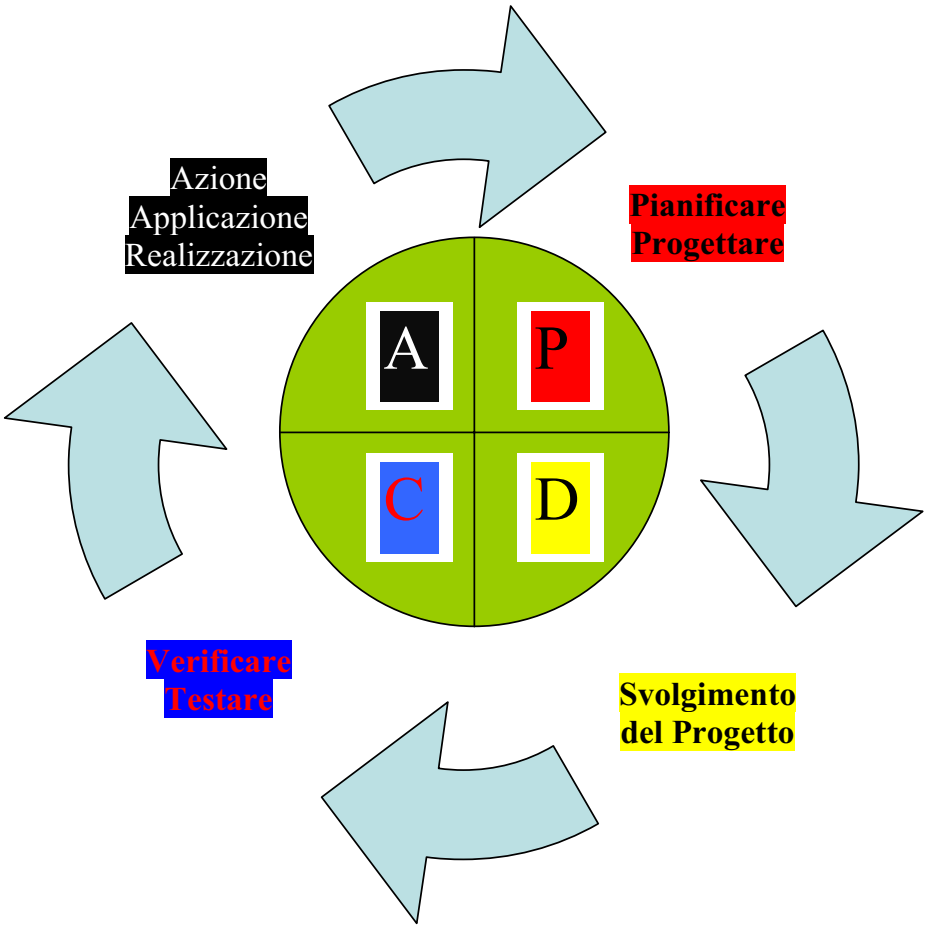
Gli elementi che costituiscono il ciclo sono:
- Plan (P)
- Do (D)
- Check (C)
- Act (A)

Lo schema successivo aiuta a spiegare cosa si intende con le ben note quattro sigle.

<table>
<tr><td rowspan="8">P</td><td colspan="2">Identificare i possibili problemi
Selezionare il problema prioritario</td></tr>
<tr><td>Osservare e documentare la situazione attuale</td><td>Raccolta dati</td></tr>
<tr><td>Analizzare la situazione attuale</td><td>Analisi dei dati</td></tr>
<tr><td>Identificare le possibili cause</td><td rowspan="4">Decisioni guidate dai dati</td></tr>
<tr><td>Determinare le cause reali</td></tr>
<tr><td>Definire gli obiettivi</td></tr>
<tr><td>Determinare i tempi e le azioni correttive</td></tr>
<tr><td>D</td><td colspan="2">Fare</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="2">Check</td></tr>
<tr><td>A</td><td colspan="2">Agire Standardizzare</td></tr>
</table>

Un ciclo, questo, in cui le parti interagiscono in modo consequenziale, che ha visto maggiore riscontro nel metodo VRQ per la valutazione della qualità professionale.

Figura 2. Ciclo PDCA per la programmazione e valutazione di un progetto



Tale modello è applicabile in ogni *momento* della valutazione di un determinato percorso attuativo.

1.3. Le componenti del percorso valutativo

Il *momento della valutazione* è, infatti, una delle componenti del percorso valutativo finalizzato sia per contemplare i diversi obiettivi sia per produrre diver-

si effetti, adottando particolari criteri e utilizzando molteplici strumenti. Queste componenti del percorso valutativo sono:

- i "momenti" di valutazione[2];
- responsabili e beneficiari della valutazione[3];
- oggetto dell'analisi valutativa[4];
- criteri di valutazione[5];
- le metodologie di analisi.

Tra queste diverse componenti, quelle che meritano un maggiore approfondimento sono le ultime due appena elencate.

1.3.1. Criteri di valutazione e il "triangolo della Qualità"

Per quanto riguarda la valutazione della qualità, Shaw ha indicato sei principali *criteri di valutazione*:

1. *efficacia*: attiene al livello di realizzazione degli obiettivi e costituisce uno strumento di misurazione dell'*outcome*. Può essere definita come capacità di un atto di produrre un particolare effetto, di raggiungere gli obiettivi prefissati;
2. *efficienza*: stabilisce un rapporto tra le attività erogate e le risorse utilizzate e serve per definire la qualità dell'*output.* È definibile come complesso delle procedure che favoriscono il raggiungimento dell'esito migliore;
3. *equità*: riguarda l'accesso ai servizi e la loro capacità di evitare discriminazioni, sia in riferimento ai costi di accesso, sia alle modalità di erogazione;
4. *soddisfazione* (*responsivness*): definisce in che misura il servizio risponde alle aspettative dell'utenza. Si riferisce alla qualità percepita dal cittadino, la cui soddisfazione è esito di un contesto organizzativo improntato all'umanizzazione dei rapporti e alla personalizzazione dei servizi;
5. *appropriatezza*: esprime la capacità del servizio di essere "centrato" rispetto al bisogno che intende soddisfare. Serve per verificare la congruenza qualitativa e quantitativa tra il sistema delle risorse (umane ed economiche) e il sistema della domanda e quindi valutare la fase di processo;
6. *accessibilità*: consiste nella disponibilità effettiva del servizio per tutti gli utenti, con l'abbattimento o almeno la riduzione delle distanze e delle barriere, da quelle fisiche e architettoniche a quelle di tipo psicologico-culturale.

---

[2] Si distinguono: la *valutazione ex-ante*, *valutazione in itinere* (oppure *on going*), *valutazione ex-post*, *valutazione di follow-up*.

[3] In linea di massima, gli attori del ciclo metodologico sono: *responsabili politici*, *valutatori*, *personale sanitario* e *utenti.*

[4] Oggetto dell'analisi valutativa possono essere: *politiche, strategie, programmi e misure/interventi*.

[5] I criteri di valutazione sono classificati in: *efficacia, efficienza*, *responsivness* e *produttività.*

Altieri a questi criteri appena citati, ne aggiunge altri quattro (non citando esplicitamente però l'*equità* dell'accesso ai servizi). Essi sono:

7. *produttività*: si intende come la capacità di un servizio di raggiungere la più alta quantità possibile di prestazioni in relazione alle risorse disponibili in un dato tempo; il criterio di produttività pare difficile da svincolare dal suo "peccato originale", dal suo nascere nell'ambito della produzione economica di merci;
8. *tempestività*: intesa come l'attitudine del servizio ad intervenire il più rapidamente possibile e comunque prima che la situazione di danno o disagio si deteriori al punto da rendere inutile o di improbabile efficacia la prestazione di cura; in tal caso la tempestività è spesso una condizione dell'efficacia ed ha a che fare anche con il valore dell'equità;
9. *accettabilità*: che possiamo distinguere in *accettabilità sociale* (riguardante la capacità di un servizio di farsi accettare, in termini culturali e di valori, da tutti i propri referenti e non solo da *élite*) e in *accettabilità professionale* (che significa invece adeguatezza del trattamento di cura ai canoni o agli standard specialistici di quella data categoria di operatori); l'accettabilità corrisponde anche a ciò che le persone dovrebbero accettare in quanto assistenza sanitaria o ad esposizioni a rischi per la salute;
10. *sicurezza*: garanzia che una pratica di cura o di assistenza, mentre interviene per apportare un beneficio o una soluzione di un problema, non arrechi, nemmeno indirettamente, un altro danno o l'insorgere di un altro problema.

I criteri di tempestività, accessibilità, accettabilità, sicurezza e appropriatezza concorrono ad esprimente aspetti dell'efficacia, possono essere cioè considerati anche non come criteri autonomi di valutazione, ma come componenti dell'efficacia, se non addirittura come sue precondizioni.

Da quanto detto finora sui criteri di valutazione si deduce come nell'effettuare una ricerca-valutazione della qualità dei servizi sanitari non si può prescindere dalle tre dimensioni che la costituiscono[6]. Øvretveit ha distinto tre tipi di qualità:

- *qualità organizzativa e gestionale*: uso efficace e produttivo di risorse per soddisfare le richieste del cittadino-utente, all'interno di limiti e direttive stabilite. La valutazione di questa dimensione della qualità non si realizza semplicemente attraverso la rilevazione numerica delle dotazioni ma anche attraverso la valutazione delle modalità del loro utilizzo, della accessibilità, della relazionalità che intersecano;
- *qualità professionale*: concerne il giudizio dei professionisti sulla misura in cui il servizio soddisfa i bisogni dei cittadini-utenti, così come stabiliti dai professionisti stessi. È connessa alle competenze possedute dal personale che lavora nei servizi valutati e attribuisce importanza all'aggiornamento professionale;

[6] Queste tre fasi, in realtà, corrispondono in senso lato alle stagioni della qualità.

- *qualità valutata dal lato del cittadino-utente*: attiene alle questioni dei cittadini sul servizio che viene loro fornito. Non concerne solo gli aspetti più tecnici della salute-malattia ma si riferisce alla capacità relazionale (cortesia, empatia, disponibilità, compliance) degli operatori di rispondere alle esigenze dei fruitori.

Le tre *correlazioni* che ne risultano possono essere lette come altrettanti lati di un ipotetico *triangolo della qualità.*

Figura 3. Triangolo della Qualità

La *Qualità erogata* è frutto della interconnessione fra la qualità progettata organizzativo-gestionale e quella tecnico-professionale; la *Qualità percepita* è l'interconnessione tra la qualità tecnico-professionale (e, più in generale, la qualità erogata) e la dimensione relazionale della qualità; la *Qualità sociale* è il risultato dell'interconnessione fra qualità progettata e qualità attesa (Giarelli 2004).

Un altro punto dell'attività valutativa, come abbiamo detto precedentemente, che merita almeno un minimo approfondimento sono le metodologie e le tecniche utilizzate per valutare la qualità.

1.3.2. Metodi e tecniche di analisi

Data la complessità dell'oggetto di analisi è bene individuare alcuni filoni metodologici (ultimo punto delle componenti del percorso valutativo) con le rispettive tecniche di indagine e di trattamento dei dati.

La *ricerca sperimentale* è stata per diversi decenni l'emblema stesso della valutazione, in particolare nell'ambito farmaceutico, nella formazione e nella educazione sanitaria.

L'*analisi dei costi e dell'efficienza* concerne l'impiego ottimale delle risorse per il conseguimento degli obiettivi/risultati. Gli strumenti di analisi utilizzati in tal campo d'indagine rispondono a tale principio attraverso la determinazione dei costi e, ove possibile, dei benefici di uno o più programmi alternativi. Quelli più diffusi complessivamente denominati come strategie cost-analitiche sono: l'*analisi costi-benefici* (ACB), l'*analisi costi-efficacia* (ACE) e l'*analisi costi-utilità* (ACU).

I *metodi di monitoraggio* comprendono le procedure per l'esame diretto di operazioni facenti parte del programma. Essi sono: le *verifiche di responsabilità* (o *contabili*) che hanno lo scopo di sottoporre a controllo la coerenza, l'affidabilità e la precisione della documentazione riguardante le spese, l'allocazione delle risorse, le prestazioni nei confronti degli utenti, allo scopo di stabilire specifiche responsabilità all'interno del programma e di costruire un'accurata contabilità; le *verifiche amministrative* tendono a rilevare i rendimenti del personale in relazione a standard definiti, ad analizzare regolamenti, contratti di lavoro, mansioni, ecc., ad individuare incoerenze di organizzazione e di politiche di gestione, ad esaminare le funzioni e le responsabilità del personale; gli *studi di tempi/movimenti* analizzano l'uso del tempo di lavoro di operatori ed amministrativi in relazione a specifiche mansioni e prestazioni.

La *metodologia della ricerca sociologica* è caratterizzata da: *interviste non strutturate* importanti per la loro grande capacità di penetrazione, approfondimento, flessibilità ed adesione alla soggettività del singolo operatore o utente e alla specificità del singolo caso, vanno cioè oltre i limiti dei questionari standardizzati; l'*osservazione* ("partecipante", "quasi-partecipante" e "diretta") intesa come tecnica specifica di rilevazione sul campo; le *survey* (somministrazione di questionari a campioni di cittadini) sono l'unico strumento che permette di misurare e quantificare i livelli di soddisfazione.

Vi è inoltre, un approccio metodologico che riguarda le attività di valutazione messe in atto sia da "pari" esperti (cioè appartenenti alla stessa categoria professionale dei valutati) che intervengono dall'esterno, sia da operatori che si autovalutano internamente al servizio. Ma qui vengono praticate specifiche tecniche di lavoro, basate fondamentalmente su metodologie di gruppi. I *giudizi di esperti e autovalutazione*, ad esempio, sono suddivisibili in tecniche quali: i *focus group* che consistono in interviste rivolte a gruppi omogenei e limitati di persone, la cui attenzione è misurata su un argomento specifico che viene sviscerato in profondità; la tecnica dei *gruppi Delphi* si basa su un processo strutturato che raccoglie e approfondisce informazioni dal patrimonio conoscitivo di un gruppo di esperti; le *Nominal Group Technique* consistono nell'aggregazione di individui con uno specifico obiettivo conoscitivo, valutativo o decisionale, dove però la comunicazione tra i partecipanti non è libera ma vincolata dal moderatore attraverso semplici elaborati scritti e non verbali; il *brainstorming* è particolarmente utile nelle fasi iniziali degli studi valutativi in quanto il gruppo si riunisce con lo scopo di produrre liberamente, con la massima creatività, idee, elaborazioni, opinioni sul tema gene-

rale della valutazione; i *gruppi ispettivi* prevedono un lavoro che implica l'intervento, volontariamente richiesto dagli operatori della struttura, di una commissione molto ristretta di esperti di pari ed omogenea collocazione professionale, all'interno di una struttura di servizio per valutarne la qualità (esempi sono la VRQ); la *peer-review* è un'insieme di professionisti ed operatori interni di un servizio e sono sedi di autovalutazione.

Un'altra componente decisiva per una corretta valutazione dei programmi sta nel costruire *sistemi di indicatori*. Questi, nella letteratura recente sono suddivisi in aree:

- *indicatori di input* (o di risorse): relativi a tutti i fattori che sono messi a disposizione dal programma (personale, tecnologie, orari, attrezzature, formazione professionale, ecc.);
- *indicatori di processo*: relativi alle procedure, alle attività, ai metodi e all'organizzazione del lavoro;
- *indicatori di output* (o di performance o di prestazioni): riferiti o a esiti intermedi o a informazioni sul volume delle attività, sulla contabilità sociale;
- *indicatori di outcome*: riguardanti i risultati effettivi, gli esiti finali.

L'esperienza insegna come sia relativamente semplice costruire indicatori soddisfacenti di *input* (risorse) e *output* (prestazioni), ma come sia ben più difficile individuare indicatori soddisfacenti di *processo* e di *outcome* (indicatori che dicano cioè quando un caso è stato risolto).

Nel capitolo successivo, è necessario approfondire questa metodologia di analisi per costruire un sistema di indicatori utili per il project work oggetto di studio.

2. Gli indicatori

2.1. Definizioni di indicatore

L'interesse che si è andato fissando in Italia sugli indicatori sociali affonda le sue radici nella ormai condivisa esigenza di intervenire su quegli aspetti della società ("qualità della vita", "benessere", ecc.) nel passato largamente trascurati dagli organi pubblici di rilevazione statistica o, seppur considerati, non compresi in un coerente quadro di sistematizzazione concettuale.

Da questa istanza sono scaturiti, in particolare, tentativi di concepire sistemi integrati di statistiche demografiche sociali ed economiche e sistemi di pianificazione sociale (*social planning*) e di contabilità sociale (*social accounting*), nonché la problematica degli "indicatori sociali" (*social indicator*).

Su quest'ultima rivolgeremo l'attenzione per chiarirne la portata alla luce di un quadro ontologico che consenta di fissarne la natura.

Il primo passo da compiere, in una prospettiva di questo tipo, è di specificare in che cosa consiste il problema degli indicatori e se esso sia così "autonomo" da non aver bisogno di alcun sistema o riquadro logico entro il quale collocarsi.

Già da una prima analisi delle definizioni che sono state date degli indicatori apparirà evidente la variabilità delle angolazioni di approccio e, quindi, la diversità delle sottostanti rappresentazioni che hanno funto da schema di riferimento. Così, ad esempio, le definizioni espresse intorno alla fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70:

1. *statistiche che descrivono chiaramente e precisamente le condizioni presenti della nostra società.* (W.J. Coen.);
2. *un indicatore sociale può essere definito come una statistica, di diretto interesse normativo, che facilita giudizi concisi, comprensivi ed equilibrati sulla condizione dei maggiori aspetti di una società.* (U.S. Departmente of Health, Toward a Social Report);
3. *dati quantitativi che servono come indici delle condizioni socialmente importanti della società* (M. Olson jr).

Queste definizioni non dicono nulla di nuovo se non che l'etichetta di "indicatore sociale" va apposta a quei dati statistici che hanno attinenza col "sociale".

Esse riflettono solo il desiderio di un allargamento delle conoscenze intorno alla società, attraverso la raccolta di informazioni in ordine "ai maggiori aspetti" o alle "condizioni socialmente importanti": talché sembrerebbe che un indicatore sociale non sia più tale ove quantifichi "aspetti" e "condizioni" *non* importanti. Stando a queste definizioni il problema sarebbe, dunque, quello di individuare questi aspetti, essendo scontato poi che un qualsiasi dato ad essi inerente è un indicatore sociale.

Un altro gruppo di studiosi, oltre a riconoscere l'importanza della funzione conoscitiva degli indicatori in ordine alla fenomenologia sociale, designa con tale espressione non già i singoli dati o espressioni numeriche, ma il modo secondo il quale tali dati si configurano. In questo filone ricadono, ad esempio, le definizioni che identificano gli indicatori con le serie storiche:

4. *serie temporali che consentono di effettuare comparazioni tra periodi e di evidenziare, di volta in volta, tendenze di lungo periodo e situazioni anormali* (E.B. Sheldon e H.E. Freeman);
5. *una serie diventa un indicatore quando essa assolve una funzione definita; nel senso più semplice, singole serie riferentisi alle condizioni sociali, alla condotta, alle istituzioni e così via possono essere chiamate "indicatori sociali". Ma in modo più interessante si può significare col termine quelle serie che siano in qualche modo rappresentative delle condizioni sociali* (C.A. Moser).

Queste due definizioni non si discostano sensibilmente dalle altre in precedenza richiamate poiché, al pari di quelle, riconoscono una stessa identica natura, quella di espressione numerico-misuratoria, all'indicatore.

In questa seconda ottica sembra potersi invece riconoscere una maggior preoccupazione per finalità che non solo attengono alla espressività conoscitiva degli indicatori, ma anche a quella predittiva, forse ancor più importante della precedente, quando si faccia riferimento alla programmazione o all'intervento sociale. Inoltre,

nell'identificare gli indicatori con le serie storiche, appare più evidente la "funzione esplicativa", tenuto conto che l'analisi delle variazioni temporali dei fenomeni cui le serie si riferiscono consentirebbe di stabilire – quanto meno in via di ipotesi da verificare per altra via – delle concatenazioni di tipo associativo o causale.

Molto più sofisticate e relative ad una complessa tematica inglobante aspetti vaporativi, epistemologici e metodologici, sono le definizioni seguenti, proposte alla fine degli anni '80:

6. *un indicatore sociale non è un semplice indice numerico. Un indice diviene indicatore significativo quando: a) esprime la totalità del fenomeno che esso ha il compito di caratterizzare o una sua parte chiaramente delimitata; b) è sensibile, vale a dire registra le modificazioni del fenomeno "indicato", e fedele, affinché le sue variazioni nel tempo non siano attribuibili alla qualità dell'osservazione* (R. Curatolo);
7. *l'indicatore sociale è l'espressione numerica diretta di un fenomeno quantificabile ovvero variabile, la cui evoluzione dà conto di un altro fenomeno non quantificabile, ma che si vuole esprimere in cifre. Il secondo fenomeno, o variabile qualitativa, è associato a molti altri fenomeni, o variabili quantificabili, e dunque a molti indicatori* (R. Curatolo);
8. *è una misura numerica esprimente in maniera significativa lo stato presente, passato o futuro dei molteplici aspetti di un fenomeno sociale che forma comunemente l'oggetto di giudizi puramente qualitativi* (J. Baudot).

Le ultime due definizioni, pur qualificando ancora l'indicatore come "espressione numerica" di un fenomeno, si distinguono chiaramente dalle precedenti per l'assegnazione di un significato che vede nell'indicatore un sostituto funzionale all'analisi di un fenomeno che non sia *quantificato* o *quantificabile.*

Questa rapida disamina di alcune definizioni dell'indicatore consente di rispondere, almeno parzialemente, al quesito di partenza.

Poiché tutte le definizioni sopra citate fanno riferimento alla natura metrica o numerica dell'indicatore, nonché alla sua espressività con riferimento ad un determinato fenomeno sociale, sembra che la problematica degli indicatori vada inserita nella teoria della misurazione (ed ancor più direttamente, forse, vada riferita al problema del passaggio dal qualitativo al quantitativo). In questa prospettiva pare pertanto che il problema degli indicatori sia quello di accertare quali sono le caratteristiche, di un fenomeno sociale ritenuto rilevante, che meglio esprimono in termini qualitativi (variabili).

2.2. Dal concetto agli indici sintetici aggregati

Il processo che permette la traduzione dei fenomeni sociali complessi in termini di indicatori empirici, comprende essenzialmente (e molto sinteticamente) le seguenti quattro principali fasi:

1. definizione astratta del fenomeno sociale (o concetto);

2. scomposizione del concetto in dimensioni, ed eventualmente in sub-dimensioni;
3. scelta degli indicatori osservabili corrispondenti a ciascuna dimensione (e sub-dimensione);
4. eventuale sintesi degli indicatori sociali in indici sintetici aggragati.

La prima fase, quella che Lazarsfeld denomina della *rappresentazione immaginata del concetto*, è l'aspetto più creativo del lavoro dello scienziato sociale. Infatti, il ricercatore, al principio del percorso conoscitivo, partendo dall'analisi dei dettagli di un problema teorico, trarrà un abbozzo di costruzione astratta: un'immagine, appunto, del concetto considerato. La prima fase ha, cioè, inizio "nell'istante in cui, percependo dei fenomeni disparati, il ricercatore tenta di scoprire in essi un tratto caratteristico fondamentale, e tenta di spiegare le regolarità che osserva".

La seconda fase consiste nella *specificazione concettuale* dell'immagine iniziale. A partire da una definizione preliminare, ancora nebulosa, molte volte frutti di intuizioni immediate più che di analisi razionali, si dovrà passare alla fase di selezione delle componenti di questa prima nozione, denominati *aspetti costitutivi* o *dimensioni* (o, anche, *sottoconcetti*). Queste componenti potranno essere dedotte *analiticamente* dal concetto generale che le ingloba, oppure *empiricamente* dalla struttura delle loro interrelazioni. Non esistono regole fisse o criteri unici per la scelta degli aspetti costitutivi nei quali decomporre un fenomeno sociale complesso. In genere, la scelta si basa: a) su esperienze precedenti e sul livello di conoscenza già acquisito del fenomeno; b) sugli scopi di misurazione (conoscitiva, di controllo, di intervento, etc.); c) sull'arco di tempo e sul livello di dis-aggregazione territoriale cui la misura dovrà riferirsi; d) sulla quantità e qualità dei dati statistici già disponibili.

La terza fase consiste nel trovare gli indicatori sociali corrispondenti a ciascuno degli aspetti costitutivi del fenomeno complesso, i quali rappresentano "spie" del fenomeno che si vuol studiare. Una osservazione importante da fare riguarda il fatto che statisticamente, in campo sociale, nessun indicatore sta in rapporto di assoluta certezza con il concetto che lo sottende, ma questa relazione potrà essere definita soltanto in termini di probabilità. Ciò implica che a parità di fenomeno sociale (o concetto) è possibile che indicatori diversi portino allo stesso risultato, attraverso la proprietà della "interscambiabilità degli indici"[7]. Questa regola, in sostanza, afferma che la scelta di alcuni indicatori, piuttosto che di altri (purché tutti relativi ad uno stesso fenomeno sociale e tutti occupanti una medesima posizione in termini di antecedenza – conseguenza logica o temporale rispetto ad esso), non altera la relazione intercorrente tra il fenomeno considerato ed altri fenomeni esterni ad esso.

---

[7] Le ragioni metodologiche che giustificano questo principio risiedono in due affermazioni espresse da Lazarsfeld: a) due indici (relativi allo stesso fenomeno) che sono statisticamente collegati, possono portare a classificazioni diverse, ovvero gli indici, pur essendo tra loro connessi, potrebbero non classificare tutti i casi in maniera identica, per cui rispetto ad ognuno di questi indicatori, assunto come termine di riferimento, ogni altro indicatore potrebbe avere un diverso coefficiente di correlazione; b) le relazioni con variabili esterne risultano identicamente determinate dai due indici.

L'ultima tappa di questo percorso conoscitivo dovrebbe essere rappresentata dalla formazione di indicatori finali, ottenuti dalla aggregazione degli indicatori elementari sopra citati.

2.3. Proprietà e peculiarità degli indicatori

Per giungere ad una serie di informazioni esaurienti su una situazione globale, i diversi indicatori devono possedere alcune caratteristiche fondamentali:

a. *pertinenza:* deve essere chiara la rispondenza tra concetto da misurare e strumento di misurazione. A tal fine occorre esplicitare chiaramente le ipotesi semplificatrici che stanno dietro a ogni formalizzazione di un concetto reale, complesso e variegato, con una sintesi, necessariamente riduttiva, rappresentata dall'indicatore;
b. *specificità*: un indicatore deve fornire indicazioni specifiche di un fenomeno e solo di quello;
c. *sensibilità*: un indicatore deve poter rilevare nel modo più fedele possibile differenze anche piccole nel livello di quel fenomeno;
d. *semplicità*: perché un indicatore sia comprensibile, ossia rappresenti con chiarezza un fenomeno, deve coglierne e mostrare solo i lineamenti essenziali;
e. *importanza*: le indicazioni fornite, pur essenziali, devono avere un peso sulle decisioni, essere rilevanti, cioè poter indirizzare una diversa finalizzazione delle scelte;
f. *coordinabilità*: deve essere possibile integrare diverse indicazioni – specifiche e sensibili, ma limitate all'essenziale – di vari fenomeni in un sistema di indicatori che fornisca conoscenze globali su una situazione complessa, definita da quei fenomeni nel loro insieme (Corposanto 2002).

Inoltre, ogni indicatore deve anche essere costruito e gestito in modo tale da permettere rilevazioni:

- *economiche*, concluse in breve tempo con basso impiego di risorse umane e strutturali e che permettano una decisione rapida;
- *affidabili*, cioè che diano risultati replicabili pur se rilevati da diversi ricercatori, in tempi o in aree diverse, ma in condizioni simili;
- *accurate*, ossia specifiche e sensibili;
- *precise*, cioè senza errore sistematico.

Quanto fin qui detto suggerisce che la costruzione di un sistema di indicatori non è un atto semplice, ma piuttosto un processo da più momenti rilevanti, in cui è possibile distinguere due fasi principali:

1. *cosa si vuole misurare*: innanzitutto occorre chiarire gli obiettivi di cui si vuole conoscere la realizzazione (momento politico) e, successivamente e più specificamente, gli aspetti concreti con cui tali obiettivi diventano programmi di intervento (momento formale);

2. *come misurare*: in primo luogo è necessario individuare concetti semplici e unitari che rappresentino le diverse sfaccettature su cui si basano i programmi di intervento (momento pratico), per poi passare alla costruzione pratica di tali misure (momento tecnico). Alle caratteristiche che determinano il grado di affidabilità teorica dell'indicatore, vanno aggiunte quelle relative al suo grado di operatività, che è strettamente legato ad alcuni aspetti empirici:
   - disponibilità dei dati di base con tempi e costi di rilevazione;
   - attendibilità dei dati di base, determinata a sua volta dal grado di influenze fuorvianti che possono essere esercitate da fattori quali luogo, tempo, individui coinvolti e strumenti di rilevazione;
   - attendibilità, tempi, costi delle elaborazioni.

Se nessuna tra le variabili ipotizzate come indicatore risulta dominante rispetto ad ambedue i criteri dell'affidabilità teorica e della operatività, sarà opportuno stabilire tra questi dei rapporti di scambio, occorrerà cioè attribuire dei pesi ai vari aspetti considerati, per consentire così di sommare gli attributi ponderati delle variabili in esame, scegliendo quella giudicata complessivamente preferibile.

Anche il criterio della comprensibilità può essere importante in pratica; ma si tratta nello specifico di considerazioni di opportunità che al massimo possono valere nel breve periodo.

Le stesse considerazioni di operatività vanno ben calibrate perché, solo attraverso un'idonea istruzione del personale addetto e l'adozione di tecniche e procedure adeguate, ritardi e costi delle rilevazioni possono essere fortemente ridotti. E pertanto, solo i tempi, i costi e i risultati a regime dovrebbero valere nel confronto e nella scelta tra indicatori possibili.

Nella situazione ideale, ovviamente, dovrebbe valere solo la bontà intrinseca degli indicatori. Tuttavia si noti che il ragionamento appena svolto vale anche all'interno del sottoinsieme di caratteristiche – pertinenza, specificità e precisione – dalle quali dipende l'affidabilità teorica: se nessuna variabile appare preponderante rispetto a tutti e tre i criteri, occorrerà assegnare un peso a ciascuno dei tre attribuiti in modo da poter identificare la caratteristica complessivamente preferibile.

2.4. I possibili errori di rilevazione

Nella riflessione sul processo che permette allo scienziato sociale di passare dal regno dei concetti e delle teorie al mondo dell'esperienza dei sensi, un ruolo centrale è ricoperto da quello che gli psicometrici chiamano "errore di misurazione". Tale errore rappresenta di fatto lo scarto fra concetto (teorico) e variabile (empirica). Questo errore viene abitualmente distinto in due componenti:

- errore sistematico;
- errore accidentale.

Il valore di una variabile che noi osserviamo è dunque dato da:

valore osservato = stato effettivo + errore sistematico + errore accidentale

e l'errore di rilevazione sarà:

errore di rilevazione = valore osservato – stato effettivo

quindi, in altri termini:

errore di rilevazione = errore sistemico + errore accidentale

Mentre l'errore campionario può essere stimato con opportune tecniche, l'errore non campionario, o di rilevazione, non può essere quantificato, poiché è la risultante di innumerevoli fattori e la causa di molteplici effetti.

Gli errori possono essere commessi sia nella fase teorica dell'indagine campionaria, che in quella empirica. Nella *fase teorica dell'indagine*, o di indicazione, vengono scelti gli indicatori atti a rappresentare una proprietà che vogliamo studiare e gli errori che si possono commettere sono [solitamente] di tipo sistematico. Nella *fase empirica*, o "di operativizzazione", gli errori sono sia sistematici, che accidentali, e sono legati ai tre momenti di esecuzione dell'indagine: la selezione, l'osservazione e il trattamento dei dati.

Gli *errori di selezione* sono sostanzialmente errori campionari, relativi cioè alla formazione del campione. Sono legati a problemi di copertura, ossia all'utilizzo di liste incomplete da cui selezionare; di campionamento, cioè al tipo di campione scelto; di non-risposta da parte di alcuni elementi del campione, e quindi ad una loro autoesclusione dal campione stesso.

Gli *errori di osservazione* dipendono, invece, dall'intervistatore, che può condizionare le risposte col proprio comportamento, fraintenderle oppure registrarle in maniera non corretta; dall'intervistato,che a sua volta può capire in modo errato la domanda, oppure mentire più o meno consapevolmente nelle risposte. Anche il tipo di strumento utilizzato (questionario a risposta condizionata; intervista in profondità) e la sua corretta formulazione possono produrre distorsioni nell'osservazione della variabile, così il modo scelto per la somministrazione delle domande (intervista telefonica *vs* faccia a faccia).

Gli *errori di trattamento dei dati* riguardano la fase di codifica, trascrizione, memorizzazione informatica ed elaborazione dei dati. Possono essere nello stesso tempo accidentali e sistematici.

2.5. Gli indicatori e la valutazione della qualità in sanità

Da quanto fin qui detto appare evidente che gli indicatori sociali si prefiggono essenzialmente due finalità:

1. essere di supporto alla programmazione degli interventi in campo sociale (in tal caso l'indicatore assume una funzione normativa, per cui è necessaria l'individuazione di standard di riferimento);
2. consentire il controllo del sistema sociale tramite "segnali rapidi" di allar-

me, analogamente a ciò che si fa in statistica economica con gli indicatori congiunturali.

La realizzazione di queste finalità si esplica attraverso:
a) la misurazione dei mutamenti sociali;
b) la conoscenza delle relazioni esistenti nel sistema sociale;
c) la messa in evidenza dei problemi sociali più importanti in modo che i *decision-makers* (politici, sociali, sanitari, ecc.) possano, eventualmente, scegliere i loro obiettivi strategici.

Per quanto riguarda l'aspetto prettamente sanitario, altrove (Corposanto 2004a) abbiamo già chiarito che l'uso degli indicatori (e sistemi di indicatori) può essere finalizzato al raggiungimento di quattro obiettivi principali:
- l'apporto dei connotati di sistematicità e "scientificità" in ogni processo decisionale in sanità;
- la possibilità di fissare con chiarezza gli obiettivi delle proprie scelte e dunque di verificare quanto tali obiettivi siano stati conseguiti;
- la possibilità di basare tali processi decisionali sull'analisi dei benefici conseguiti alle decisioni prese e dei costi che tali decisioni comportano;
- la definizione di un contesto di riferimenti precisi entro i quali indirizzare l'espressione dei bisogni di salute della popolazione e la partecipazione della stessa al processo attivato per la loro soddisfazione.

Gli indicatori maggiormente usati in campo sanitario possono essere raggruppati in alcune tipologie prevalenti:
- indicatori di base;
- indicatori di efficacia;
- indicatori di efficienza;
- indicatori di qualità.

Gli *indicatori di base* si riferiscono a caratteristiche strutturali o dinamiche delle popolazioni umane, descritte nei loro aspetti demografici e sociali. Questa rappresentazione demografica e sociale fornisce nel suo complesso le necessarie conoscenze circa il contesto in cui si sviluppano gli eventi di salute/malattia e le risposte organizzative a questi, su cui si approfondirà poi l'indagine per mezzo degli indicatori di efficacia ed efficienza.

In linea di massima, gli indicatori di *efficacia* permettono di misurare la salute di una comunità. Nel gruppo degli indicatori di efficacia sono inseriti alcuni tra gli indicatori epidemiologici più "classici", quelli cioè che fanno riferimento a un'accezione – riduttiva, ma immediata – di salute come assenza di malattia e di morte evitabile; gli indicatori negativi di salute sono appunto indicatori di morbosità e di mortalità.

Gli *indicatori di efficienza* si riferiscono all'analisi costi/benefici. Questa è una tra le più tipiche metodologie di origine economica e gestionale che sono applicate in sanità, sfruttando la possibilità di equiparare il sistema sanitario ad una

azienda. Se tale equiparazione è discutibile laddove si consideri il sistema sanitario come produttore di salute (il bene salute è troppo lontano dalle caratteristiche di bene economico per poter essere considerato alla stregua di un qualsiasi prodotto di mercato), essa è però accettabile se si considera il sistema sanitario come produttore di servizi. Un sistema sanitario può, cioè, essere valutato in termini di efficienza gestionale, se non di efficienza complessiva: se infatti è particolarmente complesso valutare il rapporto costi/benefici di salute (se non in termini di analisi costi/risultato) è però possibile analizzare precisamente il rapporto tra costi e benefici ottenuti in termini di produzione e servizi. Gli strumenti per tali valutazioni sono gli indicatori di dotazione di risorse e gli indicatori di utilizzazione e produttività dei servizi sanitari.

Gli *indicatori di dotazioni di risorse* fanno riferimento: alle risorse finanziarie (spesa pro-capite, spesa corrente/spesa in conto capitale, spesa corrente per capitolo di bilancio); alle risorse strutturali (risorse logistiche intermini di sedi fisiche di localizzazione dei principali servizi come ad esempio ospedali, ambulatori, farmacie, ecc.); alle risorse umane (disponibilità di personale e tempo lavorativo).

Gli indicatori di utilizzazione e produttività considerano (come il nome stesso intende):

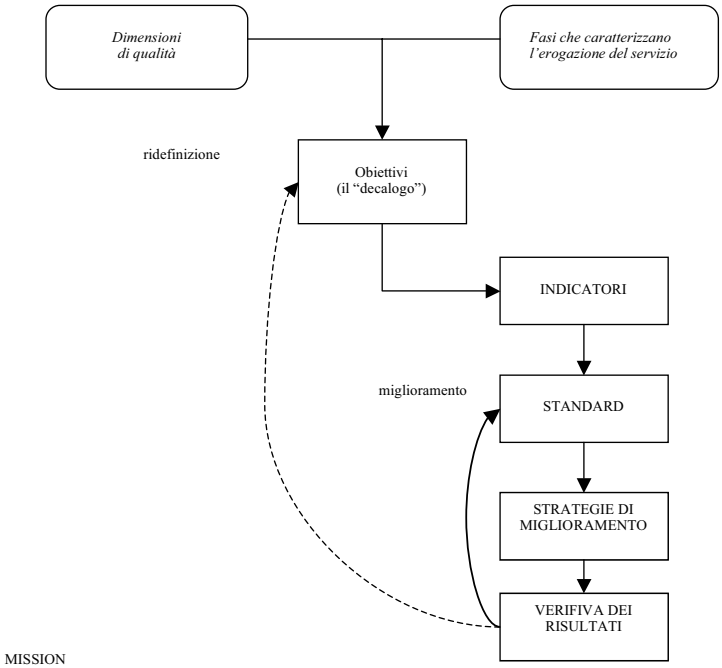
- l'*utilizzazione*: ossia l'indicazione fornita da una serie di misure che correlino le diverse tipologie di risorse di personale (addetti) e di risorse strutturali (logistiche e strumentali), per confrontare diverse situazioni di interrelazione tra gli elementi. Esse consentono dunque di quantificare sia l'uso dei servizi da parte della popolazione, in rapporto a una serie di variabili quali unità territoriali di residenza istituzionali, ecc., sia i livelli di attività di operatori e strutture dei servizi stessi. Gli indicatori di utilizzazione sono suddivisi schematicamente in "indicatori di utilizzazione di risorse logistiche" (indicatori ospedalieri, ambulatoriali, di assistenza sanitaria di base, di accessibilità) e "indicatori di utilizzazione di risorse umane" (misurano l'attività degli operatori in termini quantitativi; una misura dell'attività degli operatori in termini di costo può essere poi fornita dagli indicatori di produttività e una misura dell'attività in termini qualitativi dagli indicatori di qualità).
- la *produttività*: commisurano all'elemento "risorsa impiegata" (finanziaria) l'elemento "prodotto" intermedio ottenuto, in termini di prestazioni fornite o almeno di ore di produzione (in considerazione della difficoltà di delineare in positivo il prodotto finale dell'organizzazione sanitaria, cioè la salute).

Gli *indicatori di qualità* misurano l'insieme degli aspetti di un intervento o sistema sanitario in termini di valutazione della qualità (efficacia, efficienza, accettabilità, soddisfazione delle persone assistite, coerenza – cioè conformità degli interventi alle reali esigenze di salute della popolazione – livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili). La valutazione della qualità tecnica, organizzativa e percepita dei servizi rappresenta il completamento indispensabile della programmazione sanitaria poiché:

- soddisfa il cittadino-utente;
- aumenta la professionalità e quindi la gratificazione dell'operatore;
- riduce i costi (ad esempio attraverso l'eliminazione di trattamenti ed esami diagnostici ridondanti o la prevenzione di patologie dovute alla non appropriatezza dell'assistenza).

Nel contributo di Corposanto tratto dal "Manuale di Sociologia della Salute vol. II" a cura di Cipolla, è possibile trarre uno schema ove è rappresentato il circolo virtuoso che partendo dalla stessa *mission* passa per obiettivi, indicatori e standard per raggiungere, dopo la necessaria verifica, ad un percorso di miglioramento.

Figura 4. Passare dalle "parole" ai "fatti"



Gli *indicatori di risultato sanitario diretto* sono i classici indicatori di mortalità (per esempio: i casi di mortalità in seguito a intervento chirurgico di appendicectomia; i casi di mortalità da shock anafilattico per metodiche invasive; il tasso di mortalità perinatale), morbosità (per esempio: il tasso di incidenza di epatite infettiva; il tasso di incidenza di casi umani di brucellosi o teniasi alimentare), dis-

[8] Lo schema riportato da Corposanto è tratto dal testo di Crepaldi, Castegnaro, De Ambrogio (1999), *La costruzione degli standard di qualità dei servizi sociali,* "Prospettive sociali e sanitarie", n. 21-22.

abilità (per esempio: la vita media libera da disabilità; le invalidità permanenti che portano alla mancanza di auto-sufficienza in seguita a ictus cerebrale o fratture della gambe/totale dei soggetti colpiti da queste affezioni) e altri ancora dello stesso genere (Corposanto 2004a).

Gli *indicatori di risultato sanitario indiretto* sono i risultati intermedi di una catena di effetti il cui fine ultimo è il miglioramento dello stato di salute, come sopra esplicitato. Esempi sono: l'aumento di donne che allattano al seno, ritenendosi ormai concordemente che questa situazione favorisca un miglior sviluppo del bambino e una più valida tutela della sua salute nei primi mesi di vita; il tasso di copertura vaccinale realizzato nella popolazione; la diminuzione del numero dei minori o anziani istituzionalizzati; ecc..

Gli *indicatori di risultato organizzativo* intendono il raggiungimento di situazioni funzionali all'interno dei servizi, che configurino una migliore qualità del modo di operare e una maggiore equità nella distribuzione e nell'accessibilità alle risorse. Ne sono alcuni esempi: la possibilità di "rooming-in" (cioè la permanenza del bambino con la madre nei primi giorni di vita) presso i reparti di ostetricia-neonatologia; soggetti portatori di handicap inseriti nelle scuole materne pubbliche/totale dei casi noti di soggetti portatori di handicap di età compresa tra i 3 e i 5 anni; costruzione di una mappa del rischio rispetto ai rischi identificati come prioritari negli insediamenti produttivi; ecc..

Gli *indicatori di soddisfazione dell'utenza* tengono conto di due elementi: l'utente e gli operatori di un servizio. In questo rapporto gli indicatori servirebbero ad individuare e quantificare non solo le modificazioni dell'atteggiamento del cittadino-utente, ma anche a dare rilievo al rapporto stesso tra organizzazione-operatore-utente.

BIBLIOGRAFIA

1. Altieri L, Migliozzi D. Una ricerca di qualità. La spendibilità della ricerca-valutazione nei programmi sociali". In Cipolla Op.cit.
2. Altieri L. A quali condizioni la valutazione della qualità percepita dai cittadini influisce positivamente sulla qualità dei professionisti e delle organizzazioni? In Q.A., vol.12, n.1, 2001, pp.3-12.
3. Burrato F. Indicatori e ricerca empirica. In Grazia-Resi. Op. cit.
4. Cinotti R, Cipolla C. (A cura di). La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Milano: FrancoAngeli, 2003.
5. Cipolla C. Epistemologia della tolleranza", Milano: FrancoAngeli, 1977.
6. Cipolla C, Giarelli G, Altieri L. (A cura di). Valutare la qualità in sanità. Milano: FrancoAngeli, 2002.
7. Cipolla C. (A cura di). Manuale di Sociologia della Salute II. Ricerca. Milano: FrancoAngeli, 2004.
8. Corposanto C. Il ciclo statistico della ricerca sociale. Milano: FrancoAngeli, 2002.
9. Corposanto C, Fazzi L, Scaglia A. Costruire piani di salute – una sperimentazione di programmazione sanitaria della ASL 1 di Venosa. Milano: FrancoAngeli, 2003.
10. Corposanto C. Indicatori di qualità dei sistemi sanitari. In Cipolla Op. cit.

11. Corposanto C. Metodologie e tecniche non intrusive della ricerca sociale. Milano: FrancoAngeli, 2004.
12. Corrao S. Il focus group. Milano: FrancoAngeli, 2000.
13. Dani L. La buona qualità. Milano: FrancoAngeli, 2003.
14. De Ambrogio U. (A cura di). Valutare gli interventi e le politiche sociali. Roma: Carocci, 2003.
15. Degli Espositi L, Valpiani G, Baio G. Valutare l'efficacia degli interventi in sanità. Roma: Il Pensiero Scientifico editore, 2003.
16. Del vecchio F. Scale di misura e indicatori sociali. Bari: Cacucci ed., 1995.
17. Deming WE.. L'impresa di qualità. Torino: Isedi ed., 1989.
18. Donabedian A. La qualità dell'assistenza sanitaria. Roma: La Nuova Italia Scientifica, 1989.
19. Finizio M. Servizio sociale e welfare per lo sviluppo in Basilicata. Potenza: Anci Basilicata, 2002.
20. Fiocco PM.. La ricerca progetto. In Cipolla Op. Cit.
21. Grazia-Resi B. Problemi di statistica sociale. Roma: La Goliardica Editrice Universitaria, 1986.
22. Giarelli G. Sistemi sanitari. Milano: FrancoAngeli ed., 1998.
23. Giarelli G. Il malessere della medicina – Un confronto internazionale. Milano: FrancoAngeli ed., 2003.
24. Maturo M. Governance ed opzioni deliberative. In Cipolla Op. Cit.
25. Vertecchi L. Manuale della valutazione – analisi degli apprendimenti e dei contesti. Milano: FrancoAngeli ed., 2003.

LA VALUTAZIONE DELL'HANDICAP IN EUROPA: SOMIGLIANZE E DIFFERENZE

Gianni Selleri*

RIASSUNTO

I criteri di valutazione della invalidità, della disabilità, dell'handicap e dei bisogni che ne derivano, costituiscono un grande problema metodologico dal punto di vista legislativo, economico e dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali.

Si analizza un'indagine comparativa dei criteri di attribuzione della disabilità che, in 22 Stati membri del Consiglio d'Europa, costituiscono il presupposto e la condizione per la concessione di pensioni e aiuti alle persone con disabilità.

Vengono discussi quattro sistemi di valutazione: metodo dei *barèmes* (percentuali progressive per definire il grado di menomazione e incapacità); definizione dei bisogni in materia di cure; metodo relativo alle capacità funzionali; metodo del danno economico.

Da questo quadro complessivo sui sistemi europei di valutazione delle disabilità, emerge l'esigenza che le definizioni siano formulate da *équipe* multi disciplinari e che vi siano flussi di informazione transnazionali per giungere ad un'armonizzazione dei sistemi, come presupposto di una evoluzione unitaria delle politiche sociali nei confronti delle persone con disabilità.

La conclusione affronta in modo specifico la situazione di classificazione in Italia e le prospettive di evoluzione.

PAROLE CHIAVE
valutazione dell'invalidità, i criteri e i metodi nei paesi Europei, la situazione italiana

ABSTRACT: Assessing disability in Europe: similarities and differences

The criteria for assessing disability, and disability-related needs, constitute an enormous methodological problem, with respect to policy and law-making, the economy and the organisation of social, health and care services.

---

* Professore a contratto di "Psicologia dell'handicap e della riabilitazione" Facoltà di Psicologia dell'Università degli Studi di Bologna

The article contains a comparative study of the various criteria governing the granting of benefits for people with disabilities in 22 Council of Europe member States.

Four basic approaches to assessment have been identified and examined: barema methods (attaching percentage values to different impairments), care needs assessment, functional capacity determination and economic loss estimation.

The study of these European disability assessment systems highlights the need for employing multidisciplinary teams to determine the allocation of allowances and personal assistance and for more cross-border communication to achieve greater harmonisation of disability assessment methods in Europe, in order to move towards greater homogeneity of systems and calls for a coherent policy for persons with disabilities.

The conclusion specifically addresses the classification situation in Italy and the prospects of development.

KEYWORDS
disability assessment, criteria and methods in European countries, the Italian ase

INTRODUZIONE

I criteri di valutazione della disabilità e del bisogno costituiscono un grande problema metodologico dal punto di vista legislativo, economico e dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e assistenziali.

Circa un anno fa è stata pubblicata un'interessante ricerca del Consiglio d'Europa: *Valutazione della disabilità, confronto fra gli Stati europei* di C. Dal Pozzo, H. Haines, Y. Laroche, F. Fratello, C. Scorretti; Ed. Sapere 2000, Roma.

La pubblicazione riporta un'indagine comparativa dei criteri che, in 22 Stati membri del Consiglio d'Europa, costituiscono il presupposto e la condizione per la concessione di pensioni e aiuti alle persone con disabilità.

Si tratta di un'analisi dei fattori personali, sociali, demografici e riabilitativi che possono produrre un riconoscimento di assistenza economica e personale.

Nel testo sono stati presi in considerazione quattro tipi di valutazione:

1. metodo dei *barèmes*: percentuali progressive per definire il grado di menomazione e incapacità *(grado di invalidità)*
2. definizione dei bisogni in materia di cure *(indice di gravità rispetto alle attività della vita quotidiana)*
3. metodo relativo alle capacità funzionali *(riduzione della capacità lavorativa)*
4. metodo del danno economico *(riduzione della capacità di guadagno)*

Metodo delle percentuali (barème)

La parola *baremès* deriva dal matematico francese del XVII° secolo François Bareme che per primo definì una tavola valutativa in percentuali dei danni o deficit fisici; nel 1889 Bismarck instaurò il primo sistema di sicurezza sociale istituendo l'assistenza malattia, le indennità per incapacità derivanti da incidenti sul lavoro, le pensioni di vecchiaia ecc.. Il metodo dei *baremès* è stato utilizzato per assicurare l'equità dell'indennizzo dell'invalidità, ma più tardi è servito anche per valutare la riduzione della capacità lavorativa.

Si tratta (con riferimento alla *Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicaps* - ICIDH 1980) del criterio più diffuso per definire in gradi percentuali l'***incapacità*** (riduzione parziale o totale di svolgere una attività considerata come normale) e la ***menomazione*** (perdita di un apparato anatomico o di una funzione).

Il criterio dei barèmes (valutazione percentuale dei danni anatomici e funzionali) sembra adeguato soprattutto per la concessione di compensazione di invalidità di guerra, di lavoro o di servizio e per il risarcimento di atti di violenza o di incidenti civili (***sistema contributivo e assicurativo***); le estensioni per definire e classificare il grado e il tipo di invalidità in generale, presentano tuttora difficoltà rilevanti di applicazione soprattutto riguardo alle situazioni di gravità. Uno dei problemi più complessi è quello della definizione della soglia che dà diritto alle prestazioni, l'accertamento, che è spesso esclusivamente medico, dovrebbe essere

sempre integrato dai fattori personali e sociali e orientato ai valori dell'integrazione e della partecipazione e non solo a quelli dell'assistenza e della compensazione.

Valutazione dei bisogni

In questo caso si prendono in considerazione i bisogni al fine di ottenere assistenza e cure personali o prestazioni economiche tali da consentirle. Stabilire ciò di cui le persone hanno veramente bisogno comporta non poche difficoltà; una prima distinzione riguarda i bisogni di "cura" e quelli di "sorveglianza" con un riferimento generico alla *incapacità a compiere le attività della vita quotidiana* fino al limite di quelle vitali (mangiare, igiene personale, consapevolezza dei rischi, comunicazione, ecc). In questo caso gli indici di gravità possono essere "leggero", "medio", "grave", o "gravissimo".

L'*European Disability Forum* ha costituito un comitato per studiare i problemi delle persone con disabilità in situazione di gravità, motoria, cognitiva o di relazione, nel contesto delle loro famiglie.

Il Comitato centrò l'attenzione sulle persone con disabilità ad elevato grado di dipendenza o non in grado di rappresentarsi da sole: *people with complex dependency needs or unable to rapresent themselves*.

Si è stabilito di tener conto di due riferimenti necessari: capacità cognitive e di relazione e possibilità di comunicazione.

Per quanto riguarda la vasta gamma delle disabilità intellettive e relazionali sono definite gravissime le persone che non possono procurarsi autonomamente l'aiuto degli altri, perché non hanno consapevolezza del rapporto causale fra uno stato di bisogno e l'intervento di una terza persona. In definitiva non sono in grado di chiedere autonomamente "aiuto".

Circa le persone ad elevato grado di dipendenza (plurihandicappati, disabilità multiple), la principale discriminante per l'attribuzione di gravità consiste nella riduzione della possibilità di comunicare associata alla totale disabilità motoria; vi è quindi la necessità di un tramite o di un "interprete" per manifestare, con apposite tecniche o codici, i propri bisogni o aspirazioni.

In tutti due i casi, per i gravissimi definiti per successive esclusioni, occorre assistenza, *permanente, globale e continuativa nella sfera individuale e sociale.* Una corretta valutazione dei bisogni deve tener conto degli aspetti personali, familiari e socio-economici che possono costituire ulteriore difficoltà o elementi facilitatori.

Valutazione delle capacità funzionali

Si riferisce essenzialmente alla riduzione della capacità lavorativa ai fini di prestazioni economiche o collocamento obbligatorio; il problema centrale di questo metodo sarebbe quello di individuare e selezionare per quali attività lavorative

vi è incapacità parziale o totale. La maggior parte degli Stati del Consiglio d'Europa interpreta la riduzione in modo generico pur tenendo conto di una soglia minima: ciò che crea difficoltà soprattutto in caso di disabilità psichiche o intellettive.

Recentemente in alcuni paesi il metodo è stato modificato nel senso di individuare "le capacità residue" e di considerare il problema nel contesto delle politiche di formazione o riqualificazione professionale delle persone con disabilità e delle nuove tecnologie.

Il danno economico

Le regole di definizione del danno economico o riduzione delle capacità di guadagno, a seguito di infortunio o patologie derivanti da cause di lavoro, si riferiscono ad attività intese in senso generale o precedentemente esercitate (vi sono poi complesse interazioni con l'età e con la professionalità).

La valutazione concreta richiede insieme un esame medico delle menomazioni e un'analisi delle attività lavorative precedenti al fine di definire una proporzionalità fra il risarcimento e la perdita di guadagno.

La necessità di considerare la possibilità di guadagnarsi la vita, ha obbligato i vari sistemi di sicurezza sociale a tenere conto non soltanto dei danni fisici subiti dal punto di vista medico, ma anche delle condizioni sociali e del mercato del lavoro in cui vive la persona.

L'esigenza di armonizzare i criteri

I sistemi che abbiamo descritto sono variamente applicati, in modo esclusivo o contestuale, negli ordinamenti europei di sicurezza sociale; un dato comune è l'adozione delle classificazioni dell'OMS, che considerano contestualmente le menomazioni e gli svantaggi sociali che ne derivano.

Si descrivono inoltre le molteplici tipologie delle prestazione economiche a lunga durata (pensioni, assegni, indennità) con riferimento alla patologia, alla causa, al grado dell'invalidità e ai limiti di reddito necessari per la concessione.

Da questo quadro complessivo sui sistemi europei di valutazione delle disabilità, emerge l'esigenza che le definizioni siano formulate da *équipe* multi disciplinari e che vi siano flussi di informazione transnazionali per giungere ad un'armonizzazione dei sistemi, come presupposto di una evoluzione unitaria delle politiche sociali nei confronti delle persone con disabilità.

Il rapporto si può considerare (salvo alcune parti descrittive) come una importante tappa dell'analisi comparata delle tipologie e dei criteri utilizzati in Europa per l'assistenza sociale e previdenziale e per la loro evoluzione.

Il libro costituisce inoltre una raccolta di documentazione per l'esigenza, che con sempre maggiore urgenza si pone, di stabilire nuovi parametri di accertamento dell'invalidità ai fini della concessione di prestazioni economiche e di assisten-

za personale. Il testo si raccomanda infine come uno strumento di conoscenza complessiva della legislazione europea circa le prestazioni alle persone disabili, con riferimento alle varie fasi della loro riabilitazione.

La situazione della legislazione italiana

In Italia a causa della suddivisione degli invalidi per categorie giuridiche e delle sovrapposizioni fra il sistema previdenziale e quello assistenziale, esiste una molteplicità di metodi per il riconoscimento dell'invalidità: criterio eziologico, giuridico, medico legale, sociale.

Questa situazione, anche in conseguenza del trasferimento alle Regioni delle competenze sanitarie e assistenziali e della esigenza di definire i livelli minimi di assistenza, non appare più sostenibile sotto il profilo amministrativo e finanziario.

Per quanto riguarda il gruppo più numeroso di persone handicappate (i cosiddetti "invalidi civili") si applicano tre sistemi di definizione accertati da apposite commissioni mediche.

Invalidità civile (l. 118/1971)

"Si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali, che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa superiore al 45% o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età".

Per la valutazione si applica sostanzialmente il metodo delle percentuali.

Persona handicappata (l.104/1992)

È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che a causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo o globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

L'accertamento riguarda la *valutazione dell'handicap* relativa a orientamento, indipendenza fisica, mobilità, inserimento sociale e occupazione indicando per ciascun ambito l'esistenza e la gravità del deficit, il *giudizio finale* riguarda la presenza di una della due seguenti condizioni:

- è persona handicappata
- è persona handicappata in situazione di gravità.

Persona disabile (l. 68/1999)

L'integrazione delle persone disabili nel mondo del lavoro è prevista per le persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettivo, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento.

In questo caso occorre formulare una diagnosi funzionale della persona disabile volta a individuare la sua capacità globale attuale e potenziale ai fini del collocamento al lavoro.

La diagnosi funzionale è la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico e sensoriale del disabile. La diagnosi si basa sui dati anamnestici e clinici, personali e medici.

L'accertamento delle condizioni di disabilità comporta la definizione della capacità globale attuale e potenziale della persona e l'indicazione delle conseguenze derivanti dalle menomazioni in relazione all'apprendimento, alla vita di relazione e all'integrazione lavorativa.

Il ricorso al parametro "capacità complessiva individuale residua" esprime la volontà di superare il riferimento alla valutazione della "ridotta capacità lavorativa", abbandonando il criterio riduzionistico. Il giudizio riguarda la globalità delle capacità individuali.

Dal tipo di attribuzione e di definizione (invalido civile, persona handicappata, disabile) dipendono la concessione di provvidenze economiche, di agevolazioni fiscali, di permessi lavorativi, di congedi parentali, di interventi per la formazione professionale, l'integrazione scolastica, l'inserimento al lavoro e l'assistenza personale.

Conclusioni e l'ipotesi ICF

La necessità di stabilire in modo univoco uguali prestazioni per uguali bisogni, nonché l'urgenza di intervenire nelle sempre più diffuse condizioni di gravità e di non autosufficienza, hanno determinato alcune deleghe di emanare decreti per la revisione dei criteri e dei requisiti di accertamento dell'invalidità.

In Parlamento sono stati presentati diversi disegni di legge per la definizione di criteri unitari ed omogenei dell'invalidità ai fini dell'assistenza economica e personale e la semplificazione degli accertamenti.

In tutte queste proposte si prevede genericamente l'applicazione della *"Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute"* (ICF), che è stata approvata dall'OMS nel 2001 e che ha sostituito la precedente classificazione (ICIDH) del 1980.

Questo nuovo strumento è un modello matematico statistico che applica una

metodologia analitica e sistemica con lo scopo di: *a) fornire una base scientifica per lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause ad essa correlata; b) stabilire un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate; c) rendere possibile il confronto fra i dati raccolti in Paesi e ordinamenti sanitari diversi; d) fornire uno schema di codifica sistematico.*

L'ICF non è una classificazione delle conseguenze delle malattie, ma una classificazione delle componenti della salute. *"I fattori personali sono una componente dei fattori contestuali, ma non sono classificati a causa della grande variabilità sociale e culturale ad essi associata"*.

La lettura e l'interpretazione dell'ICF sono molto difficili e faticose, tuttavia dalle citazioni riportate risulta che con questa nuova classificazione *non si definisce la disabilità*, ma soprattutto *non si considerano i fattori personali*.

Questi due dati, che sembrano essere sfuggiti a molti, potrebbero escludere che l'ICF possa essere adottato per nuovi criteri di definizione delle invalidità. La disabilità e l'handicap non sono soltanto dati oggettivi, patologici o contestuali, ma si riferiscono soprattutto ai fattori personali, cioè alle capacità di reazione e di compensazione (meccanismi di difesa e di attività di coping) della persona.

L' ICF è molto efficace, anche se in alcune parti eccessivo, per l'analisi dei fattori ambientali e contestuali che possono determinare una limitazione dell'attività o una restrizione della partecipazione, mentre la non considerazione dei dati esistenziali costituisce un limite teorico e applicativo.

Il problema resta aperto, ma non può essere astrattamente semplificato.

Bibliografia

1. Dal Pozzo C, Haines H, La roche Y, F. Fratello, Scorretti C. Valutazione della disabilità, confronto fra gli stati europei. Ed. Sapere 2000, 2004.
2. O.M.S.. ICF, classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute. Ed. Erickson, 2001.

ESPERIENZA DI CUSTOMER SATISFACTION NEI SERVIZI DOMICILIARI DI CURE PALLIATIVE

Carlo Maccheroni*, Gabrielle Monolo, Marina Di Ciacco****

RIASSUNTO

Lo studio riporta una indagine retrospettiva condotta con metodi quantitativi, sull'universo dei 220 care givers di malati terminali in carico ai servizi di cure palliative domiciliari.

L'indagine utilizza un questionario a domande chiuse focalizzate sul controllo del dolore, del sintomo, sulle informazioni concernenti la diagnosi, la prognosi, le condizioni cliniche, l'accesso agli ausili, i farmaci e l'aiuto sanitario. Per ciascuna area oggetto di indagine, sono stati considerati gli aspetti organizzativi, professionali, capacità di gestione dei risultati. Ciascun aspetto è stato giudicato mediante una scala Likert che prevede il livello di soddisfazione e quello di importanza. L'analisi utilizza un modello statistico basato sul confronto tra il livello di soddisfazione relativo ai diversi aspetti e il livello di importanza attribuito; il modello applicato consente di costruire una mappa degli interventi nella quale sono distribuiti i risultati ottenuti. In questo modo, aspetti che sono stati ritenuti di bassa importanza ma hanno ricevuto un'alta soddisfazione, sono ritenuti aspetti da mantenere, aspetti molto importanti e con alta soddisfazione, indicano i punti di forza del servizio. Aspetti invece che hanno ricevuto un basso livello di soddisfazione ma risultano molto importanti, sono stati visti come opportunità di miglioramento della soddisfazione. Il modello adottato si è dimostrato apprezzabile perché, oltre a consentire di rilevare la qualità percepita delle cure erogate, può rappresentare un idoneo supporto al committente nella definizione dei requisiti minimi che le strutture erogatrici di cure palliative domiciliari devono possedere, indipendentemente dal modello organizzativo di erogazione delle cure da ciascuno adottato.

PAROLE CHIAVE
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), valutazione qualitativa

---

* Università "Luigi Bocconi - Centro ELEUSI - Milano
** ASL Provincia Milano 1 - Magenta (MI)

ABSTRACT: Customer satisfaction experience in home palliative care services

The article features a retrospective quantitative survey conducted on 220 care givers of terminally ill patients receiving home palliative care services.

The survey is based on a closed questionnaire focusing on the control of pain and symptoms and on information concerning diagnosis, prognosis, clinical conditions, access to support, drugs and medical assistance. For each survey area, the organisational, professional and result management capacities have been taken into account. Each aspect has been assessed according to a Likert scale, which gives the interviewees' satisfaction and perception of importance of a certain matter. The analysis uses a statistical model based on the comparison between the degree of satisfaction relating to the different aspects and the importance thereof, and the model enables the building of a map providing a distribution of the results. Therefore, aspects perceived as hardly important, but which received a high satisfaction rating, are viewed as aspects to be maintained, and very important aspects with a high degree of satisfaction indicate the strong points of the service. On the contrary, aspects with a low satisfaction rating but perceived to be very important have been considered as opportunities to improve the level of satisfaction. The adopted model has proved appreciable because, besides allowing a survey of the perceived quality of the care provided, it may represent a suitable support for customers in defining the minimum requirements that the facilities providing palliative care at home must possess, regardless of the organisational care model adopted by each.

KEYWORDS
Integrated Home Care (IHC), care giver, quality assessment, customer satisfaction

INTRODUZIONE

In Italia, il nuovo sistema di "welfare community" orienta verso forme assistenziali più leggere e quindi più sostenibili dal punto di vista finanziario rispetto alla rete ospedaliera per l'assistenza sanitaria.

Le cure domiciliari, fino ad ora marginalmente diffuse, si collocano nel panorama del nuovo modello di welfare, come risposta sanitaria determinata dalla crescita esponenziale delle quote di "fragilità" nella popolazione.

In questa prospettiva di sviluppo dell'assistenza al domicilio, i servizi che erogano cure domiciliari stanno subendo una profonda trasformazione organizzativa, in quanto il cittadino va assumendo sempre più il ruolo di acquirente di prestazioni da parte di *care givers* professionali.

Alle istituzioni viene affidato il governo dei sistemi socio-sanitari integrati attraverso azioni di programmazione fondate sulla valorizzazione delle autonomie e sulla soddisfazione del cittadino fruitore dei servizi.

In questo contesto, la Regione Lombardia ha intrapreso azioni di valutazione dei servizi di cure domiciliari erogati sul territorio regionale coinvolgendo le Aziende Sanitarie Locali (ASL) nella realizzazione di indagini di *customer satisfaction*.

Pazienti e metodologia

L'ASL Milano 1 è una delle quindici Aziende Sanitarie Locali (ASL) della Regione Lombardia, disposta a ovest di Milano, con una popolazione di circa 930.000 abitanti.

L'indagine ha interessato l'universo dei care givers di pazienti deceduti nel periodo giugno-ottobre 2001, che hanno usufruito dei servizi di cure palliative presenti sul territorio. Sono stati intervistati 220 *care givers*.

La rilevazione ha colto un universo con le seguenti caratteristiche:

- il care giver è prevalentemente di sesso femminile, adulto, in età lavorativa o pensionato, di solito è moglie/marito o figlio/figlia del paziente;
- dal punto di vista sociale (grado di istruzione), la popolazione assistita secondo le tre diverse modalità organizzative presenti sul territorio (si veda oltre) evidenzia differenze modeste, il che è indice di uniformità.

Il "campione" di utenza è considerato omogeneo in quanto l'ammissione al programma di cure palliative domiciliari deve rispondere ai seguenti requisiti di accesso:

1. pazienti oncologici in cui la fase di terapia eziologia della malattia si è esaurita;
2. pazienti che presentano sintomi che compromettono la qualità di vita e quindi richiedono un trattamento sintomatico;
3. pazienti per i quali la prognosi *quod vitam*, è percepita dai pazienti, dai sanitari e dai famigliari come estremamente breve.

L'indagine di *customer satisfaction* ha riguardato pertanto esclusivamente

malati oncologici terminali che sono entrati nel programma di cure palliative domiciliari, erogate attraverso tre modalità organizzative diverse e non competitive tra loro:

ADI base: Assistenza Domiciliare Integrata erogata direttamente dalla ASL: garantisce l'assistenza infermieristica di base e la competenza del Medico di Medicina Generale; lo specialista palliativista interviene in qualità di consulente.

ADI Cure Palliative: Assistenza Domiciliare Integrata erogata attraverso la sinergia della ASL e del privato no-profit, specializzato nel settore dell'assistenza al malato terminale, che assicura la continuità specialistica.

Ospedalizzazione Domiciliare Cure Palliative: Cure palliative domiciliari in forma di Ospedalizzazione Domiciliare: l'assistenza viene erogata in toto dall'équipe specialistica dell'ospedale.

Lo studio ha utilizzato un questionario a risposte chiuse centrato sulle seguenti aree:

- Area organizzazione (*Fig. 2,3,4*): organizzazione della struttura, orari di erogazione del servizio, tempestività di attivazione, reperibilità degli operatori;
- Area integrazione (*Fig. 5,6*): collegamento con i servizi ed operatori sanitari in rete, collaborazione del care giver nella gestione delle cure;
- Area relazione (*Fig. 7*): relazioni con gli operatori dell'assistenza, comunicazione, disponibilità all'ascolto, elaborazione del lutto.

Ogni area è divisa in items costruiti per indagare i diversi aspetti: organizzativo, professionale, gestionale e relazionale.

Per ogni item considerato, sono stati chiesti all'intervistato due valutazioni: il livello di soddisfazione percepita secondo una classica scala di Likert a 5 livelli **(prospetto 1)** e l'importanza dell'item secondo una scala di importanza articolata su 3 modalità **(prospetto 2).**

Prospetto 1

***Grado di* Soddisfazione**	Molto Soddisfatto	Abbastanza Soddisfatto	Poco Soddisfattoa	Per niente Soddisfatto	Non saprei

Prospetto 2

***Grado di* Importanza**	Molto importante	Importante	Poco Importante

Risultati

Il modello di analisi dei questionari di *customer satisfaction* utilizzato per elaborare i dati raccolti si basa sul confronto tra il livello di soddisfazione dichiarato dagli intervistati sulle diverse aree indagate e il grado di importanza attribuito dagli intervistati agli stessi items.

È noto che gli intervistati sottoposti a test di questo tipo (con scala Likert) riportano alti livelli di soddisfazione. La domanda sull'importanza, offre il vantaggio di relativizzare il grado di soddisfazione valutato mediante la scala precedente, consentendo di attribuire un peso tanto più elevato alle risposte "molto importante" quanto più l'intervistato è stato "parsimonioso" nel fornirle. Vista la tipologia del servizio è ragionevole attendersi che tutti gli aspetti siano considerati importanti, infatti le risposte "poco importante" evidenziano percentuali molto ridotte, in molti casi nulle. Come livello critico, è stato scelto il valore 50, il che significa che un utente su due ritiene i vari aspetti *molto importanti*. Questa scelta al "ribasso" è dovuta al fatto che chi non ha risposto "molto importante", ha comunque risposto "importante" almeno nel 90% dei casi, quindi l'aggettivo "molto" è il vero fattore discriminante.

Questo tipo di informazione ha permesso di costruire *mappe di intervento* (*Fig. 1*) costruite su due assi principali: l'asse verticale rappresenta il grado di importanza attribuito ai diversi aspetti del servizio, l'asse orizzontale rappresenta il livello di soddisfazione dichiarato dagli intervistati per gli stessi aspetti.

In questo modo la mappa viene divisa in quattro quadranti che definiscono le *aree di intervento*.

Ogni item indagato trova collocazione in uno dei quattro quadranti della mappa e fornisce indicazioni sullo stato della qualità percepita del servizio. L'insieme degli items che cadono in ognuno dei quattro quadranti consente una lettura immediata delle aree da mantenere o da migliorare e sviluppare nell'ambito di un programma di miglioramento dei servizi essenziali offerti al cittadino.

Il livello di soddisfazione complessivo attribuito ad ogni punto, (vale a dire ad ognuno degli aspetti del servizio) è dato dalla percentuale di intervistati che si ritiene "molto soddisfatto" o "abbastanza soddisfatto" in relazione all'aspetto in questione.

In questa indagine, è stato considerato come *livello critico* di soddisfazione il valore 75, rappresentato dalla retta verticale che divide in due la mappa. Il valore 75 è da intendersi in percentuale, vale a dire che se il livello della soddisfazione è 75 significa che 3 utenti su 4 si dichiarano molto soddisfatti o abbastanza soddisfatti, mentre un solo utente su 4 si dichiara poco soddisfatto o per niente soddisfatto. Valori inferiori a 75 sono indice di livelli di soddisfazione bassi, mentre valori superiori a 75 rappresentano livelli di soddisfazione elevati.

In maniera analoga si è proceduto per attribuire la coordinata verticale ai diversi punti e stabilire il livello critico dell'importanza attribuita agli aspetti del servizio secondo la scala di valori richiamata nel **prospetto 2.**

Discussione

La nostra indagine di *customer satisfaction* ha evidenziato un elevato livello di soddisfazione dei clienti del servizio di cure palliative domiciliari nelle diverse aree sottoposte ad indagine. Questo risultato potrebbe apparire scontato o poco utile se non venisse calato nel percorso per la valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari nella loro complessità e multidimensionalità degli apporti. Il crescente aumento delle quote di "utenti fragili" nella popolazione pone questioni di appropriatezza delle prestazioni erogabili bilanciate solo da un management attento e competente che sappia coniugare risposte ai bisogni con la limitatezza delle risorse economiche disponibili.

L'esperienza da noi condotta ci consente alcuni spunti di riflessione in relazione all'obiettivo regionale dato alle ASL di fornire indicazioni in merito alla possibile realizzazione di assistenza domiciliare dedicata ai malati terminali nella programmazione strategica del nuovo sistema di *welfare community* in Regione Lombardia.

La soddisfazione complessiva dell'utenza rispetto al servizio di cure palliative domiciliari è mediamente alta in tutte le aree indagate dal questionario a prescindere dal modello organizzativo adottato dal produttore che eroga le cure al domicilio. La gran parte delle mappe risultano perfettamente sovrapponibili e ciò induce a riflettere sul fatto che la modalità organizzativa specifica del produttore di cure non abbia grande influenza sul risultato; la soddisfazione degli utilizzatori e la qualità delle cure o meglio i requisiti organizzativi confrontati offrono lo spunto per la definizione di standard minimi strutturali ed organizzativi da richiedere ai gestori che si proporranno in futuro come erogatori di cure palliative domiciliari.

Il motivo dell'elevato grado di soddisfazione espresso, potrebbe essere attribuito alla novità di servizi specifici di cure palliative domiciliari che intervengono nella fase avanzata e irreversibile della malattia oncologica che ha messo a dura prova il paziente e la sua famiglia anche dal punto di vista dell'organizzazione familiare. L'accompagnamento del malato terminale con cure specifiche e praticabili a domicilio consente di recuperare l'attenzione ai bisogni del malato nella loro globalità e l'assistenza palliativa domiciliare offre innanzitutto un contributo alla famiglia che generalmente accoglie favorevolmente la proposta di partecipare alla gestione delle cure per il proprio congiunto e mostra un atteggiamento positivo nei confronti del servizio ricevuto.

In questa fase di malattia la consapevolezza dell'esaurimento delle cure eziologiche e la manifesta fase di terminalità, predispone il *care giver* familiare alla partecipazione attiva nella gestione delle cure e ad intrattenere relazioni positive e di collaborazione con gli operatori dell'assistenza, come espressione concreta e visibile di risposta ai bisogni del malato.

Infatti la gestione della terapia farmacologia è ritenuta molto importante per l'evidente effetto di controllo dei sintomi, ma anche di grande soddisfazione per il *care giver* a sottolineare il grado di coinvolgimento emotivo nell'attuare le indicazioni terapeutiche. Altri aspetti che riguardano il coinvolgimento del *care giver*, come apprendere le metodiche e le procedure per praticare il trattamento, la comprensione e l'uso del record medico e di altri presidi sanitari si collocano nei qua-

dranti inferiori indicando un basso grado di importanza e sovente anche di soddisfazione, in quanto aspetti più marginali e di scarso peso rispetto alla intensità della relazione di aiuto verso il proprio malato (*Fig. 5-6*).

L'aspetto relazionale tra il *care giver* e gli operatori dell'assistenza, scomposto nei diversi item che valutano la sensibilità degli operatori verso la peculiare fragilità del malato terminale e il livello di comunicazione, si colloca nel quadrante superiore destro della mappa ad esprimere sia l'elevata soddisfazione ma anche l'enorme importanza a questa area, confermando la necessità che nell'assistenza di cure palliative gli operatori siano professionalmente qualificati ma anche esperti nella gestione della relazione d'aiuto nelle sue dimensioni umana, psicologica e sociale.

Solo l'item "aiuto e il sostegno al lutto" si colloca nella mappa dei risultati tra i fattori critici secondari (*Fig. 7*), tuttavia l'analisi dei questionari mostra che il 36% dei *care giver* non sanno rispondere e nel 24% dei casi non sanno dire se è importante questa attività del servizio. Questo dato fa presupporre che i *care givers* non abbiano avuto esperienza di questa parte di servizio, ma anche che il bisogno non si rende manifesto quando non c'è conoscenza di ciò che potrebbe essere e qui sta anche la limitatezza dell'indagine condotta con metodi quantitativi.

Gli aspetti che riguardano l'organizzazione dell'ente produttore di cure domiciliari (*Fig. 2-3-4*) costituiscono elementi di eccellenza poiché riscontrano un alto livello di soddisfazione a fronte di un elevato livello di importanza. Questi aspetti si collocano nel quadrante superiore destro della mappa dei risultati e diventano elementi di qualificazione del servizio e quindi da mantenere e valorizzare. Appare evidente che la tempestività di attivazione del servizio e la reattività a dare risposta ai bisogni presentati costituiscono requisiti fondamentali ed imprescindibili nella organizzazione del servizio di cure palliative domiciliari.

Contrariamente a quanto atteso, mentre la continuità delle cure durante tutte le fasi della malattia oncologica è stata garantita dal medico di medicina generale, nella fase palliativa delle cure domiciliari egli non è ritenuto figura rilevante nell'interazione con l'équipe di cura. Verosimilmente la specificità delle cure richieste, erogate da professionisti qualificati, è molto ben accetta e mette in secondo piano il rapporto fiduciario verso il proprio medico di medicina generale.

Infatti questo item si colloca nella mappa dei risultati nella posizione dei fattori critici secondari, vale a dire quei fattori sui quali eventuali interventi di miglioramento sono dilazionabili nel tempo perché non incidono in modo sostanziale sulla qualità percepita del servizio nel suo complesso.

I fattori critici principali riguardano alcune modalità organizzative del servizio, in particolare la modalità di richiesta e tempestività di consegna dei presidi e la reperibilità telefonica del personale sanitario. Si tratta tuttavia di fattori che non hanno un livello di importanza molto alto, ricadono entrambi molto vicini al valore critico dell'asse dell'importanza (50). Dunque sono aspetti che nella programmazione dei servizi devono essere considerati come requisiti aggiuntivi di miglioramento della qualità delle cure, mentre gli aspetti di maggiore qualificazione dell'organizzazione e di maggiore importanza per l'utenza devono essere assunti come requisiti fondamentali nella programmazione di cure domiciliari.

Le cure palliative domiciliari sono l'espressione più intensa e coinvolgente di assistenza che si conferma come livello di cura erogabile al domicilio in quanto integra, con competenze professionali specifiche, quella garantita al domicilio dal *care giver* familiare. Le cure palliative domiciliari si connotano pertanto come livello erogabile di assistenza integrativa e non sostitutiva, tipica invece della assistenza erogata nelle strutture residenziali.

L'analisi dei risultati, descritta graficamente nelle mappe degli interventi, consente una facile e immediata interpretazione dei risultati ottenuti e contestualmente fornisce indicazioni in merito ai requisiti standardizzabili per l'organizzazione di un servizio di cure palliative domiciliari. Lo strumento utilizzato per la nostra indagine è facilmente riproducibile e pertanto utilizzabile per altre indagini che in futuro potranno riguardare altri servizi socio-sanitari nel nuovo sistema del welfare.

Un limite di questa indagine di *customer satisfaction*, condotta con metodi quantitativi, è rappresentato dal fatto che l'utenza giudica solo ciò di cui ha fatto esperienza; nel caso specifico della nostra indagine, l'utenza poteva avere esperienza di una sola modalità organizzativa di cure palliative domiciliari, essendo i servizi non competitivi tra loro per diversa distribuzione geografica delle risorse.

Anche la mancata esperienza di una attività contemplata dai servizi di cure palliative come il sostegno al lutto, non rende manifesto il bisogno all'utenza che pertanto può solo non rispondere al quesito posto.

Riteniamo che l'indagine di *customer satisfaction* nei servizi socio-sanitari possa portare un contributo orientativo del cittadino nella valutazione qualitativa dei servizi a lui destinati esprimendo un valore su ciò che è importante e soddisfacente e quindi imprescindibile in sede di programmazione dei livelli di cura erogabili e delle strutture organizzative che devono garantirli.

Figura 1 – Mappa degli interventi

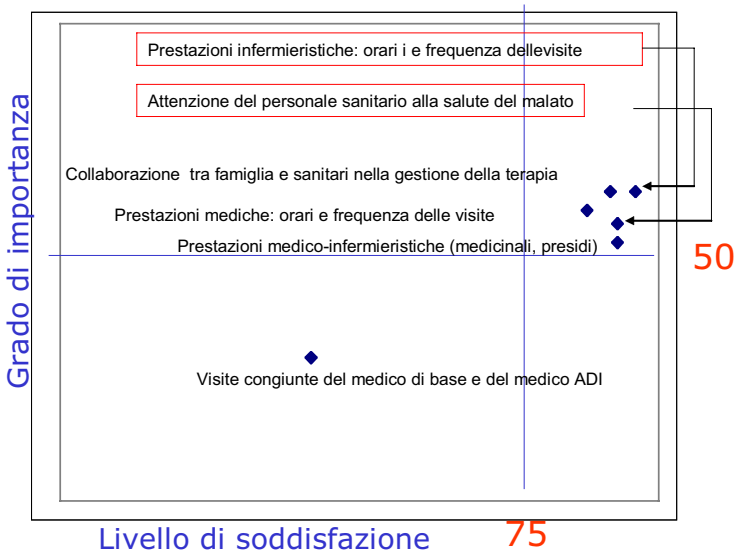
Descrizione: Il quadrante nord-ovest è il quadrante dei fattori critici principali. Gli aspetti che si collocano in quest'area, hanno un basso livello di soddisfazione percepita, ma un grado di importanza alto, rappresentano gli aspetti del servizio che se migliorati, costituiscono una opportunità per incrementare la soddisfazione degli utenti.

Il quadrante nord-est rappresenta l'area in cui sia la soddisfazione percepita sia l'importanza sono alte: l'area individua i punti di forza del servizio, quelli che rispondono in modo più puntuale alle esigenze degli utenti.

Il quadrante sud ovest è caratterizzato da bassi livelli sia della soddisfazione sia dell'importanza: è il quadrante dei fattori critici secondari, aspetti del servizio comunque importanti ma sui quali si può intervenire in un secondo momento.

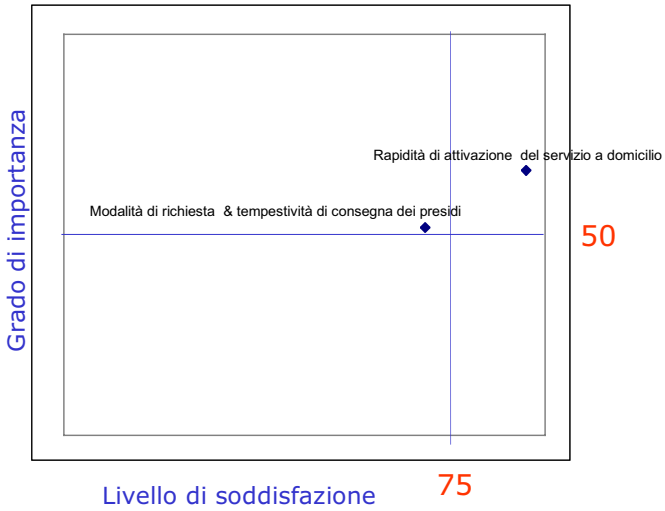
Nel quadrante sud-est ricadono gli aspetti del servizio che sono caratterizzati da livelli di soddisfazione dichiarata alti e che sono considerati di minore importanza dagli utenti. Si tratta di aspetti comunque da mantenere e che ricevono alta soddisfazione.

Figura 2 - Personale sanitario



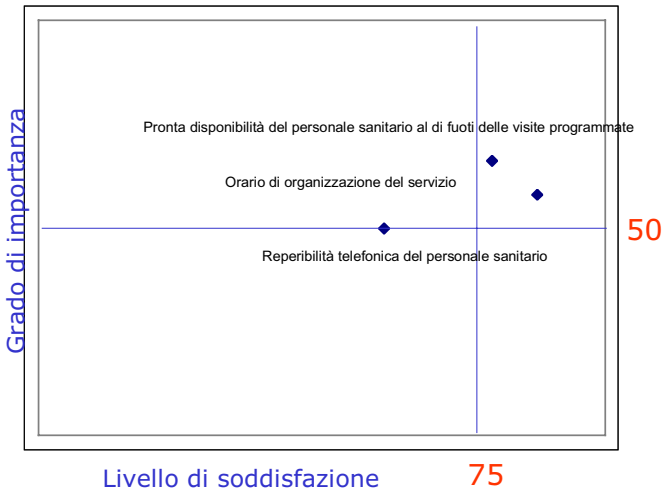
Descrizione: in questa mappa viene riportato il giudizio espresso sul personale sanitario rispetto alle prestazioni medico-infermieristiche: orari e frequenze delle visite, numero di accessi, somministrazione di farmaci, visite congiunte con il medico curante e grado di attenzione generale del personale alla stato di salute (segni e sintomi). È riportato anche il giudizio sulla collaborazione tra il personale e il *care giver* nella gestione delle cure.

Figura 3 - Reattività del servizio



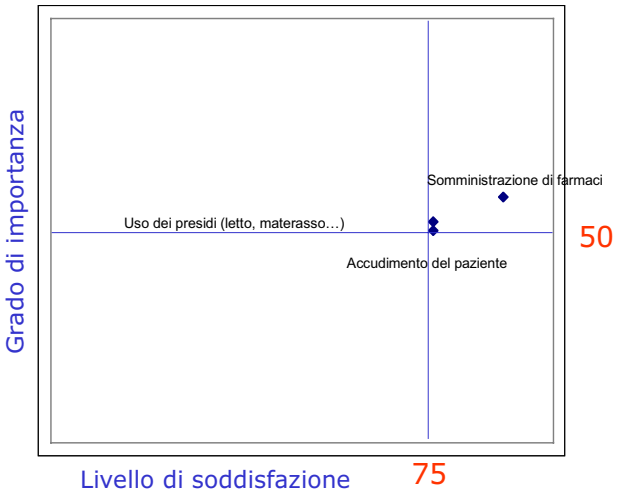
Descrizione: la mappa rappresenta il giudizio sulla capacità di risposta rapida alle richieste di attivazione delle cure domiciliari e di tempestività nella consegna dei presidi necessari.

Figura 4 - Orario e organizzazione del servizio



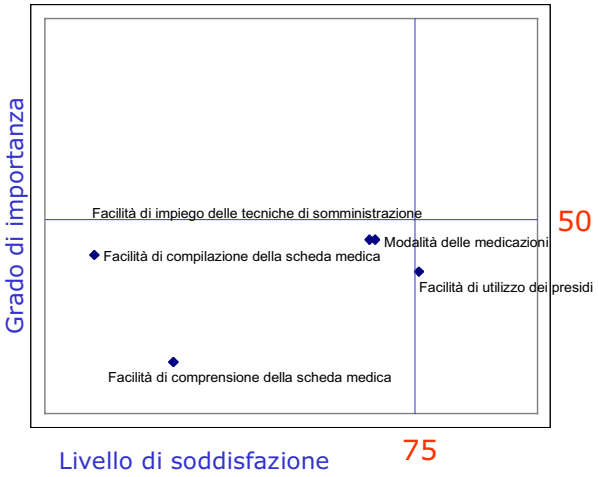
Descrizione: la mappa rappresenta il giudizio sull'esperienza del *care giver* circa l'accessibilità e il collegamento al servizio in termini di reperibilità telefonica del personale sanitario e di pronta disponibilità anche al di fuori delle visite programmate.

Figura 5 - Farmaci e presidi



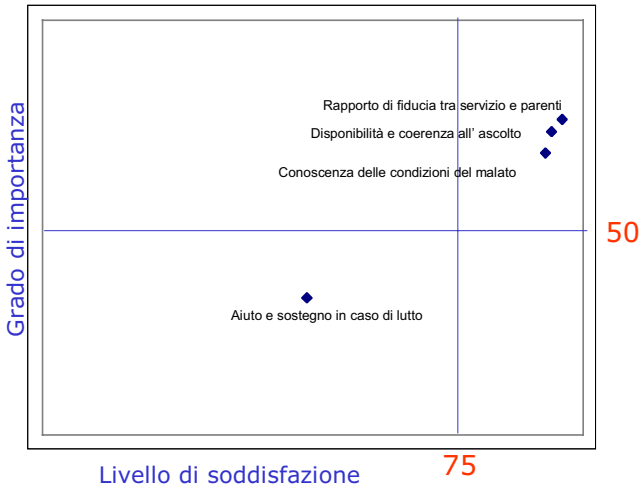
Descrizione: la mappa rappresenta la valutazione della semplicità e chiarezza delle istruzioni ricevute per l'accudimento del paziente (cambiarlo, lavarlo etc.), nell'utilizzo dei presidi (letto, materasso, catetere) e nella somministrazione dei farmaci.

Figura 6 - Facilità della cura autonoma



Descrizione: la mappa rappresenta il giudizio sulla facilità di utilizzo di strumenti, farmaci e tecniche di somministrazione (uso di cateterini, pompe, etc) e sulla facilità di comprensione e compilazione della scheda clinica.

Figura 7 - Rapporto con il personale



Descrizione: la mappa rappresenta il giudizio sul complesso delle comunicazioni e dei contatti intercorsi con il personale relativamente alla conoscenza delle effettive condizioni del malato, la disponibilità all'ascolto, la capacità di creare un rapporto di fiducia e l' aiuto e il sostegno in caso di lutto.

BIBLIOGRAFIA:

1. Lebart L, Morineau A, Warwick KM. Multivariate descriptive statistical analysis. New York: Wiley, 1984.
2. Sharma, Subhash. Applied multivariate techniques. New York: Wiley, 1996.
3. Bloom JR. Social support of the cancer patient and the role of the family. In Cancer and the family, 1996: 54-70.
4. Singer PA, Bowman KW. Quality end-of-life care: A global perspective. BMC Palliat Care, 2002.
5. Singer PA, Bowman KW. Quality care at the end-of-life. Br Med J., 2002; 324**:**1291-92.

UN PROGETTO DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ PERCEPITA IN UNA UNITÀ DI DEGENZA SPECIALISTICA

Luisa Borgia[1], Gaetana Sacco[2], Fabio Sciamanna[2], Massimo M.G. Di Muzio[3], Daniele Palumbo[4], Rosa Corelli[5], Liana Spazzafumo[6], Felice Strollo[7]

RIASSUNTO

Il percorso di qualità in un reparto di degenza può essere variamente articolato ma, perché raggiunga il suo scopo ultimo, deve rinunciare ad ogni tentazione di applicare astrattamente regole di pur provata efficacia e mirare anche, se non soprattutto, all'appagamento delle esigenze dei pazienti, ossia alla qualità percepita.

Il nostro gruppo si è posto il problema e per un anno ha sottoposto a tutti i degenti un questionario da "impostare" volontariamente e anonimamente all'atto della dimissione in un'apposita cassetta delle lettere interna alla struttura.

L'analisi statistica ha chiaramente evidenziato due "*cluster*" di problemi da affrontare e risolvere: strutturali e di rapporti inter-personali. Ciò ha consentito di comprendere che molto va ancora fatto a livello amministrativo per meglio affrontare le esigenze quotidiane del paziente.

Infatti le risposte fornite hanno dimostrato un sufficiente grado di apprezzamento degli sforzi compiuti da tutto il personale per rendere relativamente gradevole e comunque clinicamente efficace il periodo di degenza, ma sono state anche evidenziate chiaramente alcune lacune di tipo organizzativo generale, legate soprattutto alla manutenzione generale ed agli appalti per le pulizie.

Ci si accinge ora a svolgere un'analoga indagine tralasciando gli aspetti strutturali - da ora delegati all'amministrazione dell'Ente perché sostanziati da prove - ma approfondendo l'aspetto inter-personale, per comprendere in rapporto a quale elemento migliorare l'approccio in reparto, perché alla qualità "*evidence-based*" della cura corrisponda la qualità percepita dal paziente.

PAROLE CHIAVE
qualità percepita, risorse, ospedalizzazione, bioetica

---

[1] Professoressa, Componente Comitato Nazionale per la Bioetica - Presidenza del Consiglio dei Ministri
[2] Infermiere Professionale, U.O.C. Endocrinologia e Malattie del Ricambio, INRCA - IRCCS, Roma
[3] Professore, Comitato di Bioetica INRCA - IRCCS
[4] Dottore, Direzione Medica di Presidio INRCA - IRCCS, Roma
[5] Caposala, U.O.C. Endocrinologia e Malattie del Ricambio, INRCA - IRCCS, Roma
[6] Dottoressa, Centro di Biostatistica, Dipartimento Ricerche, INRCA - IRCCS, Ancona
[7] Professore, Direttore Dipartimento Endocrino-Metabolico, INRCA - IRCCS, Roma

ABSTRACT: A project for assessing quality in a hospitalisation unit providing specialist services

High quality care may be differently provided in hospital units, but, in order to be really perceived as effective - besides being evidente-based - it has to try and comply with commonest patient needs.

In order to adopt such approach at its best, for one year, upon admittal to our hospital unit our group asked all patients to fill in anonimously a questionnaire and to post it into an "out-of-sight" specific box when leaving

Statistical analysis clearly showed the presence of two clusters of elements, namely structure-related and inter-personal problems. Based upon such findings we could understand that much had still to be done at the administrative level in order to face patients' daily needs.

In fact, their answers showed a high appreciation of the efforts made by our unit to make hospitalization both easy and clinically effective. In any case, however, some organization defects were pointed out, mainly linked to general housekeeping and to outsourcing of cleaning activities.

Our group is now going to perfom a similar experiment, by giving up analyzing structural features - from now on left to the attention of our Institute's administration - and concentrating upon inter-personal relations. This way, we hope to further ameliorate in-ward assistance in terms not only of evidente-based medical care but also of perceived quality.

KEYWORDS
perceived quality, resources, hospitalization, bioethics

INTRODUZIONE

Appare spesso difficile seguire un percorso di qualità in modo semplice ed efficace, in un mondo che sembra riferirsi alla qualità come ad una realtà particolarmente complessa e ad un obiettivo, proprio per tale motivo, a prima vista scoraggiante (1-2).

L'esperienza appassionata in bioetica ha spinto però un gruppo ospedaliero a identificare percorsi facilmente praticabili e supportati da esperienze consolidate in altri campi, per trasformare un'attività inizialmente concepita come manageriale (3-9) in una ricerca di gruppo mirata alla soddisfazione dell'utente e dell'operatore in Sanità. Una tale scelta, apparentemente incongrua, si è rivelata in grado di permeare il quotidiano di una vis bioetica diffusa che ha visto pienamente coinvolto il personale di un'unità operativa endocrinologica ed i pazienti ricoverati presso di questa, uniti dalla volontà di costruire un futuro migliore per tutti, anche attraverso l'arma della critica a volte aspra, ma mai distruttiva.

Il personale di una UOC (Unità Operativa Complessa) di area medica di una struttura di ricerca clinica applicata dedicata alle patologie dell'anziano, ha iniziato ad affrontare il problema della qualità in reparto in maniera sistematica, per prepararsi al salto verso l'eccellenza su basi solide, in quanto sostenute statisticamente da dati raccolti in conformità all'esperienza di altre strutture ospedaliere qualificate.

Tabella 1. Modello di questionario della qualità utilizzato nel 2004

Gentile paziente, ti chiediamo di aiutarci con poche risposte ad offrire alla comunità un servizio sempre migliore

QUESTIONARIO DI GRADIMENTO U.O. ENDOCRINOLOGIA

Sesso M ❑ F ❑ **Età in anni: .....**

Mese ed anno di ricovero **Letto n. .....**

ELEMENTI DI VALUTAZIONE	LIVELLO DI SODDISFAZIONE			
	Molto soddisfatto	soddisfatto	Poco soddisfatto	Molto insoddisfatto
Accoglienza in fase di accettazione				
Attesa in fase di accettazione				
Accoglienza in Reparto				
Assistenza Medica				
Disponibilità dei medici				
Assistenza infermieristica				
Disponibilità del personale infermieristico				
Disponibilità del personale ausiliario				
Ambiente e comfort (arredamento, tranquillità)				
Igiene e pulizia del reparto				
Distribuzione del vitto				
Qualità del vitto				
Giudizio globale sulla qualità dell'assistenza in reparto				

Esso ha quindi mutuato dall'esperienza del Piemonte un questionario semplice che consentisse di fotografare al grandangolo gli elementi utili alla soddisfazione del paziente-cliente in ospedale.

METODOLOGIA

Per un anno, ai pazienti accettati in reparto, al momento del ricovero, è stato esposto il motivo dell'iniziativa per sollecitare l'adesione alla stessa e consegnato il questionario (vedi tabella 1), senza peraltro tentare oltre di ottenerne la compilazione, per rispetto della privacy e per ottenere la massima sincerità di espressione.

Il gruppo ha voluto infatti lasciare alla sensibilità sociale ed alla libera scelta del singolo la compilazione anonima e la riconsegna del documento in una apposita cassetta postale collocata in una zona facilmente accessibile ma non direttamente controllabile a vista dal personale di reparto.

È stata definita percentuale di insoddisfazione (PI) la somma della percentuale di punteggio 3 e 4 in risposta al singolo quesito. Sono stati inoltre stabiliti sin dall'inizio i limiti di PI utili a indirizzare le azioni future di miglioramento della qualità secondo lo schema riportato in Tabella 2.

Terminata la raccolta e l'inserimento dei dati in un apposito foglio elettronico, è stata eseguita l'analisi statistica. Allo scopo di evidenziare i fattori che meglio potessero sintetizzare le informazioni raccolte nel questionario di soddisfazione è stata applicata l'analisi fattoriale con il metodo delle componenti principali ed è stato utilizzato il metodo varimax per la rotazione degli assi con la normalizzazione di Kaiser. L'analisi fattoriale è una tecnica statistica multivariata che permette di prendere in considerazione un numero notevole di items da un questionario e ridurli a un numero molto più ridotto di variabili concettuali (fattori) non osservate. Attraverso l'applicazione dell'analisi fattoriale è possibile stimare in che misura ogni item è connesso con ciascun fattore sottostante ed assegnare il peso di ciascuno essi ad ogni fattore identificato.

Al fine di verificare la coerenza interna degli items che compongono le dimensioni estratte dall'analisi fattoriale sono state calcolate le stime di affidabilità. È stato applicato il modello di concordanza interna basato sulla media delle correlazioni tra gli items ed è stato calcolato il coefficiente di ripetibilità (alpha di Crombach).

Il livello di significatività prescelto è a=0.05, il software statistico utilizzato per l'analisi dei dati è SPSS ver. 12.0.

Punteggio: 1=molto soddisfatto; 2=soddisfatto; 3=poco soddisfatto; 4=insoddisfatto.

Tabella 2. Limiti di % di insoddisfazione (punteggi 3 e 4)

Valore %	Scala dei grigi	Interpretazione
<5	xxxxxxxxx	Buono
5-10	xxxxxxxxx	da migliorare
10-15	xxxxxxxxx	da correggere
>15	xxxxxxxxx	da sottoporre a forte revisione

RISULTATI

Hanno risposto all'iniziativa 326 pazienti, pari al 45% circa dei casi arruolati. Per tutti i quesiti si è ottenuta un'elevata quota di soddisfazione. Tale dato è globalmente giudicabile come un buon risultato in termini di qualità percepita dal paziente, ma, in tal senso, vale la pena di segnalare come una parte dei pazienti abbia preferito soffermarsi su una parte soltanto dei quesiti, riducendo così, anche se di poco, la numerosità dei casi da esaminare per il singolo elemento di valutazione.

Per maggiore chiarezza espositiva, l'articolazione dei risultati ottenuti è riportata nella Tabella 3, dalla quale si evince chiaramente come in nessun caso la moda delle risposte sia stata superiore a 2 (valore corrispondente a "soddisfatto"), ma anche come richiedano interventi migliorativi alcuni fattori legati alla capacità del personale di relazionarsi al paziente e, talora in termini rilevanti, la gran parte dei fattori estranei alla responsabilità diretta dell'U.O. (ad es. gli appalti selezionati in funzione di vitto ed igiene).

I punti 7 ed 8, relativi alla disponibilità degli infermieri e del personale ausiliario, meritano una riflessione particolare: la mancata sostituzione di personale infermieristico dimissionario o in quiescenza per pensione e la mancanza di un numero sufficiente di ausiliari senza prescrizione hanno comportato il frequente ricorso ai cosiddetti "turni di riposo lavorati" e, in alcune occasioni, lo svolgimento di mansioni ausiliarie da parte del personale infermieristico per ovviare all'improvviso acuirsi di croniche carenze. Tutto ciò ha generato a volte un clima irritabile che ha contribuito a generare nel paziente la percezione di minore disponibilità da parte del personale.

Le note segnalate dai pazienti sono risultate particolarmente pressanti, poi, in rapporto ad alcuni punti non dipendenti dal personale di reparto ma comunque in grado di riverberarsi negativamente sulla U.O. come facente parte di una struttura poco curata:

1. mancanza di un piatto doccia nei bagni, con gravi conseguenze igieniche e pratiche (frequente allagamento del corridoio comune!)
2. incostante efficacia igienica della squadra appaltata per le pulizie
3. giardino poco curato o, per alcuni, in vero e proprio stato di abbandono
4. carenza di una sala dedicata all'incontro fra pazienti

Tabella 3. Sintesi dei risultati del progetto di qualità

	Valore Modale	% Insoddisfazione
Accoglienza in accettazione	2	7.2
Attesa in accettazione	2	8.2
Accoglienza in reparto	1	2.2
Professionalità medica	1	1.8
Disponibilità dei medici	1	3.4
Professionalità infermieristica	1	3.1
Disponibilità degli infermieri	1	4.4
Disponibilità degli ausiliari	1	4.4
Ambiente	2	10.6
Igiene	2	17.1
Distribuzione del vitto	2	12.5
Qualità del vitto	2	25.8
Giudizio globale	2	3.5

La tabella n° 4 riporta i risultati dell'analisi fattoriale applicata allo scopo di evidenziare i fattori relative al questionario sulla qualità dell'assistenza.

L'analisi fattoriale mette in evidenza 2 sottodimensioni che colgono il 63,5% di variabilità totale. La prima dimensione è relativa alla professionalità e disponibilità del personale sanitario , all'accoglienza in reparto e al giudizio globale sull'assistenza nel reparto; questa dimensione spiega il 52,2% della varianza totale. La seconda relativa al vitto, igiene, ambiente e accoglienza in accettazione, la seconda dimensione spiega l'11.3% di varianza totale. Il risultato dell'analisi multivariata sta ad indicare che il paziente anziano percepisce fondamentalmente due dimensioni principali di soddisfazione della qualità dell'assistenza in reparto: quella relativa alla qualità delle cure e alla disponibilità personale medico e non medico che ha il peso maggiore nella valutazione dalla qualità globale dell'assistenza e quella relativa a comfort e accoglienza, con un peso nettamente inferiore.

Tab. 4 Risultati dell' analisi fattoriale con il metodo delle Componenti Principali

Items	1° Fattore	2° Fattore
Professionalità Infermieristica	0.869	
Disponibilità Infermieri	0.832	
Professionalità Medica	0.805	
Disponibilità Medici	0.740	
Accoglienza Reparto	0.709	
Giudizio Globale	0.700	
Disponibilità Ausiliari	0.697	
Distribuzione del vitto		0.781
Qualità del vitto		0.773
Attesa Accettazione		0.708
Igiene		0.707
Accoglienza Accettazione		0.676
Ambiente		0.528
Varianza Spiegata	**52.22%**	**11.29%**

La prima dimensione ha un coefficiente di Cronbach a=0.913 e la seconda dimensione a =0.846, questi risultati confermano che c'è un ottimo grado di correlazione tra gli items del questionario e un ottimo grado di affidabilità.

Discussione

Alla luce di quanto previsto in tabella 2 in funzione delle esigenze di miglioramento continuo della qualità, è stato possibile redigere una scala di priorità di interventi per il futuro che vede il gruppo già attivamente coinvolto nel quotidiano approccio al paziente sia come UOC sia come Direzione Sanitaria.

Il dato di partecipazione attiva al progetto da parte dei pazienti, a prima vista scoraggiante, è in realtà in linea con le abitudini partecipative della popolazione italiana riscontrate in occasione di eventi elettorali minori, gravati cioè da minore tensione emotiva e sociale. Tale considerazione spinge quindi a conferire al dato un valore significativo, a testimonianza di una generale volontà di interagire da parte del cittadino, nonostante una sfiducia di grado medio nei confronti delle proprie possibilità di influenza sul mondo esterno.

Dai risultati del questionario emerge un dato estremamente indicativo: il livello di soddisfazione dei pazienti si differenzia in maniera netta tra la professionalità medica e infermieristica e le condizioni socio-ambientali.

Mentre la qualità delle prestazioni erogate dal personale sanitario è riconosciuta e apprezzata, il livello di soddisfazione crolla sui "servizi", in particolare sulla qualità dell'igiene e del vitto erogato.

È questa un'istantanea che riproduce, in misura percentualmente piccola, la stessa percezione che hanno tanti pazienti italiani della sanità, in tempi in cui si tenta di far decollare un sistema di delega all'esterno noto come "*outsourcing*" (10), ma non necessariamente ciò si traduce in miglioramento della qualità percepita, forse per una scarsa cultura del dialogo e della "cura" fra il personale dei servizi.

Quanto osservato dovrebbe indurre ad una riflessione sulla qualità attesa in ambito sanitario.

Tuttavia, non si può parlare di qualità percepita senza inserirla nel concetto più vasto di "qualità della vita", che nasce storicamente per indicare una nuova fase della società, che si propone il superamento dei bisogni minimi per la sopravvivenza (cibo, alloggio, lavoro) e punta al soddisfacimento dei desideri, utilizzando il "coefficiente di soddisfazione" come termine di valutazione.

La trasposizione del concetto di "qualità della vita" in medicina ha portato ad aprire dei fronti assolutamente inimmaginabili in precedenza, con ricadute decisionali anche in rapporto alla nota definizione di salute dell'OMS/WHO.

Uno dei problemi di maggiore difficoltà riguarda la percezione soggettiva della qualità della vita, perché include il rapporto con l'ambiente e i fattori psicologici di ciascun soggetto, con una forte ricaduta sulle aspettative verso il sistema sanitario.

Tuttavia, analizzando i risultati della presente ricerca, ci si rende conto che il sistema sanitario è penalizzato proprio per l'incapacità di erogare i servizi neces-

sari ad esaudire quei bisogni fondamentali che sembrerebbero acquisiti, tanto da indurre il sistema sociale a puntare al soddisfacimento dei desideri.

Alla programmazione e alla "politica" sanitaria spetta il difficile compito di coordinare i mezzi, le risorse e le strutture, con l'obiettivo di raggiungere dei livelli di eccellenza che qualifichino le prestazioni erogate (11-12).

In una gestione così delicata devono essere adottati dei precisi criteri etici di riferimento, che permettano una corretta allocazione delle risorse, centrando le valutazioni non solo sulle istanze finanziarie, amministrative e gestionali, ma soprattutto sulla persona, il vero obiettivo di ogni intervento sanitario.

Iniziative attuali a favore del miglioramento continuo della qualità

Il gruppo è ora fortemente motivato a continuare nell'opera intrapresa, arricchendola dell'elemento "coinvolgimento": passerà quindi ora dal comportamento volutamente asettico della consegna del questionario a quello del rinforzo giornaliero del segnale di richiesta di una valutazione ai fini del miglioramento della qualità. Il personale è supportato, infatti, in tal senso dalla possibilità ormai acquisita di presentare al paziente il dato storico delle segnalazioni ricevute nel 2004 ed avviate alla Direzione Sanitaria per le opportune iniziative correttive.

Tale sfida vede coinvolti tutti gli operatori perché appare foriera di risultati e di entusiasmo nuovi, per la forte responsabilizzazione derivante dal contributo spontaneo dei pazienti coniugata con l'enorme potenzialità di critica ed autocritica costruttive che porta con sé qualsiasi analisi oggettivante.

Partendo da quanto appena descritto, l'UOC coinvolta si è proposta di proseguire nel monitoraggio della qualità percepita e di motivare il paziente ad una maggiore partecipazione al programma, concentrando in particolare l'attenzione sui punti direttamente riconducibili alle responsabilità del personale di reparto e articolando le domande in maniera più dettagliata.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli infermieri dell'UOC che hanno partecipato all'iniziativa per avere sensibilizzato i pazienti - nel momento dell'ingresso in reparto - alla compilazione del questionario ed avere così contribuito alla migliore leggibilità delle attività svolte.

Bibliografia:

1. Perraro F. Il sistema della qualità in Sanità: come "siamo" e come dovremmo "essere". QA 2005; 16: 14-22.
2. Alfieri R. Le priorità come scelte di vita. QA 2005; 16: 62-64.

3. Biasioli S. Ospedale e Territorio, teoria e fatti. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 2003.
4. Cherubini S. Marketing dei servizi. Milano: FrancoAngeli Editore, 1993.
5. Dawson L-Y. and Weinreauvch S. Managing diabetes on a budget. Alexandria, VA, USA: American Diabetes Association, 1995.
6. Miselli V. Disease Management. Il modello diabete. Milano: UTET, 1997.
7. Lo Martire G. L'azienda Sanità. Milano: FrancoAngeli Editore, 1998.
8. Nonis M., Braga M. e Guzzanti E. Cartella clinica e qualità dell'assistenza. Passato, presente e futuro. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
9. Bruno A., Pagano E., Spano F.M. Gestione Economia delle Unità Opedaliere di Diabetologia. Torino: Centro Scientifico Editore,1999.
10. Gianani R. e Massara A.M. Outsourcing e sanità. Milano: FrancoAngeli Editore, 2000
11. Cochrane A.L. Efficienza ed efficacia. Riflessioni sui servizi sanitari. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.
12. Muir Gray J.A. L'assistenza sanitaria basata sulle prove. Torino: Centro Scientifico Editore, 1999.

CHIRURGIA DELLA GRANDE OBESITÀ E PATIENT SATISFACTION: UNO STUDIO CONDOTTO PRESSO IL CENTRO INTERDIPARTIMENTALE PER IL TRATTAMENTO DELLA GRANDE OBESITÀ

Anna Coluccia[1], Leonardo Di Cosmo[2], Fabio Ferretti[3], Giuseppe Vuolo[4], Francesca Lorini[5]

RIASSUNTO

Lo studio sulla qualità percepita dei servizi sanitari presentato in questo lavoro riguarda i pazienti sottoposti a trattamento chirurgico per ridurre l'obesità. Uno specifico questionario, costituito da 37 quesiti, è stato somministrato durante la fase di follow-up a 31 pazienti. Lo scopo dello studio è di valutare la soddisfazione degli utenti in relazione ai diversi aspetti del servizio. Gli aspetti analizzati riguardano l'accoglienza, le relazioni con il personale, il comfort della struttura e le dimissioni

PAROLE CHIAVE
chirurgia della grande obesità, soddisfazione dell'utenza

ABSTRACT: Major obesity surgery and patients' satisfaction: a study conducted at the interdepartmental center for major obesity treatment.

The study about perceived quality of the healthcare services presented in this paper concern patients who have been submitted to surgical treatment in order to reduce the obesity. A specific questionnaire, based on 37 items, has been administered to 31 patients during the phase of follow-up. The aim of the study is to evaluate the customer satisfaction related to the different aspects of the service. The aspects analysed concern the arrival at the unit, the relations of the patient with the staff, the comfort of the structure and the discharge.

KEYWORDS
Obesity surgery, patient satisfaction

---

[1] Professore Associato - Direttore del Centro Interdipartimentale di Soddisfazione dell'Utenza e Qualità Percepita nei Servizi Sanitari - Università degli Studi di Siena

[2] Dirigente Medico U.O.S. Nutrizione Artificiale - Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - Policlinico S. Maria alle Scotte, Siena

[3] Professore a contratto in Statistica per la ricerca sperimentale e tecnologica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Siena - Vice-Direttore del Centro Interdipartimentale di Soddisfazione dell'Utenza e Qualità Percepita nei Servizi Sanitari - Università degli Studi di Siena

[4] Dirigente Medico - U.O. Chirurgia 2 - Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - Policlinico S. Maria alle Scotte, Siena

[5] Professore a contratto in Statistica Sociale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Siena - Centro Interdipartimentale di Soddisfazione dell'Utenza e Qualità Percepita nei Servizi Sanitari - Università degli Studi di Siena

INTRODUZIONE

È ormai opinione comune che l'obesità non debba più essere considerata semplicemente un problema estetico quanto piuttosto una patologia grave inquadrabile come la più importante causa di morte prevenibile insieme al fumo. Per questo motivo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la indica come il maggiore problema di salute pubblica, che richiede interventi seri e urgenti da parte delle autorità sanitarie.

L'obesità è spesso definita semplicemente come un accumulo eccessivo di grasso nei tessuti adiposi del corpo che comporta rischi per la salute [1]. La causa di fondo è un'eccedenza energetica che determina un aumento di peso; in altre parole le calorie introdotte sono superiori alle calorie bruciate.

Nei paesi industrializzati la percentuale di persone in soprappeso è in costante crescita e questo costituisce un problema, oltre che individuale, soprattutto sanitario. L'obesità vera e propria è, infatti, un importante fattore di rischio per molte malattie gravi (cardiache, respiratorie, dismetaboliche-diabete) o invalidanti (artrosi del ginocchio, artrosi all'anca), tanto che negli Stati Uniti, dove esiste la percentuale maggiore di adulti obesi, si stima che circa il 15% delle morti sia dovuto a cause in qualche modo collegabili all'obesità [2]. Complessivamente si calcola che, a seconda della gravità della condizione, l'aspettativa di vita della persona obesa può ridursi fino alla metà rispetto a quella delle persone normopese. È stato stimato che, sebbene gli Stati Uniti detengano il primato, esiste una tendenza all'aumento di incidenza di obesità in Europa ed anche in Italia, dove le persone in soprappeso o obese oscillano tra il 40% e il 46% della popolazione.

La forma più comune di trattamento per l'obesità è la dieta, che tuttavia ha raramente successo a lungo termine, specialmente se la persona è affetta da obesità patologica. Approssimativamente, infatti, la dieta risolve il problema nel 3-5% dei casi.

Il bisogno di gratificazione attraverso il cibo, lo stato d'ansia legato al desiderio di perdere peso in poco tempo (terapia d'urto), la depressione legata all'insuccesso potrebbero rappresentare le concause dello scarso adattamento a terapie dietetiche e farmacologiche e dell'istaurarsi della "weight cycling sindrome". Subentra quindi, uno stato psicologico di sfiducia nei confronti della terapia dietetica che demotiva il paziente a proseguire il programma nutrizionale proposto. Quando i ripetuti tentativi dietetico-farmacologici, nonostante il supporto psicologico, falliscono, diventa opportuno valutare (ma talvolta è il paziente stesso che lo richiede) l'approccio chirurgico.

La forma più efficace di terapia per l'obesità patologica è però attualmente costituita dalla chirurgia, riservata in genere a pazienti di età compresa tra 20 e 58 anni, che hanno precedentemente tentato di dimagrire con terapie dietetico-farmacologiche senza ottenere risultati. In media i pazienti sottoposti ad un intervento chirurgico perdono dal 50% all'80% dell'eccesso di peso nei primi 12-18 mesi. Gli interventi chirurgici aiutano anche a prevenire o a bloccare la progressione di tutte le patologie associate all'obesità.

Numerose sono le terapie chirurgiche praticabili tra cui la gastroplastica verticale, il by-pass biliointentestinale, il bendaggio gastrico regolabile ed il bypass gastrico [3] [4] [5]. Nel 1986 Lubomyr Kuzmak, un ucraino che vive nel New

Jersey, mise a punto il cosiddetto Bendaggio Gastrico Regolabile che doveva costituire un passo avanti rispetto alla gastroplastica.

Il bendaggio gastrico regolabile in silicone (adjustable silicone gastric banding o più semplicemente LAP-BAND) consiste nell'applicazione di un anello intorno allo stomaco a 3 cm dalla disgiunzione tra esofago e stomaco, creando una piccola tasca di 20 ml con un foro di scarico calibrabile. Tale sistema consiste in una protesi di silicone della circonferenza di 9,75-11 cm. e di altezza 1 cm., la cui superficie interna è gonfiabile con soluzione fisiologica. La parte gonfiabile è alimentata da un serbatoio collegato alla protesi mediante un tubicino. Risulta un intervento totalmente reversibile ed il passaggio del materiale alimentare può essere opportunamente regolato, in base alle necessità di ogni singolo paziente attraverso un piccolo serbatoio che viene posto sotto cute. Se il paziente non perde peso a sufficienza, il bendaggio può essere ristretto ambulatorialmente, mentre può essere allargato se la perdita di peso è eccessiva. L'intervento viene eseguito prevalentemente per via laparoscopica, ovvero con dei fori che vengono praticati nell'addome, attraverso i quali si esegue il posizionamento del bendaggio. Tale metodica comporta una rapida ripresa postoperatoria, una minore degenza (dai 3 ai 5 giorni) ed un ottimo risultato estetico. Con questo sistema il paziente si sentirà sazio e quindi avvertirà meno il bisogno di mangiare. La perdita di peso media riferita dopo un intervento di bendaggio raggiunge fino ai due terzi del peso in eccesso.

Al di là degli aspetti più strettamente clinici riguardanti l'obesità, il trattamento di tale patologia presenta particolari aspetti derivanti soprattutto dall'intenso coinvolgimento del paziente in tutte le fasi del processo di cura. Ciò comporta inevitabilmente un quadro di relazioni con il personale sanitario e con la struttura sanitaria non comune rispetto al panorama dei servizi assistenziali. Le problematiche che si pongono diventano più specifiche. Lo stesso recepimento del consenso informato, per esempio, diventa un momento informativo particolarmente intenso, visto il rischio intrinseco a questo genere di interventi; oppure, basti pensare alla molto più banale necessità di poter disporre, da parte dei pazienti, di letti particolarmente comodi e agevoli.

Come si può immaginare sono molti gli aspetti che rendono specifica questa realtà rispetto alla globalità dell'offerta di cura presente in un presidio ospedaliero. Ma questo alto grado di coinvolgimento del paziente nell'atto di cura necessita di una grossa capacità di ascolto e soprattutto necessita di strumenti che siano in grado di cogliere il punto di vista del degente sugli specifici aspetti del processo di cura di un paziente obeso.

Uno degli strumenti di partecipazione e di informazione ormai più diffusi in ambito sanitario è quello dell'utilizzo delle indagini di qualità percepita per raccogliere le opinioni del degente riguardanti la sua esperienza nella struttura sanitaria [6]. Se da un lato tali strumenti sono ormai maturi da un punto di vista scientifico e metodologico, dall'altro non si può fare a meno di notare che sono piuttosto rare le esperienze di misurazione della *patient satisfaction* in un ambito così specifico come quello del trattamento chirurgico della grande obesità.

Questa constatazione ha convinto ancora di più della necessità di sviluppare strumenti di ascolto specificamente studiati per questo genere di intervento sanita-

rio, senza prendere in considerazione altri strumenti generalistici [7] [8] [9] che, sebbene scientificamente validi, non avrebbero potuto cogliere gli aspetti più particolari dell'esperienza del paziente in relazione con questa tipologia di intervento.

In questo lavoro, dunque, presentiamo i risultati di una indagine conoscitiva svolta sui pazienti assistiti dall'equipe di Chirurgia Bariatrica del Centro di Studio Interdisciplinare per il Trattamento della Grande Obesità (C.I.G.O.). La ricerca realizzata ha innanzitutto lo scopo di offrire uno scenario conoscitivo della qualità percepita dagli utenti in relazione all'offerta sanitaria agli operatori del Centro di Chirurgia Bariatrica, ma lo scopo che il gruppo di Autori si pone è anche quello di studiare uno strumento specifico per l'analisi della *patient satisfaction* in un contesto così specifico come quello dei servizi sanitari dedicati al trattamento chirurgico della grande obesità.

Materiali e metodi

L'indagine è stata realizzata coinvolgendo tutti i pazienti sottoposti a trattamento chirurgico della grande obesità presso il C.I.G.O. nell'arco del biennio 2003-2004. È stato studiato e messo a punto un questionario somministrato ad ogni paziente durante la fase di follow-up successiva all'intervento. In totale nel periodo suddetto sono stati intervistati 31 pazienti.

Lo strumento d'indagine è composto da 37 quesiti riguardanti i vari aspetti del servizio ricevuto. Nello specifico le aree d'osservazione sono così rappresentate:

1. accoglienza al servizio;
2. rapporto instaurato con il personale medico;
3. rapporto instaurato con il personale infermieristico;
4. valutazione delle condizioni igieniche, del comfort, dei pasti e dell'organizzazione del reparto;
5. valutazione delle procedure di dimissione;
6. valutazione generale del percorso di cura.

Il questionario è stato formulato secondo la logica della scala di misurazione; tutti i quesiti, infatti, sono codificati in precise modalità di risposta e più specificamente la metrica utilizzata per rilevare il grado di *patient satisfaction* è strutturata su quattro livelli di valutazione, due positivi e due negativi.

Per la progettazione del questionario abbiamo cercato di seguire un nuovo approccio alla valutazione della soddisfazione dell'utenza, secondo la quale "…invece di chiedere ai pazienti di fornirci una valutazione sulla soddisfazione espressa in termini di punteggi, chiediamo ai pazienti se certi processi ed eventi sono accaduti o meno nel corso di uno specifico episodio di cura". Tale approccio è stato sviluppato da un gruppo di ricercatori inglesi del Picker Institute [10], allo scopo di rendere le valutazioni il più possibile oggettivabili, svincolandole dalla richiesta di attribuire giudizi che in termini di punteggio possono anche non rappresentare l'esperienza vissuta, al contrario del verificarsi di un fatto o di un evento, rispetto al quale la dichiarazione del paziente sarà molto probabilmente più sincera.

Sulla base di questi presupposti, nella formulazione delle domande e delle relative codifiche di risposta si è fatta particolare attenzione ad individuare quegli aspetti che fossero facilmente rintracciabili nell'esperienza dei pazienti, evitando il più possibile di far giudicare la prestazione da un punto di vista meramente organizzativo.

Oltre alla scala di quesiti appena descritti, il questionario contiene anche alcune informazioni riguardanti le caratteristiche personali del soggetto (sesso, età, provenienza, titolo di studio, etcc.), oltre ad alcune indicazioni di tipo clinico inerenti la data dell'intervento ed il peso al momento dell'intervista.

Risultati

Rispetto al numero complessivo di pazienti intervistati, la maggioranza dei soggetti si colloca nella classe di età 31-45 anni (61,9%), mentre la classe superiore (46-65 anni) è rappresentata dal 33,3% dei casi. Prevalgono i soggetti di sesso femminile; infatti solo il 27,3% degli interventi è stato realizzato su pazienti di sesso maschile. Per quanto riguarda il titolo di studio, il 45,5% ha una scolarità che non supera la scuola dell'obbligo, mentre i diplomati rappresentano il 40,9% ed i laureati il 13,6%.

Date le caratteristiche di alta specialità degli interventi realizzati dal C.I.G.O., il bacino di utenza del presidio ospedaliero risulta essere molto ampio. I soggetti provenienti dal comprensorio di appartenenza del presidio ospedaliero rappresentano una minoranza (solo il 13,6%), mentre si evidenziano forti capacità attrattive sia nei confronti dei pazienti toscani (che rappresentano il 45,5% degli intervistati), che nei confronti delle utenze extraregionali (40,9%).

Come abbiamo già detto in precedenza, i dati raccolti nel presente lavoro si riferiscono a degenti che si sono sottoposti ad un intervento di chirurgia bariatrica negli anni 2003 e 2004. Al momento della rilevazione, la distribuzione per peso degli intervistati registra la maggior parte dei soggetti (il 45%) nella classe di peso inferiore a 100 Kg, mentre il 20% dei casi si colloca tra 100 Kg e 129 Kg, ed infine il 35% dei soggetti presenta un peso superiore a 129 Kg.

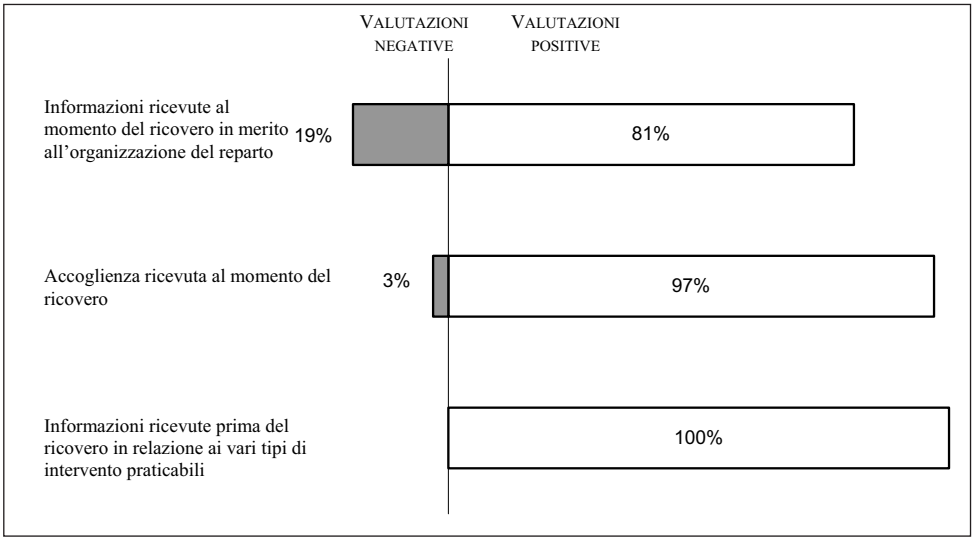
L'analisi generale dei risultati dell'indagine è stata realizzata partendo dalle aree d'osservazione sulle quali è stato strutturato il questionario. Il commento dei risultati seguirà appunto la classificazione dei quesiti in queste quattro aree e, almeno in questa prima fase di lettura dei dati, gli strumenti di analisi utilizzati sono esclusivamente di tipo descrittivo. Ai fini di una più immediata lettura delle analisi, abbiamo dicotomizzato la scala a quattro livelli utilizzata per misurare il grado di soddisfazione, indicando per ogni domanda la percentuale di soggetti che hanno espresso valutazioni positive, contro la percentuale di soggetti che invece hanno valutato negativamente gli aspetti proposti nelle domande.

Il momento dell'accesso ai servizi offerti dal C.I.G.O. è stato valutato mediante tre quesiti riguardanti le informazioni sulla situazione clinica ed i vari tipi di intervento praticabili riguardanti l'organizzazione del reparto ed infine lo stato d'animo del paziente al momento del ricovero.

Come si può osservare, i risultati non evidenziano criticità per quanto riguarda le informazioni ricevute prima del ricovero in relazione ai vari tipi di intervento praticabili (100% dei giudizi positivi) e all'accoglienza ricevuta al momento del ricovero (97% dei giudizi positivi).

Una maggiore criticità, invece, è rilevabile per quanto concerne le informazioni ricevute al momento del ricovero in merito all'organizzazione del reparto. Per quanto la percentuale di insoddisfazione non sia elevata (è stata riscontrata una percentuale del 19% di pazienti che hanno espresso opinioni negative), in uno scenario di valutazioni complessivamente positive questo aspetto risulta essere uno dei maggiormente penalizzati dal punto di vista del paziente.

Graf. 1: valutazioni espresse dai degenti in merito alle fasi di accoglienza nel reparto.



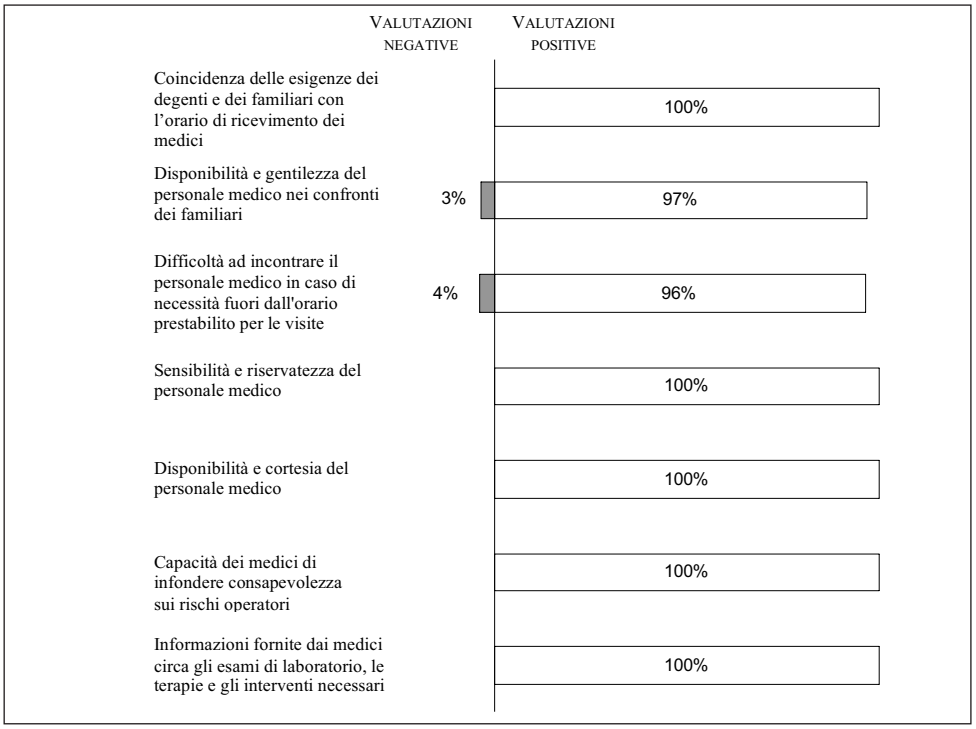
Il Grafico 2 analizza nello specifico il rapporto instaurato con il personale medico della struttura. I risultati ci mostrano una serie di giudizi estremamente positivi in termini di gradimento: aspetti quali l'orario di ricevimento dei medici, la cortesia, la disponibilità e la sensibilità dei medici nei confronti dei pazienti hanno ricevuto valutazioni esclusivamente positive.

Quote molto marginali di insoddisfazione sono state riscontrate in merito alla disponibilità e gentilezza dei medici nei confronti dei familiari e alla possibilità di incontrare il personale medico fuori dall'orario di ricevimento, valutazioni negative rispettivamente riscontrabili nel 3% e 4% dei casi.

I dati appena illustrati se da un lato indicano le ottime prestazioni fornite dal C.I.G.O., sia in termini di orientamento all'utente che in termini di effettiva capacità di infondere al paziente quella necessaria consapevolezza così importante in questo genere di interventi, dall'altro lasciano intravedere l'attenzione verso una figura di riferimento determinante per il paziente: in questo caso il medico non è solo colui

che risolve il problema di salute, ma è anche il soggetto in grado di modificare l'immagine di un "sé esteriore", di un apparire non più accettato dal paziente.

Graf. 2: Valutazioni espresse dai degenti in merito alle prestazioni sanitarie ed al rapporto instaurato con il personale medico della struttura.



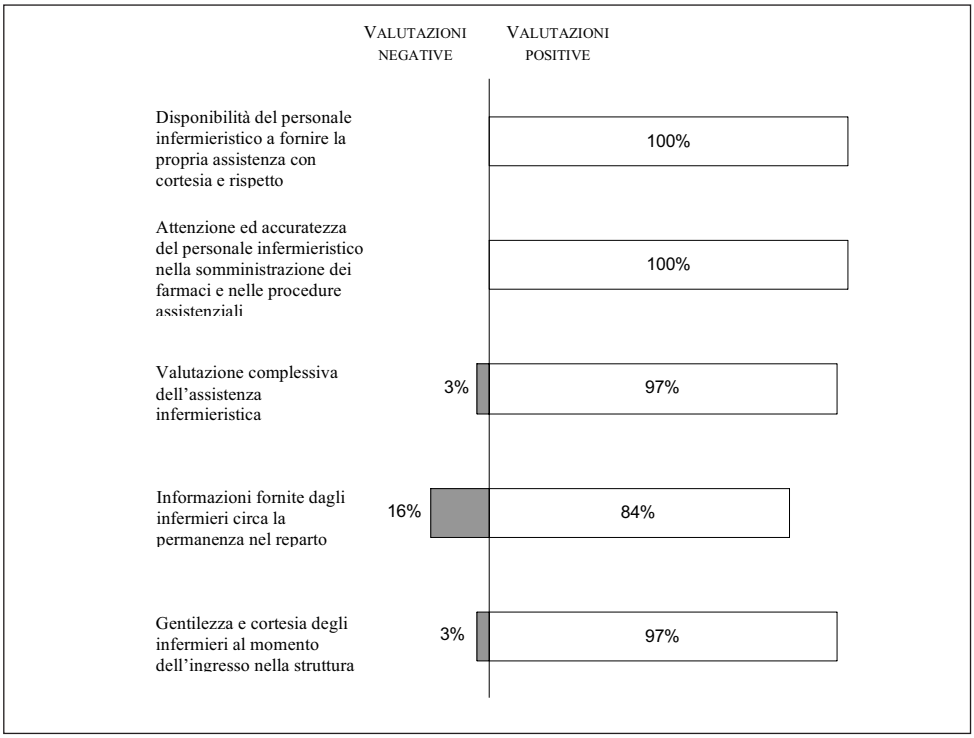
Nel Grafico 3 vengono presi in considerazione i giudizi dei pazienti in relazione alle prestazioni e al rapporto umano instaurato con il personale infermieristico della struttura.

Ancora una volta ci troviamo di fronte a valutazioni estremamente positive, con giudizi che premiano in particolar modo gli aspetti legati all'attività professionale degli infermieri: l'attenzione e l'accuratezza del personale infermieristico nella somministrazione dei farmaci e nelle procedure assistenziali è stata valutata positivamente dal 100% degli intervistati, così come la disponibilità del personale infermieristico a fornire la propria assistenza con cortesia e rispetto.

Quote di insoddisfazione molto marginale sono riscontrabili per la gentilezza e la cortesia degli infermieri al momento dell'ingresso nella struttura (con valutazioni negative espresse dal 4% dei pazienti).

Su uno degli aspetti tra quelli analizzati si è concentrata la maggiore insoddisfazione: si tratta delle informazioni fornite dagli infermieri circa la permanenza nel reparto. In questo caso la percentuale di valutazioni negative è pari al 16% dei casi.

Graf. 3: valutazioni espresse dai degenti in merito alle prestazioni sanitarie ed al rapporto instaurato con il personale infermieristico della struttura.



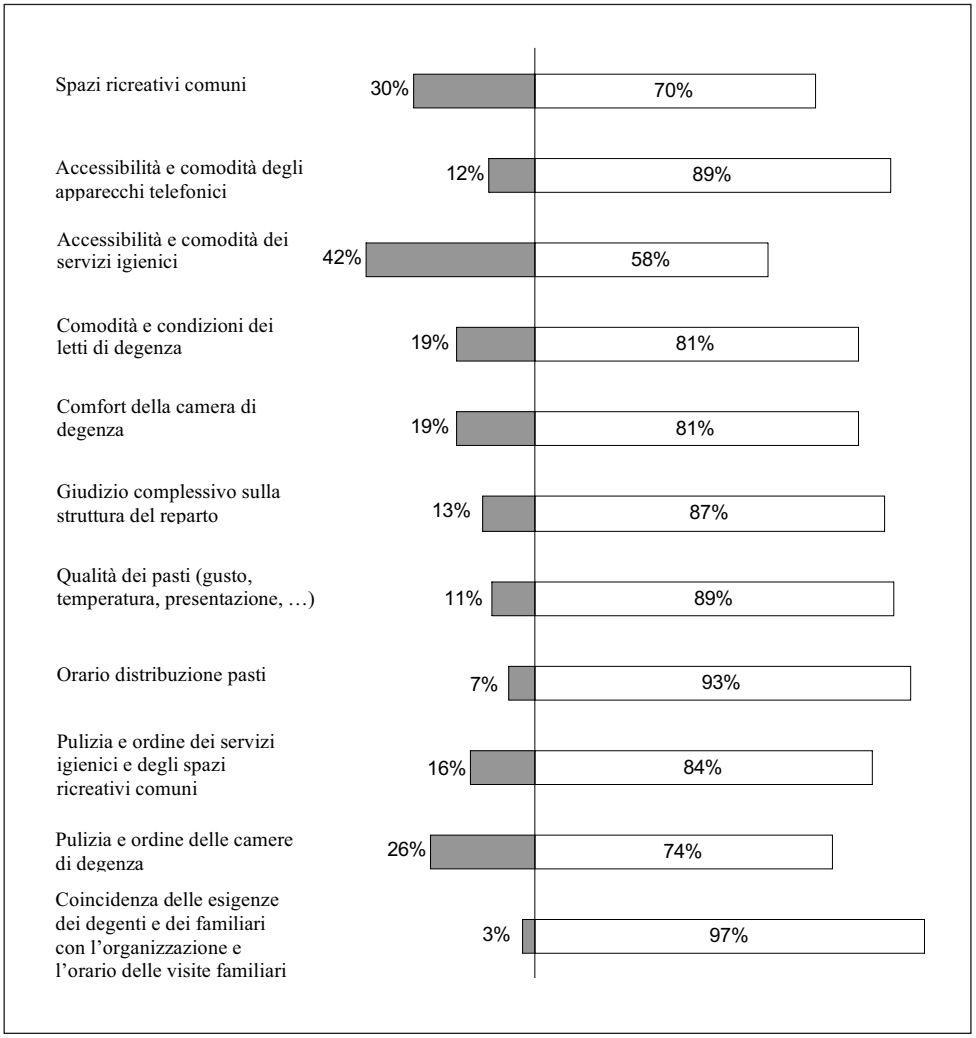
Il Grafico 4 analizza gli aspetti riguardanti le strutture, i servizi ed il comfort. Si tratta di un'area che solitamente nelle indagini di soddisfazione presenta il maggior numero di criticità secondo il punto di vista del paziente.

Nonostante la valutazione complessiva sia molto soddisfacente (l'87% dei pazienti esprime giudizi positivi), si registrano numerosi aspetti nei confronti dei quali i livelli di soddisfazione risultano sensibilmente inferiori a quelli evidenziati nei precedenti risultati. In particolare, l'accessibilità e comodità dei servizi igienici ha raccolto il 42% dei giudizi negativi complessivamente espressi.

Altri aspetti critici vengono indicati nell'adeguatezza degli spazi ricreativi comuni (il 30% degli intervistati indica valutazioni negative), la pulizia e l'ordine dei servizi igienici e degli spazi ricreativi comuni (26% di giudizi negativi), il comfort della camera di degenza, e la comodità e le condizioni dei letti di degenza (entrambi gli aspetti hanno ricevuto il 19% di valutazioni negative).

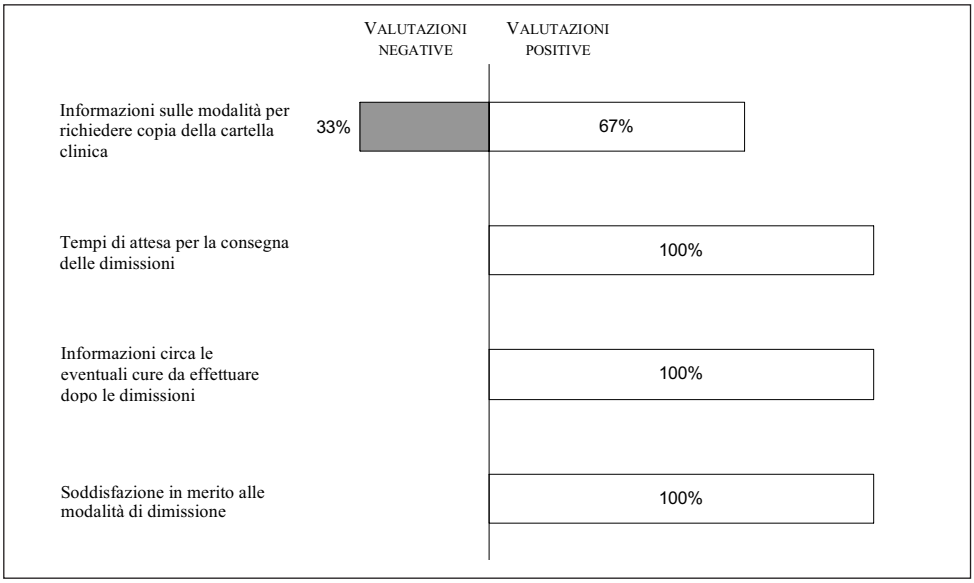
Altri aspetti quali la pulizia e l'ordine dei servizi igienici e degli spazi ricreativi comuni, la qualità dei pasti, l'accessibilità e comodità degli apparecchi telefonici, registrano quote di insoddisfazione inferiori alle precedenti (comprese tra l'11% ed il 16%), mentre ancora inferiori sono le valutazioni critiche espresse rispetto alla qualità del cibo e all'adeguatezza degli orari e dell'organizzazione delle visite rispetto alle necessità dei degenti e dei familiari.

Graf. 4: valutazioni espresse dai degenti in merito alle condizioni igieniche, al comfort della struttura ospedaliera, al vitto e all'organizzazione del reparto



Il Grafico 5 analizza il livello di soddisfazione dei degenti in merito alle procedure di dimissione dal reparto di ricovero. Le valutazioni sono assolutamente positive per quanto riguarda i tempi di consegna delle dimissioni, le relative modalità e le informazioni circa le eventuali cura da effettuare dopo le dimissioni. L'unico aspetto per il quale si registra una elevata percentuale di insoddisfatti riguarda uno specifico momento del processo di dimissione del paziente, ovvero le informazioni ricevute dal degente in relazione alle modalità per richiedere copia della cartella clinica (la percentuale di valutazioni negative corrisponde al 33%.

Graf. 5: valutazioni espresse dai degenti in merito alle procedure di dimissione



L'ultima parte del questionario è dedicato, infine, ad una valutazione generale sulle prestazioni sanitarie ricevute, ai risultati ottenuti e all'iter terapeutico da seguire dopo l'intervento. La totalità degli intervistati si dichiara pienamente soddisfatta della prestazione sanitaria, sia per quanto riguarda i trattamenti ricevuti, sia per i risultati ottenuti. L'équipe di chirurgia bariatrica è valutata positivamente da tutti i degenti, i quali dichiarano di sentirsi pienamente supportati e protetti dal gruppo di operatori del C.I.G.O., anche per quanto riguarda l'iter terapeutico da seguire.

Un livello così alto di apprezzamento del servizio si traduce in un elevato livello di fidelizzazione dei pazienti, i quali, nel caso di eventuali future prestazioni, sarebbero nuovamente disposti a scegliere tale struttura nel 90% dei casi.

UN APPROFONDIMENTO DEI RISULTATI MEDIANTE L'ANALISI DELLE CORRISPONDENZE MULTIPLE

Questa parte del lavoro è dedicata ad un approfondimento dello studio, finalizzato ad evidenziare le relazioni tra le valutazioni espresse e le caratteristiche personali dei pazienti intervistati. A tal fine, abbiamo utilizzato una tecnica di analisi statistica che opera su variabili di tipo categoriale: l'analisi delle corrispondenze multiple.

L'analisi delle corrispondenze multiple (o analisi di omogeneità) è una tecnica di analisi multivariata che permette di rappresentare l'associazione fra due o più variabili per mezzo di grafici di posizionamento delle rispettive modalità con cui le variabili si presentano. Come detto in precedenza, tale tecnica opera su variabili di tipo categoriale e nel nostro caso, sia le variabili riguardanti le caratteristiche

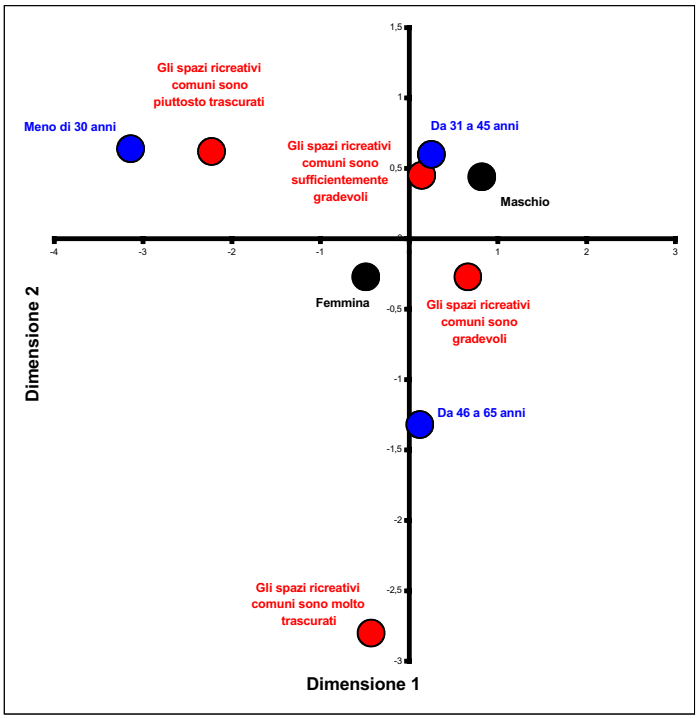
dei soggetti che gli items del questionario, appartengono a questa classificazione. Nello specifico gli items della scala su cui è costruito il questionario sono variabili di tipo ordinale.

L'analisi delle corrispondenze multiple quantifica le grandezze categoriali (siano queste nominali o ordinali) mediante l'assegnazione di valori numerici ai casi (oggetti) e alle categorie delle variabili, permettendo così di descrivere le relazioni esistenti tra due o più variabili nominali in uno spazio dimensionale ridotto che include le categorie delle variabili e i relativi oggetti.

La rappresentazione dei risultati avviene mediante una raffigurazione grafica della posizione delle categorie su un piano cartesiano, consentendo così di individuare situazioni di omogeneità (ovvero di corrispondenza) tra le categorie delle variabili utilizzate per l'analisi. Tale omogeneità è espressa dalla distanza/vicinanza delle categorie posizionate sul piano.

Il seguente Grafico 6 rappresenta un esempio di output di un'analisi delle corrispondenze multiple realizzata su tre variabili: sesso, età e opinione espressa in relazione alla qualità degli spazi ricreativi comuni presenti in reparto.

Graf. 6: esempio di output dell'analisi delle corrispondenze multiple eseguita su tre variabili: età, sesso e opinione sugli spazi ricreativi comuni presenti in reparto.



Le elaborazioni che sono state realizzate attraverso la tecnica dell'analisi delle corrispondenze multiple hanno preso in considerazione soprattutto quegli aspetti

del servizio nei confronti dei quali i degenti intervistati hanno espresso la maggiore insoddisfazione. Anziché riportare i risultati grafici delle analisi che sono state effettuate, abbiamo ritenuto più opportuno fornire di seguito una sintesi commentata dei principali risultati emersi.

Il momento dell'accoglienza sembra essere vissuto con sentimenti di maggiore disagio da coloro che posseggono un titolo di studio più elevato; i laureati, infatti indicano con maggiore frequenza di essersi sentiti trascurati al momento dell'accoglienza in reparto, a differenza di coloro che posseggono un titolo di studio basso (licenza elementare/media) e che risiedono in Provincia di Siena o in un'altra provincia toscana che dichiarano di aver ricevuto un'ottima accoglienza da parte del personale della struttura e di essersi sentiti subito a loro agio.

Sempre in merito all'accoglienza, sono nuovamente i soggetti con titolo di studio superiore (laureati) a denunciare una carenza nelle informazioni ricevute al momento del ricovero in merito all'organizzazione del reparto. Meno critici coloro che posseggono una scolarizzazione bassa (licenza elementare/diploma), che al contrario si dichiarano sufficientemente soddisfatti dell'informazione ricevuta anche se avrebbero desiderato averne di più.

Per quanto riguarda il rapporto umano instaurato con il personale infermieristico, sono i pazienti più giovani ad esprimere, in questo caso, maggiori perplessità in merito sia alla gentilezza che alla cortesia del personale infermieristico, che alla disponibilità a fornire informazioni riguardanti la permanenza nel reparto.

Ancora i soggetti appartenenti alla classe d'età più bassa risultano essere i più critici ed insoddisfatti dell'igiene delle camere e dei servizi della struttura, mentre all'aumentare dell'età cresce il livello di soddisfazione riguardante questi aspetti.

Le camere di degenza e le condizioni della struttura risultano essere completamente soddisfacenti solo per la fascia di utenti con età superiore ai 46 anni, soddisfazione che tende a decrescere nelle classi inferiori d'età, fino alla percezione di trascuratezza per i soggetti con meno di 30 anni, per i quali risulta scarsamente soddisfacente anche la qualità degli spazi comuni presenti all'interno del reparto.

Come si può osservare dalle brevi sintesi commentate scaturite dalle analisi delle corrispondenze multiple, le caratteristiche personali che maggiormente discriminano i giudizi dei pazienti sono rappresentate dall'età dei soggetti e dal titolo di studio. Dalle analisi, infatti non è emerso un significativo potere discriminante della variabile sesso.

Conclusioni

Il lavoro presentato in questo articolo non intende presentare i risultati di una delle molteplici indagini di qualità percepita in ambito sanitario che ormai è possibile rintracciare in letteratura, quanto piuttosto un'analisi effettuata su un settore molto specialistico da meritare un'attenzione del tutto particolare.

Se da un lato, infatti, è sempre consigliabile utilizzare, anche per la rilevazione della qualità percepita, strumenti standardizzati e validati scientificamente, dall'altro non si può certamente attendere da tali strumenti un livello di approfondi-

mento e di personalizzazione tale da consentire l'analisi delle performance di servizi sanitari di alta specializzazione o riguardanti aspetti molto specifici nell'ambito dei servizi di cura della salute.

Per questi motivi abbiamo ritenuto necessario strutturare un'indagine di *customer satisfaction* riguardante i pazienti del C.I.G.O., che rispondesse al requisito di una forte personalizzazione degli strumenti di rilevazione, dai quali ricavare informazioni strettamente pertinenti alla realtà oggetto di studio.

In questo lavoro abbiamo presentato i risultati della prima indagine svolta mediante il questionario messo a punto, senza la pretesa di offrire, in questa fase dello studio, precise informazioni circa le caratteristiche psicometriche di attendibilità e validità dello strumento.

I risultati dell'indagine mettono in luce tre aspetti sui quali vale la pena spendere qualche riflessione. Innanzi tutto, il ruolo giocato dal personale, soprattutto medico, nell'erogazione di trattamenti sanitari come quelli offerti dal Centro per il Trattamento della Grande Obesità. È evidente il riconoscimento della professionalità e della capacità dei medici e degli infermieri, sia in relazione agli aspetti tecnici dell'attività svolta che agli aspetti più strettamente relazionali. Due sole sono le criticità emerse in questa parte di risultati ed entrambe riguardano le informazioni (quelle ricevute sull'organizzazione e sulla permanenza in reparto).

In secondo luogo, è da osservare come la parte dell'indagine riguardante il comfort e le strutture del reparto sia quella in cui si concentrano il maggior numero di aspetti valutati negativamente, caratteristica che comunque è comune a gran parte delle indagini di soddisfazione riguardanti i servizi ospedaliere. La pulizia dell'ambiente, l'accessibilità dei servizi, il comfort della camera, l'adeguatezza degli spazi ricreativi comuni sono solo alcuni degli aspetti che secondo il giudizio dei pazienti intervistati non corrispondono alle aspettative in termini di qualità, ma sono anche quelli sui quali, da un punto di vista di gestione del servizio in un'ottica di qualità, è più difficile intervenire da parte dei responsabili della struttura, se non in un contesto più ampio di politiche di miglioramento messe in atto dalla Direzione dell'Azienda Ospedaliera in cui opera il C.I.G.O..

Infine, ultimo elemento di riflessione, è il ruolo giocato dalle caratteristiche personali dei soggetti sui livelli di gradimento espressi. L'analisi delle corrispondenze multiple ha messo in luce come soprattutto l'età e, in secondo ordine, il titolo di studio siano da considerare variabili con un importante potere discriminatorio nella lettura delle valutazioni espresse dai pazienti. In tutte le analisi si conferma come i soggetti giovani siano quelli più critici nei confronti dei vari aspetti del servizio, atteggiamento riscontrabile anche in presenza di elevati gradi di scolarità. Il sesso, invece, non sembra avere alcun potere discriminante.

BIBLIOGRAFIA

1. Montorsi W. Presentazione del tema. Ann. Ital. Chir. 1990, LXI (4), 331-335.
2. Vita PM, Restelli A, Caspani P et al. L'esperienza mondiale attuale nel trattamento chirurgico della grande obesità. Min. Chir. 1992, 47, 77-88.

3. Payne J, De Wind L. Surgical treatment of obesity. Ann. J. surg. 1969,118, 141-147.
4. Kirby RM, Ismail T, Crowson M, et al. Gastric banding in the treatment for morbid obesity. Br J Surg 1989, 76, 490-492.
5. Belachew M, Legrand MJ, Defechereux TH et al. Laparoscopic adjustable silicone gastric banding in the treatment of morbid obesity. Sug Endosc 1994, 8, 1354-1356.
6. Cavalli S, Gentili A, Hanau C. La qualità percepita dagli utenti. Salute e Territorio 2005, 150, 134-137.
7. Coluccia A, Ferretti F, Lorini F, Calamai M. Il questionario di qualità percepita (QQP). Mondo Sanitario, 2002, 10, 14-19.
8. Hayes BE. Misurare la soddisfazione dei clienti. Milano: Franco Angeli, 2000.
9. Rhode P. Pazienti e servizio sanitario pubblico: l'importanza della percezione del paziente. QA 2005, 16 (3), 156-161.
10. www.pickereurope.org

GLI ASPETTI SOCIOBIOLOGICI DELLO STUPRO

Fernando Liggio*

RIASSUNTO

Dopo aver puntualizzato il concetto di *"stupro"* è esposta, in ogni particolare, l'ipotesi patogenetica più accreditata che considera lo *"stupro"* come un'*"anomalia biosociale multifattoriale"*, precisando, infine, che gli *"stupri di guerra"* e gli *"stupri etnici"* non sono rapportabili alla predetta ipotesi patogenetica.

PAROLE CHIAVE
Stupro, anomalia biosociale multifattoriale

ABSTRACT: The sociobiological aspects of "rape"

After pointing out the concept of *"rape"* the most accredited pathogenetic hypothesis about the *"rape"* here is explained in details. This hypothesis considers *"rape"* as a *"multifactorial biosocial anomaly"* and does not involve ay all the *"ethnic rapes"* and *"rapes occurred during wars"*.

KEYWORDS
Rape, multifactorial sociobiologicall anomaly

* Primario Psichiatra Emerito, docente di *"Psicopatologia della sessualità"* della Scuola Medica Ospedaliera di Roma e della Regione Lazio, Presidente Onorario dell'Associazione Italiana per la Ricerca in Sessuologia (AIRS). Sito internet: www.fernandoliggio.org

INTRODUZIONE

Con il termine *"stupro"*, che deriva dal verbo latino *"stupro-as-avi-atum-are"* (*"violare"*), si suole indicare la costrizione forzata di una persona non consenziente a dover subire un rapporto carnale. Tale azione delittuosa, individuale o di gruppo, può essere perpetrata di sorpresa in una strada buia e deserta, ma anche con l'intrusione in una casa in cui la vittima predeterminata viva in solitudine. Parimenti, è considerato *"stupro"* il congiungimento carnale con soggetto incapace di intendere e volere, nonché quando la resistenza della vittima è vinta con l'uso di alcolici, droghe o narcotici (1). In epoca preistorica lo *"stupro"* costituiva un'efficace strategia per sparpagliare diffusamente i propri geni (Thornhill e Palmer, 2000). Pertanto, non si può escludere che lo *"stupro"*, il quale aveva funzione adattiva per gli ominidi del pleistocene, attualmente costituisca, un atavismo, ossia il residuo o la ricomparsa di un carattere biologico che, sebbene utile nel favorire la selezione naturale dei lontanissimi antenati, attualmente deve essere considerato come indice di ipoevoluzione o di regressione, poiché l'equivalente evolutivo attuale è costituito dall'infedeltà al partner abituale. Sarebbe interessante poter accertare se la maggior parte degli infedeli esercitino lo *"stupro"* qualora non riescano ad ottenere rapporti sessuali condiscendenti e se gli individui nati da rapporti extraconiugali consenzienti e quelli nati dall'esito dello *"stupro"* siano selettivamente più sani e più robusti. Ma, la maggior parte degli *"stupri"* non dà esito a gravidanza soprattutto perché gli stupratori moderni di solito non riescono a mantenere l'erezione fino all'eiaculazione. Quindi, difficilmente gli stupratori attuali riescono a propagare i propri geni altamente selettivi, anche quando la loro preferenza è rivolta a donne giovani, formose e riproduttive. Lo *"stupro"* pur configurandosi in apparenza come un atto di violenza sessuale, costituisce essenzialmente un'espressione di rabbia che scaturisce da un intollerabile sentimento d'inefficienza e di mancanza di potere sulla donna.

---

(1) Dal Codice Penale italiano si rileva: «Chiunque con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni […]: abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto; traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona» (Art. 609 bis); «La pena della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'artcolo 609 bis sono commessi: nei confronti di persona che non ha compiuti gli anni quattordici; con l'uso delle armi da fuoco o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi alla salute della persona offesa; da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio; su persona comunque sottoposta a limitazione della libertà personale; nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente […]» (Art. 609 ter); «[…]. Soggiace alla pena stabilita dall'Art. 609 bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persona che al momento del fatto non ha compiuto gli anni quattordici […]» (Art. 609 quater); «[…]. Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo è punito con la reclusione da sei a dodici anni […]» (Art. 609 octies); […]. Dai relativi dati ISTAT del 2004 si rileva che in Italia ogni giorno, in media, 7 donne denunziano alle autorità di essere state stuprate e che da ricerche specifiche risulta che soltanto l'8% delle donne stuprate effettuano la denunzia, mentre il restante 92% di esse desistono ad esporre denunzia per vari motivi, ma soprattutto per vergogna o per coprire lo stupratore, specialmente se questi appartiene al contesto familiare. In particolare, dalla predetta ricerca ISTAT risulta che solo 8,6% di *"stupri"* è commesso in luoghi pubblici, mentre il 31% nella propria abitazione, il 24 % in automobile ed il 10% nell'abitazione dello stupratore. Nel 23,8% dei casi lo stupratore è un amico, 20% dei casi è il marito o il convivente, nel 17% dei casi è il fidanzato, nel 12,3% è un conoscente ed appena il 3,5% dei casi è del tutto sconosciuto alla vittima.

ETIOPATPGENESI

L'ipotesi patogenetica più accreditata considera lo *"stupro"* come un'*"anomalia biosociale multifattoriale"* ed è essenzialmente espressa dalle seguenti quattro teorie:

I) La teoria convenzionalmente denominata *"femminista"* (Brownmiller, 1975; Clark e Lewis, 1977; Dworkin, 1981; Schwendinger e Schwendinger, 1983; ecc.), secondo la quale l'aggressione sessuale non è motivata da un impellente desiderio erotico, ma da un desiderio di dominare, controllare, umiliare e, quindi, mantenere la donna in uno stato di asservimento politico ed economico nei confronti dell'uomo. Pertanto, una riduzione delle disparità economiche e politiche dovrebbe far diminuire la tendenza allo *"stupro"* anche se non si può escludere che, inizialmente, gli uomini potrebbero aumentare le aggressioni sessuali verso le donne per ritorsione e per rinsaldare il loro predominio.

II) La teoria convenzionalmente denominata *"dell'apprendimento sociale"* (Malamuth, 1981, 1983, 1984, ecc.; Check e Malamuth, 1985; Zillmann, 1984; Linz, 1985; ecc.), secondo la quale l'aggressione sessuale deve essere interpretata, non dissimilmente dalla precedente teoria, come un prodotto di una tradizione repressiva nei confronti della donna e non come reazione ad un'impellente desiderio erotico, nel cui determinismo avrebbero scarsa influenza i fattori biologici; tuttavia, tale teoria si differenzia dalla precedente perché dà importanza all'*"apprendimento per imitazione"* (Bandura, 1978) (2) anziché ai fattori politici ed economici; secondo questa teoria, in ultima analisi, l'aggressione sessuale sarebbe una specifica forma di comportamento che gli uomini hanno gradualmente appreso, divenendo progressivamente desensibilizzati alle relative conseguenze dannose, associando la violenza al piacere sessuale e divenendo persuasi che la gratificazione sessuale si può ottenere rapidamente aggredendo le donne.

III) La teoria convenzionalmente denominata *"evoluzionista"* (Symons, 1979; Shields e Shields, 1983; Thornhill e Thornhill, 1983, 1987; Marshall, 1984); Thiessen, 1986; Ellis, 1989; ecc.), secondo la quale l'aggressione sessuale è motivata dal fatto che un uomo ha tanto più probabilità di riprodursi quante più donne riesce a fecondare, in contrasto al fatto che una donna per istinto si lascia fecondare spontaneamente, senza opporre alcuna resistenza, solo se intravede nell'uomo determinate capacità che le lasciano desumere in lui la potenzialità di poterla assistere nella cura della prole, per cui la selezione naturale avrebbe favorito i suddetti due diversi comportamenti, incentivando il maschio al ricorso della forza fisica per assicurarsi l'accoppiamento in caso di carenza delle qualità che lo renderebbero adeguato a soddisfare i criteri di selezione della femmina. Sebbene, la frequenza di dette predisposizioni gene-

(2) Tale Autore, basandosi sulla constatazione sperimentale che l'esposizione ripetitiva a stimolazioni piacevoli ne accrescono il gradimento, deduce che il comportamento sessuale aggressivo possa essere appreso per imitazione ed incentivato con l'esposizione alla pornografia ed a quanto altro, nell'ambito della cultura, possa promuovere atteggiamenti maschilisti, nei quali aggressività, predominanza e sessualità si fondono.

tiche varia nell'ambito della specie, tuttavia, come attesta Ellis (1989), le vittime di aggressione sessuale risultano, generalmente, essere in età fertile e le probabilità di riprodursi con l'uso della forza risultano pressoché pari alle probabilità di riprodursi offerte da una congiunzione sessuale consenziente.

IV) La teoria, definibile *"delle variabili di rischio"*, secondo la quale nei soggetti adusi ad aggressioni sessuali spesso si riscontra l'incidenza di vari fattori di rischio, sia d'ordine motivazionale che compulsionale, la cui interazione con fattori situazionali di opportunità determina la messa in atto dell'aggressione sessuale. Le predette variabili di rischio si riscontano specialmente nei soggetti con la costituzione definita di *"mascolinità ostile"* (Malamuth e Coll., 1991) (3) e nelle situazioni di promiscuità sessuale come dimostrano gli alti punteggi riportati dagli stupratori sottoposti a tests rivelanti sia la costituzione di *"mascolinità ostile"* che lo stato di promiscuità sessuale. In sintesi, questa teoria si basa sui seguenti quattro punti fondamentali: 1) a rendere attuabile l'aggressione sessuale non è la semplice somma dei vari fattori di rischio, bensì l'alterazione risultante dalla loro combinazione; 2) la sussistenza di una certa specificità delle variabili a rischio attive, nel senso che quelle che determinano l'aggressione sessuale di un uomo contro un altro uomo sono diverse da quelle che determinano l'aggressione sessuale di un uomo nei confronti di una donna; 3) le variabili di rischio che contribuiscono a determinare un comportamento di aggressione sessuale possono esprimersi in comportamenti aggressivi non palesemente sessuali per cui l'aggressione sessuale concreta può essere vista come espressione di un modo generico di gestire le relazioni conflittuali con le donne; 4) l'importanza del ruolo dell'ambiente sociale - individuato da Brofenbrenner (1979) nelle precoci esperienze familiari durante l'infanzia, nel tipo di gruppo dei coetanei frequentati, nei valori culturali, nei sistemi di credenze religiose, ecc. - come variabile predittiva del rischio

---

(3) La caratteristica costituzione di *"mascolinità ostile"*, individuata da Malamuth e Coll. (1991) tramite la Negative Masculinity Scale di Spence e Coll. (1979), è risultata notevolmente correlata con le componenti non adattive del Narcisismo e con elementi di specifica ostilità verso le donne. Nel contempo, da Buss e Chiodo (1991) la costituzione di *"mascolinità ostile"*è stata inquadrata come una particolare sindrome di personalità disturbata consistente in comportamenti caratterizzati dal mostrare in modo aggressivo e dominante i propri impulsi egocentrici senza tenere conto delle conseguenze dannose per gli altri. Gli individui affetti da questa sindrome lamentano di sentirsi rifiutati e feriti dalle donne (ingannati, traditi manipolati, sfruttati, ecc.) e, quindi, si mostrano pieni di rabbia verso di loro e mostrano eccitazione sessuale in risposta a scene di stupro (Yates e Coll., 1984; Barbaree, 1990). Le scarse relazioni che hanno con le donne sono dominate da notevoli contrasti e la loro sensazione di essere rifiutati dalle donne, con la conseguente rabbia, secondo i predetti autori potrebbe essere derivata dai tentativi frustrati di trovare un partner sessuale. Mentre, le persone che hanno fantasie sadiche, secondo Gabbard (1994), rievocherebbero scenari di abusi di cui sono stati vittime nell'infanzia ricavandone un senso di vendetta e di padronanza riguardo all'esperienza negativa subìta. La costituzione di *"mascolinità ostile"*, inoltre, al pari della costituzione *"narcisistica"* e della costituzione *"psicopatica"* in genere, è caratterizzata dalla mancanza di empatia. Nei soggetti con costituzione di *"mascolinità ostile"* si evidenzia la coesistenza di una *"personalità psicopatica"*, evidenziata tramite la scala "Pd" dell'MMPI e caratterizzata, in particolare, da disadattamento alla vita sociale, comportamento instabile con facile passaggio all'azione, egocentrismo abnorme, incapacità ad amare, mancanza di rimorso e di vergogna, vita sessuale impersonale con possibili perversità (Hinsie e Campbell, 1970). La vita sessuale impersonale costituisce uno degli indicatori dei fattori predittori di aggressione sessuale, quale lo stato di promiscuità sessuale che, di solito, è associato ad impulsività e ad ambiente familiare di tipo delinquenziale con fruizione abituale di pornografia.

che un uomo metta in pratica un atto di aggressione sessuale. L'ipotesi che considera lo *"stupro"* come un particolare anomalia biosociale multifattoriale, contemplata nelle suddette quattro teorie, si articola nei seguenti quattro punti fondamentali: 1) la condotta aggressiva di *"stupro"* deriverebbe dalla risultante di due pulsioni innate (cioè non apprese) consistenti nell'istinto sessuale e nell'istinto di possedimento, poiché gli animali, in genere, aggrediscono per appropriarsi sia della partner sessuale sia delle provviste alimentari (Phillips e Coll., 1969; Richard e Schulman, 1982; Sachser e Hendricks, 1982; Wilson e Daly, 1985; Albert e Coll. 1986, 1987; Lewin, 1987); 2) la selezione naturale avrebbe favorito nei maschi lo stabilirsi di un comportamento sessuale più forte e più decisivo ed avrebbe favorito quei maschi che, pur di riprodursi, hanno imparato ad usare anche tattiche in cui la partner sessuale viene forzata all'accoppiamento allorché non trovano femmine disposte ad accoppiarsi con loro in quanto appaiono sprovvisti delle risorse da esse desiderate; 3) la condotta aggressiva di *"stupro"* sarebbe dovuta ad una predisposizione innata ed a modalità appresa esperienzialmente non per imitazione, ma gradualmente attraverso rinforzi positivi in base ai risultati gratificanti, via via intensificati dal raggiungimento dello scopo; 4) la condotta aggressiva di *"stupro"* sarebbe facilitata da un'eccessiva impregnazione delle strutture cerebrali, devolute alla funzione sessuale, da parte degli ormoni androgeni, tale da sminuire la considerazione della sofferenza arrecabile alla vittima e delle conseguenze di punibilità; in tal senso potrebbero essere più a rischio di commettere aggressioni sessuali quei soggetti che sono stati esposti ad elevate dosi di testosterone durante il periodo perinatale e che non sono in grado di trovare partner sessuali consenzienti, anche perché incapaci a recepire i segnali emozionali inviatigli dalle donne (Lipton e Coll., 1987); inoltre, tali individui tendono ad essere eccitati sessualmente, in situazioni di laboratorio, sia da scene di aggressione sessuale che da scene di rapporti sessuali consenzienti (Murphy e Coll., 1985; Ellis, 1989). Infine, le tre teorie, basate sull'ipotesi che considera lo *"stupro"* come un particolare fenomeno biosociale multifattoriale, spiegano il fatto che alcune variabili demografiche sono significativamente correlate alla probabilità di commettere aggressioni sessuali, facendo riferimento al concetto evoluzionista del *continuum* che va dalla selezione, indicata con la sigla "R", identificata dalla coesistenza di rapido raggiungimento dell'età fertile, periodo di gestazione relativamente breve, prole numerosa e vita più corta, alla selezione, indicata con la sigla "K", identificata dalla coesistenza di lento raggiungimento dell'età fertile, periodo di gestazione relativamente lungo, prole minima e vita più lunga. Le caratteristiche rispondenti alla selezione "R" si riscontrano in tutti i mammiferi, esseri umani compresi, con maggiore incidenza nei maschi. Gli individui rientranti in questa categoria di selezione sono più inclini ad aggredire i propri simili (aggressività intraspecifica) perché non sono abituati né a prendersi cura della numerosa prole né a compiere azioni altruistiche. Quindi, in questi soggetti, giovani e privi di quelle risorse che consentono di accudire la prole, si struttura la tattica di forzare o di ingannare la partner sessuale. Queste caratteristiche, concomitanti ad uno sta-

tus sociale di basso livello, sono proprio quelle che sono state riscontrate nella maggior parte degli *"stupratori"*.

CARATTERISTICHE TIPOLOGICHE DEGLI *"STUPRATORI"*

Per poter stabilire una classificazione tipologica degli *"stupratori"* devono essere prese in considerazione le seguenti quattro categorie di fattori: 1) le modalità specifiche, determinate dalla selezione naturale della specie umana, che mediano l'interazione tra stimoli ambientali e risposte comportamentali individuali; 2) le differenze dei meccanismi neuropsicologici che connettono aggressività e sessualità nei rapporti tra i sessi; 3) le differenze culturali e subculturali riguardanti le ideologie riguardanti la sessualità; 4) le variabilità individuali genetiche, ormonali, esperienziali, ecc. dei maschi (Hall e Coll., 1993). Tuttavia, Knight e Prentki (1987), in considerazione del fatto che la multifattorialità del fenomeno dell'aggressione sessuale implica anche un'eterogeneità nei tipi di aggressori sessuali (ognuno con diverse motivazioni comportamenti e con diverse modalità di eccitamento sessuale), hanno raccolto per anni, presso il Massachussetts Treatment Center (MTC), dati, prima clinici e poi sperimentali, che hanno consentito di sviluppare una *"tipologia degli stupratori"* (tipologia MTC) derivata dalla classificazione in base alla natura ed alla motivazione del comportamento aggressivo, al ruolo dell'eccitazione e della motivazione sessuale. D'altra parte, in studi di confronto effettuati su *"stupratori"* sottoposti alla visione di scene di *"stupro"* è stata evidenziato un comune effetto di eccitazione sessuale, sebbene i diversi tipi della classificazione MTC presentassero diversi modelli di eccitazione sessuale in risposta alle scene di *"stupro"*. In particolare, la tipologia MTC distingue gli *"stupratori"* in base alla presenza di tratti criminali (valutati tramite lo Psychopathy Checklist Revised, messo a punto da Hare nel 1991), all'entità della disinibizione, che ha reso possibile la messa in atto del comportamento di aggressione sessuale, ed alla presenza di sadismo. La tipologia MTC, in complesso, distingue ben sei tipi di stupratori come segue: 1) il tipo *"criminale opportunista"* caratterizzato da scarso controllo degli impulsi, storia di comportamenti criminali, scarsa empatia, uso strumentale impulsivo della violenza per cui l'aggressione sessuale è messa in atto, occasionalmente, d'impeto (4) e senza alcuna premeditazione, tale tipo di stupratore agisce sempre in conseguenza delle casuali circostanziate opportunità come, ad esempio, in occasione di furto, rapina ecc.; 2) il tipo *"non criminale-sessuale non sadico"* caratterizzato da cognizioni distorte sulle donne e sulla sessualità, sentimenti di inadeguatezza sulla propria sessualità e la propria immagine di sé come maschio, fantasie sessuali non aggressive, scarse esperienze di aggressioni non ses-

(4) Soltanto in tal caso lo stupratore, nell'intraprendere l'azione aggressiva, avverte un momentaneo offuscamento della percezione ambientale (Liggio, 1967), più accentuato di quello che normalmente si verifica durante l'acme orgasmico per l'istantaneo determinarsi di onde lente ad alto voltaggio ipersincronizzate evidenziabili nelle derivazioni settali in specie (Liggio, 1998).

suali, eccitazione sessuale durante l'aggressione sessuale; tale tipo di *"stupratore"* compensa la propria inadeguatezza sessuale con la sottomissione della vittima alla sua mercè senza darle alcuna possibilità di ribellarsi; 3) il tipo *"criminale con rabbia pervasiva"* caratterizzato da disinibizione permanente nell'attuare l'aggressione sessuale perché la sua rabbia e la sua ostilità non permettono sentimenti socio-affettivi; eccitazione sessuale della medesima entità sia durante la visione scenica di stupro sia durante la visione scenica di attività sessuali consenzienti, rabbia non diretta esclusivamente verso le donne, disposizione a compiere anche altri tipi di crimini, assenza di fantasie sessuali durante lo *"stupro"*, uso della violenza anche se non necessaria ai fini della congiunzione sessuale, possibilità di commettere uccisione per libidine; tale tipo di stupratore difficilmente prova un vero e proprio piacere sessuale nel compiere lo *"stupro"*, ma riesce a liberare la rabbia repressa attraverso l'azione violenta; 4) il tipo *"non criminale vendicativo"* caratterizzato da rabbia non erotizzata diretta esclusivamente verso le donne, uso di minacce verbali, volontà di umiliare e degradare la vittima; tale tipo di stupratore scarica la propria rabbia repressa nel procurare umiliazione e lesioni fisiche alla vittima; 5) il tipo *"criminale palesemente sadico"* caratterizzato da premeditazione dell'aggressione sessuale guidata da fantasie sessuali violente, aspetto belligerante e rabbioso, propensione ad infliggere gravi lesioni fisiche alla vittima; tale tipo di stupratore si erotizza brutalizzando la propria vittima; 6) il tipo *"non criminale sadico latente"* caratterizzato dagli stessi aspetti del tipo precedente, ma senza sentire l'esigenza di dover procurare lesioni alla vittima. Secondo Barbaree e Serin (1992) sembra che il primo ed il secondo tipo di *"stupratore"* preferisca la modalità di eccitamento erotico offerto dal rapporto sessuale consenziente, mentre il terzo ed il quarto tipo di *"stupratore"* sembra gradire, in eguale misura, sia la modalità di eccitamento erotico offerto dal rapporto sessuale consenziente sia la modalità di eccitamento erotico ricavato dal rapporto sessuale procurato aggressivamente ed, infine, sembra che il quinto ed il sesto tipo di *"stupratore"* preferisca esclusivamente il modello di eccitamento erotico ricavato dal rapporto sessuale procurato con l'aggressività. Tuttavia, nella specie umana evoluta la condotta sessuale arcaica di *"stupro"* per essere slatentizzata necessita dell'incidenza combinata di numerosi fattori (5) socioambientali facilitanti e precipitanti variamente, come i condizionamenti rinforzanti i comportamenti aggressivi, l'assunzione di sostanze disinibenti, il vivere in ambienti degradati di estrema povertà per mancanza di attività lavorativa remunerante con l'inevitabile umiliazione per il rifiuto di rapporti ses-

(5) A riguardo, si tenga presente quanto segue: «…affinché qualsiasi forma di aggressività si possa realizzare deve necessariamente coincidere una serie di fattori determinanti specifici raggruppabili nelle medesime quattro categorie (*predisponenti*, *preparanti*, *facilitanti* e *scatenanti*) nelle quali, del resto, rientrano i fattori eziopatogenetici concomitanti nel determinismo di ogni stato morboso. Per l'aggressività patologica i fattori *predisponenti* costituzionali sono l'ipersurrenalismo, l'iperandogenismo, l'ipertiroidismo, il maggior sviluppo funzionale dei centri aggressogeni mesodiencefalici, la presenza di particolari malformazioni congenite cerebrali, ecc.; fattori *preparanti* sono i pregressi traumi cerebrali, gli esiti di encefaliti, ecc.; fattori *facilitanti* sono gli errori educativi consistenti nel rinforzare modelli di comportamento aggressivo favorendoli (validi anche ad esagerare il comportamento aggressivo normale), l'assunzione di bevande alcoliche, assunzione di droghe, ecc.; fattori *scatenanti* (validi anche ad elicitare reazioni aggressive normali) sono le offese, le umiliazioni, le limitazioni, le frustrazioni, le aggressioni, le violenze di ogni genere, le persecuzioni […], ecc.;…» (Liggio, 1978).

suali consenzienti da parte delle donne, il subire continue frustrazioni e violenze di ogni altro genere, ecc. Infatti, «…per una serie di fattori, fra cui il sovraffollamento in rapporto allo spazio territoriale ed alle risorse (intese soprattutto come possibilità di lavoro retribuito), l'ordinamento sociale a cicli periodici diviene antibiologico, per cui i membri più emarginati della collettività reagiscono con meccanismi regressivi irrazionali…» (Liggio, 1979), tanto è vero che in tali periodi in cui l'ordinamento sociale diviene antibiologico, proprio tra gli individui indigenti, senza una proficua attività lavorativa, si riscontra un abnorme aumento di tendenza allo *"stupro"*.

Considerazioni conclusive

In ultima analisi, la condotta di *"stupro"* appare come una regressione biologica perché le due pulsioni che la determinano, caratterizzate dall'istinto predatorio e dall'istinto sessuale, sono innate in quanto ai fini riproduttivi, dal punto di vista filogenetico, sia la tattica aggressivo-predatoria che quella aggressivo-copulatoria risultano ambedue efficacemente selezionatesi nell'evoluzione. Infatti, quasi la totalità degli aspetti psicopatologici della sessualità umana implicano comportamenti aggressivi di ogni genere, il cui programma al fine riproduttivo è codificato nel DNA di tutti gli esseri viventi ed in molti di essi, filogeneticamente meno evoluti, sono rimasti cristallizzati come comportamenti fisiologici obbligati (Liggio, 1999). Fra i comportamenti sessuali violenti obbligati riscontrabili nelle specie animali inferiori il più emblematico è senz'altro il seguente: «…Il maschio della cimice possiede un formidabile pene, lungo ed affilato come una spada, che usa in modo del tutto perverso in quanto lo infila traumaticamente nell'addome della femmina, perforandone la parete, per poter espletare la cosiddetta *"copulazione traumatica"*. Con tale metodo i maschi della cimice *"Xilocaris maculipenis"* stuprano altri maschi, inseminandoli coattivamente, in modo che gli spermatozoi iniettati raggiungono il *"canale deferente"* (o *"condotto spermatico"*) della vittima, per cui ne deriva che, se lo *"stuprato"*, a sua volta, compie la *"copulazione traumatica"* con una femmina la insemina, inevitabilmente, anche con gli spermatozoi dello *"stupratore"* realizzando la cosiddetta *"inseminazione per procura"*…» (Liggio, 2004). Il comportamento sessuale violento nel regno animale sembra avere una funzione biologica molto importante tanto che, come precisano Beach e Ford (1951), «…molti maschi si rifiutano di accoppiarsi con femmine troppo compiacenti […] se il coito avviene senza l'abituale zuffa preliminare, raramente porta al concepimento…». Tuttavia, la codificazione genetica dei predetti comportamenti fisiologici obbligati si è progressivamente latentizzata nelle specie animali più evolute in misura diretta alla corticalizzazione neopalliale. Mentre, nelle specie animali meno evolute tale codificazione è talmente attiva da stigmatizzare complessi comportamenti sessuali perversi di tipo aggressivo come comportamenti fisiologici obbligati. Ma, nell'ambito della specie umana, lo *"stupro"* appare soprattutto come un particolare processo biosociale in quanto si attiva, attraverso complesse situazioni socio-ambientali, in soggetti con tipiche caratteri-

stiche individuali. Concludendo, infine, si deve precisare che nessuna delle quattro teorie inerenti all'ipotesi patogenetica, secondo la quale lo *"stupro"* consiste in un'*"anomalia biosociale multifattoriale"* non può essere presa in considerazione per gli *"stupri di guerra"* e per gli *"stupri etnici"* (Guenivet, 2001). Gli *"stupri di guerra"*, in genere, sono la diretta conseguenza della cosiddetta *"licenza di stuprare"* che viene tacitamente offerta come incentivo alle truppe militari di occupazione per interessi strategici. Mentre, gli *"stupri etnici"* sono compiuti con la deliberata intenzione di ingravidare le donne di diversa etnia e tenerle prigioniere fino al parto, con estrema umiliazione, per farle generare, in quanto riproduttrici dell'etnia nemica, figli della propria etnia, violando l'integrità del loro corpo affinché partoriscano il loro proprio nemico.

Bibliografia

1. Albert DJ, Walsh ML, Gorzalka B., Siemens Y, Louie H. Testosterone removal in rats results in a decrease in social aggression and loss of social dominance. Physiology & Behavior, 1986; 36, 401.
2. Albert DJ, Dyson EM, Walsh ML. Intermale social aggression: Reinstatement in castrated rats by implants of testosterone proprionate in the medial hypothalamus. Physiology & Behavior, 1987; 39, 555.
3. Bandura A. Social learning theory of aggression. Journal Comunication, 1978; 28, 12.
4. Barbaree HE. Stimulus control of sexual arousal: Its role in sexual assault. In Marshall DR. L, Barbaree HE. Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the sex offender. New York: Plenum, 1990.
5. Barbaree HE, Serin RC. The role of male sexual arousal during rape in various rapist subtypes. In Hall GCN, Hrschman R. Sexual aggression; Issues in etiology and assessment, treatment and policy. New York: Hemisphere, 1992.
6. Beach FA, Ford CS. Patterns of Sexual Behavior. New York: Harper and Brothers, 1951.
7. Brofenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Havard University Press, 1979.
8. Brownmiller S. Against our will: Men, women and rape. New York: Simon & Scuster, 1975.
9. Buss DM, Chiodo LM. Narcissistic acts in everyday life. Journal of Personality, 1991, 59, 179.
10. Check JV, Malamuth NM. An empirical assessment of some feminist hypotesis about rape. International Journal of Women's Studies, 1985, 8, 414.
11. Lewis L, Lewis D. Rape: The price of coercive sexuality. Toronto: Women's Press, 1977.
12. Dworkin A. Pornography: Men possessing women. New York, 1981.
13. Ellis L. Evolutionary and neurochemical causes of sex differences in victimizing behaviour: Toward a unified theory of criminal behavior and social stratification. Social Science Information, 1989, 28, 605.
14. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry. In Clinical Practice, DSM IV. Washington: American Psychiatric Press Inc., 1994.
15. Guenivet K. Violences sexuelles: la nouvelle arme de guerre. Paris: Édition Michalon, 2001.
16. Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist-Revused (PCL-R). Toronto: Ontario, 1991.
17. Hinsie LE, Campbell RJ. Psychiatric Dictionary. London-New York-Toronto: Oxford University Press, 1970.
18. Knight RA, Prentki RA. The developmental antecedents and adult adaptations of rapist subtypes. Criminal Justice and Behavioral, 1987, 14, 403.

19. Lewin R. Mochingbird song aimed at mates, not rivals. Science, 1987, 236, 1521.
20. Liggio F. Il fenomeno dell'offuscamento percettivo durante l'atto aggressivo. Atti del IV Congresso regionale siciliano di Igiene Mentale, Messina, 8-10 dicembre 1967, p. 303, 1968.
21. Liggio F. Basi neurobiologiche dell'aggressività ed interrelazioni tra disposizioni endogene e fattori esogeni socio-ambientali nel determinismo del comportamento aggressivo normale e patologico. Lav. Neuropsichiat., 1978.
22. Liggio F. La "violenza" umana (definizione e dinamica biosociale). Lav. Neuropsichiat., 1979.
23. Liggio F. Funzione primaria e funzioni secondarie dell'erotismo e della reazione orgasmica nella specie umana. Riv. Sessuol., 22 (n.1), 1998.
24. Liggio F. Il concetto di "sesso" e di "sessualità" e l'origine filogenetica del "sesso". Riv. Sessuol., 1999, 23 (4), 339.
25. Liggio F. Le univoche basi biochimiche che sottendono la pulsione aggressive e la pulsione sessuale. Riv. Sessuol., 2004.
26. Linz DG. Sexual violence in the media: Effects on male viewers and implication for society. Doctoral dissertation, University of Wisconsin-Madison, 1985.
27. Lipton DN, McDonel EC, McFall RM. Heterosocial perception in rapists. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1987.
28. Malamuth NM. Rape proclivity among males. Journal of Social Issus, 1981.
29. Malamuth NM. Factors associated with rape as predictors of laboratory aggression against women. Journal of Personality and Social Psychology, 1983; 45:432.
30. Malamuth NM. Aggression against women: Cultural and individual causes. In Malamuth NM, Donnestein E. Pornography and sexual aggression. New York: Accademic Press, 1984.
31. Malamuth NM, Sockoskie R, Koss MP, Talaka J. The characteristics of aggressors against women: Testing a model using a national sample of college students. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59, 670.
32. Murphy WD, Haynes MR, Coleman EM, Flanagan B. Sexual responding of non rapists to aggressive sexual themes: Normative data, 1985, 7, 37.
33. Phillips AG, Cox VC, Kakolewski JW, Valenstein ES. Object-carrying by rats: an approach to the behavior produced by brain stimulation. Science, 1969.
34. Richard AF, Schulman SR. Sociobiology: Primate Field studies. Annual Rewiew in Antropology, 1982, 11, 231.
35. Sachser N., Hendricks H. (1982): A longitudinal study on the social structure and ist dynamics in a group of guinea pigs. Munchen: B.L.V. Verlagsgesellschaft, 1982.
36. Schwendinger JH, Schwendinger H. Rape and inequality. Sage, Beverley, 1983.
37. Shields WM, Shields LM. Forcible rape: An evolutionary perspective. Ethology and Sociobiology, 1983.
38. Spence JT, Helmereich RL, Holahan CK. The negative and positive components of psychological masculinity and feminility and their relationships to self reports of neurotic and acting out behaviors. Journal of Personality and Social Psychology, 1979.
39. Symons D. The evolution of human sexuality. New York: Oxford University, 1979.
40. Thiessen DD. The unseen roots of rape: The theoretical untouchable. Revue Europeenne des Sciences Sociales, 1986; 24: 9.
41. Thornhill R, Thornhill NW. Human rape: An evolutionary analysis Ethology and Sociobiology. 1983.
42. Thornhill R, Thornhill NW. Human rape: The strenghts of the evolutionary perspective. In Crawford C, Smith M, Krebs D. Sociobiology and psychology: Ideas, issues, and applications. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1987.
43. Thornhill R, Palmer CT. A natural History of Rape: Biological Bases of Sexual Coercion. Cambridge: Mit Press, 2000.

44. Wilson MI, Daly M. Competitive risk, taking, and violence: The young male syndrome. Ethology and Sociobiology, 1985; 6:59.
45. Yates E, Barbaree HE, Marshall WL. Anger and deviant sexual arousal. Behaviour Therapy, 1984; 15:287.
46. Zillmann. Connection between sex and aggression. Hillsdale: Lawrence Eribaum, 1984.

I COMPORTAMENTI A RISCHIO IN GIOVINEZZA: I NUOVI CONSUMI DI DROGHE

Cecilia Barba*

RIASSUNTO

Il consumo di qualsiasi sostanza psicoattiva espone la persona a dei rischi. Per questo motivo è opportuno collocare le pratiche di consumo di sostanze nel quadro dei comportamenti e delle condotte di rischio. Spesso si tratta di condotte che consentono al giovane di mettere alla prova le proprie abilità e competenze, di testare i livelli di autonomia raggiunti e nuovi stili di comportamento. In altri casi, la "passione per il rischio" può tradursi in una vera e propria attività patologica, l'interesse per i comportamenti compulsivi ha recentemente coinvolto un numero sempre maggiore di esperti che hanno così accomunato una serie di agiti a cui è stato dato il nome di "tossicomanie senza droga". Il fenomeno dell'uso ricreativo di droghe può essere inserito all'interno di una più ampia tendenza culturale che usa il corpo come fonte di eccitamento, soprattutto mediante quelle forme di stimolazione sensoriale costituite dal tatuaggio e dal piercing, fino a quelle più estreme rappresentate dal branding o alle forme più radicali di body art. In ultima analisi si è cercato di mettere in evidenza alcune spiegazioni avanzate sulle motivazioni ad assumere comportamenti rischiosi, ponendo l'attenzione su quelli maggiormente affrontati, e cioè i comportamenti sessuali a rischio e l'uso di sostanze stupefacenti alla guida

PAROLE CHIAVE
ecstasy, consumatore, droga, comportamento, rischio

ABSTRACT: At-risk behaviour in young people: new drug consumption

The use of psychoactive substances exposes users to risks. This is why it is expedient to consider the use of these substances as an at-risk behaviour. We are often dealing with types of behaviour that allow young people to test their abilities and capacities, their level of independence and new lifestyles. In other cases, this

* Laureata in Scienze dell'Educazione - Università di Perugia

“passion for risk” may develop into a 'true' disorder, and interest in compulsive behaviours has recently concerned increasing numbers of experts, who have grouped together a set of behavioural actions, which they have labelled “drug addiction without drugs”. The recreational use of drugs may be considered a component of a much broader cultural trend that uses the body as a source of excitement, especially through forms of sensory stimulation consisting of tattoos and piercing and the more extreme forms of branding or radical expressions of body art. In conclusion, the autors' attempt is to underline several advanced explanations on the reasons behind at-risk behaviours, focusing on the most studied ones, such as risky sexual behaviour and the use of narcotic substances while driving.

KEYWORDS
ecstasy, consumer, drugs, behaviour, risk

INTRODUZIONE

La diffusione delle droghe da party, condivise spesso in gruppo (anche se nell'ultimo periodo si sta affermando un consumo solitario, automedicante) e legate ad eventi ricreativi, è stata accompagnata dal diffondersi di un vero e proprio movimento culturale che ha assunto dimensioni notevoli e le più diverse connotazioni e declinazioni: cultura della festa, dell'ecstasy, acid rave, club, ecc. (Nizzoli U., 2004).

Oggi si parla spesso di **condotte a rischio**. Frequentemente nei discorsi quotidiani, si usa in forma interscambiabile i termini pericolo e rischio, quando in realtà c'è una differenza sostanziale. Il pericolo si può definire come un evento negativo futuro o prossimo che sfugge ala nostra intenzionalità, si tratta di un evento che potrebbe accadere (per esempio il pericolo delle frane) nella normalità della vita ma che rimane fuori dalla nostra responsabilità. Nel rischio, invece, il danno è imputabile ad una decisione propria, siamo noi stessi che con un nostro comportamento creiamo una condizione di rischio (ad es. l'alta velocità è una condizione di rischio per gli incidenti stradali). Spesso le condotte a rischio sono associate alla sola dimensione giovanile, in realtà si tratta di una situazione che investe tutta la società compreso il mondo degli adulti. Solo per fare alcuni esempi si possono citare gli investimenti azzardati in borsa, gli sport estremi, le lotterie. Oggi è mutato l'atteggiamento mentale e culturale con cui ci rapportiamo al rischio: esso ha assunto un significato positivo necessario per il successo personale, proprio per questo non dovrebbe stupire se i giovani hanno assunto tale valore nella loro vita (Santoro G.,2005).

In merito al rapporto tra l**'assunzione di rischi** e il **consumo di sostanze**, nella relazione sullo stato delle tossicodipendenze del 2004 si è rilevato come rispetto al 2000, la popolazione giovanile tra i 15 e i 19 anni, esprima una minore preoccupazione (un terzo in meno) circa il rischio di assunzione di droghe. Sono proprio i giovanissimi ad aver abbassato la guardia verso i rischi per la propria salute (http://www.governo.it). Tale dato mette in luce come l'accettazione del rischio abbia una significativa relazione con l'aumentata estensione di comportamenti rischiosi per la salute come la guida spericolata o in stato di ebbrezza, la sessualità non protetta, l'uso di alcool o di droghe (Di Blasi M., 2003).

Per inserirsi nella società l'adolescente deve misurarsi con situazioni, fatti, esigenze definiti con il termine di compiti di sviluppo, una serie di compiti, cioè, che si collocano nella via di mezzo tra i bisogni individuali e le richieste sociali e che rappresentano quella successione di attribuzioni che devono essere assolte dagli individui in momenti specifici della loro vita, per il raggiungimento di uno stato di appagamento interiore e di armonia con se stessi. Questi, tuttavia, non rimangono immutati nel tempo ma riflettono il sistema valoriale e sociale dell'universo culturale e di appartenenza. Per quanto riguarda lo specifico giovanile, i compiti di sviluppo hanno la funzione di mettere alla prova l'adolescente e stimolarlo a superare positivamente la fase evolutiva in cui si trova (Crispi M., 1999).

I **comportamenti a rischio** sono comportamenti-fase specifici della adolescenza. Ciò che differenzia la **dimensione "epidemica"** da quella **"patologica"** è

la funzione che essi assolvono. Nella dimensione epidemica, lo scopo è quello di far fronte ad un disagio che è ancora di tipo evolutivo, dietro alla pressione del gruppo, per l'influenza di una moda o di un condizionamento sociale. In questo caso ci si misura con un fenomeno diffuso, intrecciato con la normalità, dove sembrano acquisire più rilevanza, accanto a fattori individuali e familiari non necessariamente patologici, quelli socioculturali - una cultura consumistica, l'adesione acritica e superficiale a mode, l'influenza del gruppo di pari - (Benaglio A. M., 2002). La "passione per il rischio" può tradursi in una vera e propria attività patologica, così l'interesse per i comportamenti compulsivi ha recentemente coinvolto un numero sempre maggiore di esperti che hanno accomunato una serie di agiti tra cui: certi disturbi alimentari, alcuni comportamenti sessuali, il gioco d'azzardo, gli acquisti compulsivi. Ad essi è stato dato il nome di "tossicomanie senza droga", un termine che è stato utilizzato, per la prima volta, per sottolineare come i meccanismi ed i sintomi delle tossicomanie possono presentarsi anche senza il ricorso alle droghe e senza le complicazioni tossiche da queste indotte - in questo caso la funzione che questi comportamenti svolgono può essere di fuga dalla realtà oppure di adattamento – (Crispi M., 1999).

Si può affermare che il consumo di qualsiasi sostanza psicoattiva esponga la persona a dei rischi. Per questo motivo è opportuno collocare le pratiche di consumo di sostanze nel quadro dei comportamenti e delle condotte di rischio (Mission Intermistérielle de Lutte contre la Droghe et la Toxicomanie, 1999).

All'interno del contesto adolescenziale assumono importanza i **gruppi di pari** che possono essere induttori o meno di comportamenti di rischio. Da un punto di vista psicologico si tratta di sistemi di frequentazioni, che si costituiscono in modo spontaneo e che sono del tutto, o quasi, indipendenti dall'interferenza adulta: l'adesione al gruppo rimane per lungo tempo informale, senza richiedere un impegno individuale di frequenza e anche gli scopi rimangono impliciti. Nonostante l'influenza negativa che tali gruppi possono esercitare, si devono comunque riconoscere il ruolo importante che essi svolgono nello sviluppo affettivo, cognitivo e sociale dell'adolescente: soddisfano il bisogno di affiliazione e appartenenza, contribuendo al processo di separazione/individuazione dall'universo familiare verso una propria autonomia affettiva (Nizzoli U., 2004). Si è molto discusso sull'importanza del gruppo di pari nell'indurre comportamenti devianti, fino a costituire un fattore di rischio per l'assunzione di un'identità negativa. Se da un lato è innegabile che il bisogno di accettazione e approvazione da parte dei sistemi di frequentazione possa spingere l'adolescente a commettere atti illegali, limitarsi a questa semplice affermazione è riduttivo. I giovani mostrano rilevanti differenze individuali circa la suscettibilità alle pressioni di gruppo, differenze che si determinano in relazione alla loro vulnerabilità psicobiologica riconducibile a caratteristiche di personalità, alla qualità dei rapporti familiari e al contesto socioculturale di riferimento (Nizzoli U., 2004). Negli ultimi anni è possibile evidenziare un'incentivazione indiretta del consumo di droghe sintetiche da parte di gruppi giovanili informali. Questi non sollecitano nessuno a consumare tali sostanze, tuttavia, contrariamente all'eroina, le designer drugs vengono considerate "droghe individuali" cioè slegate alla frequentazione del gruppo. Esse non bloccano la comunicazione del

sistema, in quanto sia consumate in luoghi in cui quest'ultima è rarefatta, sia per il loro potere disinibente che, anzi, facilita la relazionalità; esse perciò non intaccano i rapporti interpersonali, non ledono il significato del divertimento, a meno che il singolo non cada nella situazione di dipendenza (Nizzoli U., 2004).

All'interno delle culture giovanili si possono rintracciare diverse costellazioni tipiche di **comportamenti di sfida**, di ribellione e di iniziazione che diventano segni, modalità espressione e di affermazione caratteristici della condizione adolescenziale (Nizzoli U., 2004). Spesso si tratta di condotte che consentono al giovane di mettere alla prova le proprie abilità e competenze, di testare i livelli di autonomia raggiunti e nuovi stili di comportamento; in quest'ottica possiamo sostenere che la sperimentazione del rischio può essere considerata come comportamento normale in quanto aiuta l'adolescente a raggiungere un'indipendenza. In altri casi, rischiare e vivere al limite costituiscono una sfida; nella partecipazione a tali eventi l'individualità cede il passo alle dinamiche della gruppalità, si crea una deresponsabilizzazione con fenomeni di dissoluzione dell'identità individuale (Nizzoli U., 2004).

Il comportamento rischioso può consentire al giovane di riparare il proprio narcisismo ferito, di recuperare l'autostima, dimostrando a sé, magari anche ai compagni del gruppo, il proprio coraggio e valore, in modo tale da essere riconosciuto, amato e stimato. Inoltre, le azioni di rischio possono fungere da atto comunicativo rivolto agli adulti che sottende una richiesta di aiuto, anche espressa nella forma di sfida (Benaglio A. M., 2002).

In alcuni casi l'abuso di droghe, soprattutto stimolanti, e più in generale i comportamenti a rischio, rappresentano una fuga e un tentativo di negazione di uno stato depressivo che non è riconosciuto: "le soluzioni adottate per non confrontarsi con il dolore mentale possono anche includere comportamenti ordalici o manipolazioni violente del corpo, in ogni caso si tratti di agiti mascherati da prodotti della cultura dell'estremo, che consentono di provare, attraverso un contatto più o meno diretto con la morte, esperienze di rivitalizzazione del mondo interno" (Di Blasi M., 2003). A volte il dolore depressivo, legato al fallimento della ricerca di senso circa la propria esistenza, si esprime in modo meno visibile attraverso l'adesione "mimetica" a stili di vita ritenuti socialmente accettabili (Di Blasi M., 2003). In questo caso si può parlare di istinto gregario o di gregge, indicando con tale termine una tendenza innata presente in molte specie animali compreso l'uomo, a vivere in gruppo (S. Freud riprenderà tale termine non considerandolo come istinto primario, ma come fenomeno volto a spiegare i meccanismi di reciproca suggestione all'interno del gruppo). In una accezione più generale, il concetto di gregarismo viene utilizzato in riferimento alla tendenza a conformarsi alle scelte del gruppo, rinunciando ad esprimere la propria individualità (Galimberti U., 2001). Spesso questi ragazzi non pensano di star male ma si annoiano profondamente. Il loro quotidiano è come scandito da un ordine esterno al quale aderiscono senza particolare fatica, ma anche senza alcuna partecipazione affettiva. La notte e il consumo di sostanze sono il luogo in cui hanno trasferito la loro vitalità (Di Blasi M., 2003). Il fenomeno dell'uso ricreativo di droghe può essere inserito all'interno di una più ampia tendenza culturale che usa il corpo come fonte di eccitamento,

soprattutto mediante quelle forme di stimolazione sensoriale costituite dal tatuaggio e dal piercing, fino a quelle più estreme rappresentate dal branding (veri e propri marchi a fuoco), o alle forme più radicali di body art (Crispi M., 1999). Nella **ricerca di sensazioni forti** e nella esposizione a situazioni pericolose il giovane pone al centro dell'attenzione il proprio corpo, quale recettore di messaggi sensoriali, chimici e nervosi e quale possibile vittima di incidenti che potrebbero distruggerlo. In questi comportamenti è presente una componente autolesionistica: "esponendo il corpo a tante aggressioni è come se l'adolescente cercasse di riappropriarsene, di sentirlo meno estraneo e nemico" (Benaglio A. M., 2002). Una costante di tutti i comportamenti tossicomanici e, in senso più vasto, di tutte le condotte autodistruttive o autoplastiche, è quella di vivere il proprio corpo nemico, allo scopo di mantenere la relazione con gli oggetti parentali arcaici e quindi conservare l'immagine ideale di sé; "il tossicomane nega il corpo reale, ciò si traduce nella sua forma estrema, nella decisione delirante e paradossale di morire per non morire" (Benaglio A. M., 2002). Spesso i giovani vivono una situazione di distonia nei confronti del proprio corpo: è immagine da esibire agli altri mediante simboli di riconoscimento, e al tempo stesso, è fonte di continui fastidi, di ansie, paure che prima di essere mentalizzate passano per il corpo e perciò portatore di limiti per il funzionamento mentale e il benessere psichico (Benaglio A. M., 2002).

I comportamenti a rischio, risultando da caratteri psicologici complessi, non possono essere considerati connessi né a fattori innati né a fattori puramente ambientali, ma ad un'articolata interazione tra vari elementi. Alcuni studiosi hanno indagato quali meccanismi psicologici possono essere alla base della percezione del rischio e del senso di invulnerabilità che i ragazzi percepiscono di fronte a molteplici azioni pericolose. La maturazione biologica dell'adolescenza porta a modificazioni nel sistema cognitivo, nella percezione di sé, nella percezione dell'ambiente sociale e nei propri valori personali. All'interno di questo complesso cambiamento della persona, sono stati individuati alcuni fenomeni particolarmente rilevanti per la percezione del rischio: tra le modificazioni cognitive, l'ottimismo irrealistico; tra i fattori endogeni, la ricerca di sensazioni ovvero la *sensation-seeking*. **L'ottimismo irrealistico** è stato definito (Weinstein, 1980) come "un errore di giudizio che produce una sottostima del rischio che si corre personalmente rispetto a una generica persona media" (Nizzoli U., 2004). Tale sottostima si presenta quando, coinvolte nella medesima situazione, le persone si collocano in una stato di basso rischio rispetto agli altri generici considerati invece ad alto rischio, come se si sentissero superiori alla media, meno vulnerabili. Lo stesso Weinstein (1989), in uno studio successivo, osserva che la tendenza a una valutazione ottimistica del rischio personale si manifesta con più probabilità di fronte a eventi particolarmente indesiderabili, che non fanno parte dell'esperienza ma che sono percepiti al di fuori del proprio controllo (es. il pregiudizio che l'AIDS colpisca gli omosessuali); la distorsione ottimistica diventa necessaria per ridurre l'ansia associata a delle conseguenze negative e per difendere la stima di sé, si presenta allora come un meccanismo di difesa. La **sensation-seeking**, ovvero la ricerca di sensazioni è stata definita da Zuckerman (Nizzoli U., 2004), come un costrutto che, secondo le parole dell'Autore, "esprime il bisogno di varie, nuove e complesse sen-

sazioni ed esperienze e perciò la propensione ad assumere rischi fisici e sociali al solo fine di tale esperienza" (Crispi M., 1999). Egli sulla base di alcune osservazioni su delle coppie di gemelli, ha osservato che alcuni neurotrasmettitori (serotonina, noradrenalina e dopamina) risulterebbero alterati in alcuni individui che pertanto presenterebbero a livello di comportamento una spiccata tendenza alla ricerca di sensazioni forti. In particolare Zuckerman, come altri autori, ritiene che gli organismi dispongano di uno specifico livello tonico, ottimale per l'umore, l'attività generale e l'interazione sociale e che essi mirino al mantenimento di tale "tono edonico positivo", attraverso il ricorso a determinate stimolazioni o lo svolgimento di particolari attività. Di conseguenza, una stessa stimolazione potrà indurre alcune persone alla ricerca di un incremento di essa o di una serie di stimolazioni additive, mentre al contrario, potrà portare altri individui a ricercarne un abbassamento o l'evitamento di altre aggiuntive. In altre parole, mentre gli individui con un elevato livello di attivazione sono maggiormente indotti a prediligere situazioni scarsamente stimolanti, altri con un più basso livello di attivazione saranno portati a privilegiare quelle attività che offrono una più intensa stimolazione (Crispi M., 1999). La "propensione al rischio" esprime, da una parte il desiderio di mostrare la propria invulnerabilità, sfidando la morte, dall'altra la ricerca di esperienze estreme che si propongono come uniche e irripetibili (Benaglio A. M., 2002). Un soggetto ad alti livelli di *sensation-seeking* (misurati con la *Sensation-Seeking Scale*) preferirà, allora, esperienze ad alti livelli di novità e intensità, mentre un altro che ha bassi livelli, potrebbe trovare spiacevoli tali esperienze (Nizzoli U., 2004). Proprio per questo tra i giovani che usano ecstasy potrebbero esserci alcuni che presentano un deficit nei livelli di serotonina, per i quali l'assunzione di tale sostanza provocherebbe l'effetto di compensare tale mancanza e aumentare il tono d'umore del soggetto - è importante comunque non generalizzare e perciò non ritenere che ogni ragazzo che usa ecstasy sia affetto da un deficit nei livelli di serotonina – (Lavazza S., 1998).

L'assunto per cui gli adolescenti ricercano nuove ed eccitanti esperienze ha guidato e stimolato molte ricerche. Da tali studi è emerso che molti giovani sono consapevoli dei pericoli che corrono nell'adottare specifici comportamenti pericolosi, ma solitamente tendono a sottostimare la probabilità delle conseguenze negative, in quanto non ritengono che tali eventi possano capitare a loro (Baumrind, 1987; Siegel et al., 1993). La sottostima del rischio è ben nota nella letteratura internazionale (Fischer e Fischer, 1992) e nazionale (Malagoli Togliatti e Pierro, 1999). Per esempio, gli adolescenti difficilmente si sentono vulnerabili al rischio HIV, poiché l'avvenuta infezione non presenta manifestazioni immediate. Dal momento in cui una persona ha avuto un contatto a rischio, infatti, possono trascorrere molti anni prima che compaiano i sintomi dell'infezione. Il comportamento a rischio non è quindi percepito come una minaccia a breve termine soprattutto tra gli adolescenti che tendono a vivere con maggiore aderenza la realtà del presente, senza proiettarsi nel futuro. Un'altra ricerca ha dimostrato che i benefici percepiti dagli adolescenti come conseguenza di azioni pericolose sono altamente e positivamente correlati con il loro livello di coinvolgimento in dette azioni. Ad alti livelli di coinvolgimento, corrisponde una bassa percezione e una scarsa con-

sapevolezza dei rischi connessi con le proprie azioni. Nelle decisioni di agire, ha un'influenza maggiore l'aspettativa dei benefici piuttosto che la considerazione dei pericoli: in altre parole la spinta verso i comportamenti rischiosi è guidata dall'aspettativa che il giovane ha di ottenere dei benefici, mentre la valutazione dei rischi ha uno scarso effetto ostacolante (Siegel et al., 1994). Quindi la sensazione di invulnerabilità, unita alla sottovalutazione delle conseguenze negative a lungo termine e alla ricerca continua di sensazioni forti, sarebbe determinante nel far assumere dei rischi per la propria salute (Nizzoli U., 2004).

Le persone che hanno maggiore probabilità di divenire dipendenti, sono quelle che presentano sistemi edonici[1] meno funzionanti, a causa del patrimonio genetico o di situazioni createsi nella loro vita. Soggetti la cui autostima "è naturalmente inferiore alla media" (anedonia) o altre che hanno bisogno di nuove sensazioni (*sensation seekers*), sarebbero a rischio maggiore di divenire dipendenti da sostanze, in questo caso le droghe assumerebbero una funzione di autoterapia. Allo stesso modo, tale meccanismo si presenta in individui che hanno subito diversi eventi stressanti nel corso della loro vita. Questi fenomeni sono stati sperimentati attraverso modelli animali: sono stati selezionati prima dei topi dimostratisi più avventurosi e curiosi di fronte ad un nuovo avvenimento e quindi quelli meno "avventurosi"; si è notato che i primi messi di fronte a sostanze psicoattive ne consumano più dei secondi. Allo stesso modo, i topi sottoposti a stress, durante la vita uterina e dopo, hanno dimostrato una tendenza superiore a divenire consumatori di droghe. Osservazioni cliniche simili sono state fatte per gli esseri umani: è stato individuato un legame tra gli eventi stressanti dell'infanzia (bambini vittime di traumi psichici, maltrattamenti e abusi) e comportamenti additivi (AA. VV., 2001).

Per quanto riguarda **i comportamenti sessuali a rischio**[2] giocano un ruolo fondamentale la gestione degli impulsi e la concomitante assunzione di alcool e droghe; spesso le sostanze, considerate come facilitatori della relazionalità, favoriscono rapporti non sicuri, con il conseguente rischio di contrarre malattie (Nizzoli U., 2004). Come è accaduto nell'ambito della "lotta alla droga", anche in questo

---

[1] Le sostanze psicoattive agiscono su un sistema del cervello, detto sistema edonico o di ricompensa, ha la funzione di compensare attraverso una sensazione di piacere, le attività dell'organismo. Recentemente è stato attribuito a tale sistema una funzione di regolazione degli stati emozionali. Tutti gli organismi sono concepiti per mantenere parametri biologici e fisiologici entro certi limiti: quando la pressione dell'ambiente è tale da non consentire l'omeostasi, l'organismo si adatta modificando i suoi parametri. Nel caso di consumo occasionale e moderato di sostanze, il cervello è in grado di mantenere l'omeostasi del sistema edonico; nel caso, invece, di consumo problematico il cervello non riuscirà più a mantenere l'equilibrio. Il sistema edonico si guasta progressivamente nel corso dei cicli successivi di consumo ripetuto. Tale visione ha permesso di prendere in considerazione non solo i sintomi clinici della dipendenza nei soggetti dipendenti da alcool o eroina ma tutti quegli stati più discreti che circondano gli episodi di consumo: preoccupazione e anticipazione del consumo, sensazioni sgradevoli alla fine dell'effetto del prodotto. Tutto ciò non spiega le differenze di vulnerabilità: non tutti gli users abusano, né diventano dipendenti. (Cfr. AA.VV. Dossier: a proposito di dipendenze. La Salute Umana 2001; 170,171:13-45).

[2] "Ricordiamo che ben oltre il 20% dei soggetti sieropositivi ha contratto il virus nell'adolescenza, anche se l'insorgenza della sindrome si è manifestata molto dopo. Quindi, l'adolescenza si presenta come una fascia d'età a rischio" (Cfr. U. Nizzoli, C. Colli "Giovani che rischiano la vita. Capire e trattare i comportamenti a rischio negli adolescenti" Milano: McGraw-Hill, 2004: 214-215).

caso gli "adulti" hanno erroneamente ritenuto che il semplice ingenerare nei giovani un sentimento di paura, potesse essere il solo elemento sufficiente in grado di modificarne gli stili di comportamento. Ma evidentemente non è andata nel modo che ci si aspettava, dal momento che le campagne di prevenzione hanno per lo più avuto l'esito di produrre risultati opposti, come testimoniano le numerose ricerche condotte in questi anni che hanno dimostrato come il sesso senza precauzioni continui ad essere una norma tra gli adolescenti eterosessuali e come le potenzialità di diffusione dell'HIV continuino a rimanere piuttosto alte (Crispi M., 1999).

Molti giovani sono particolarmente inclini a rischiare la propria vita alla guida, l'assunzione di sostanze stimolanti (cocaina, ecstasy, psicofarmaci) incide, come comportamento a rischio, non solo sulla salute ma anche nell'ambito della sicurezza (Macchia T., 2004). Nelle società occidentali, gli incidenti rappresentano la prima causa di mortalità nelle fasce d'età comprese tra i 10 e i 14 anni e tra i 15 e i 24 anni. E il tasso di mortalità aumenta ogni anno (Barilaro A., 2000). La relazione tra uso di sostanze e disfunzione nella guida è complessa e non consiste solo nell'effetto della droga sulla performance: occorre considerare l'azione acuta del farmaco, le problematiche inerenti all'assunzione abituale o occasionale, la personalità dei consumatori, il contesto socioculturale e l'addizionarsi di condizioni ambientali stressanti (http://www.governo.it). È comunque incontrovertibile che una riduzione delle capacità psicofisiche indotte da droghe è già una condizione che predispone il verificarsi dell'incidente stradale (Bardazzi G., Mari F., Cipriani F. et al., 2003). Dalla ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità sulle droghe ricreazionali, è emerso che un soggetto su cinque del campione aveva riportato eventi traumatici riconducibili all'assunzione di tali droghe. In dettaglio si evidenzia che gli incidenti stradali rappresentino l'evento prevalente, seguono malore, rissa e tentato suicidio - quest'ultimo sembra piuttosto elevato - (Macchia T., 2004). Ricordiamo che sono proprio i consumatori occasionali di droghe, e non quelli che hanno sviluppato una dipendenza, a rischiare maggiormente gli incidenti perché tali soggetti non sviluppano tolleranza agli effetti psicomotori e perciò appaiono più sensibili alla sostanza, determinando una alterazione più elevata nella facoltà di guidare (http://www.governo.it).

In una conferenza tenuta nell'ottobre 2001 a Firenze, il prof. Rodney Skager della School of Education and Information Studies (California University) sottolineava come dal 1985 si assiste a una progressiva **normalizzazione del fenomeno dell'assunzione di bevande alcoliche e di droghe** nei giovani delle società occidentali. La percezione della "normalità" dell'uso di sostanze si estende trasversalmente nei vari ceti sociali, diventando parte degli stili di vita di settori sempre più ampi della popolazione. Skager ha presentato i risultati di un'indagine statunitense, che mettono radicalmente in discussione alcuni stereotipi diffusi anche fra gli operatori sociosanitari, quali la convinzione che le droghe vengano sempre utilizzate per compensare qualche deficit psicosociale o come strumento di autoterapia per affrontare condizioni psicopatologiche o in risposta alle pressioni di un gruppo deviante. I dati mettono in evidenza, invece, che le motivazioni principali per il consumo di ecstasy riferite dagli studenti intervistati erano la sensation seeking (ricerca di sensazioni) e il bisogno di sentirsi maggiormente in sintonia con gli

altri, quindi motivazioni positive. Come già affermato più volte, si va delineando una modalità di consumo di droghe sempre meno legata a condizioni di disagio socioeconomico o a patologie psichiatriche, ma caratterizzato come un tratto della cultura giovanile (Nizzoli U., 2004).

Per quanto riguarda gli specifici interventi di prevenzione è importante sottolineare che gli users di designer drugs non possono rientrare a forza in una categoria vecchia, non in grado di rendere ragione del nuovo. Questo non è un fenomeno che può essere affrontato con vecchi approcci, vecchie categorie, vecchi linguaggi. Così quando si ragiona di questi contesti, ha forse più senso parlare di consumi, di poliabuso, piuttosto che di tossicodipendenza, impostando in tal senso tutta la gamma di interventi di prevenzione e di contenimento di rischi. Tutto ciò richiede un passo in avanti verso un migliore aggiornamento, ma anche revisione e riflessione, insieme alla messa a punto di nuovi strumenti. È fondamentale focalizzare l'attenzione sia sul fatto che tale fenomeno è legato ad ambienti quali discoteca, raves e analoghi (e perciò cercare di "agganciare" i giovani recandosi in tali luoghi), sia alla forte estraneità dei consumatori alla marginalità dell'eroina, alla loro tendenziale integrazione sociale, al sostanziale appiattimento sulla "normalità" di moltissimi di loro (Ferretti U., 2003).

Bibliografia

1. Barilaro A, Celata C. (F) Attori di prevenzione. Milano: Franco Angeli, 2000: 40.
2. Benaglio AM, Regoliosi L. Ripensare la prevenzione. Vecchie e nuove dipendenze: è possibile una prevenzione specifica? Milano: Unicopli, 2002: 54-183 .
3. Crispi M, Mangia E. Il disagio giovanile contemporaneo. Immagini di una adolescenza tradita. Palermo: Ila Palma, 1999: 119-145.
4. Di Blasi M. (a cura di) Sud-ecstasy. Un contributo alla comprensione dei nuovi stili di consumo giovanile. Milano: Franco Angeli, , 2003: 34-40.
5. Ferretti U, Santioli L. (a cura di) Nuove droghe tra realtà e stereotipi. Milano: Franco Angeli, 2003: 31-33 .
6. Galimberti U. Dizionario di Psicologia. Torino: Garzanti, 2001: 482 .
7. Lavazza S. Cara droga. Cannabis, ecstasy, cocaina e nuove droghe. Milano: Franco Angeli, 1998: 29-31.
8. Macchia T, Giannotti CF, Taggi F. I servizi e le sostanze ricreazionali. Milano: Franco Angeli, 2004: 33-36.
9. Nizzoli U, Colli C. Giovani che rischiano la vita. Capire e trattare i comportamenti a rischio negli adolescenti. Milano: Mc Graw –Hill, 2004: 68-260.
10. Santoro G. (a cura di) Educazione alla salute e prevenzione delle dipendenze. Perugia: Agenzia Sedes, 2005: 34-41 .

Riviste

1. AA.VV. Dossier: a proposito di dipendenze. La Salute Umana, 2001; 170,171:13-45.
2. Bardazzi G, Mari F, Cipriani F. et al. Identificazione dei traumatismi stradali correlati all'uso di

alcol e di altre sostanze psicoattive: studio di un Pronto Soccorso fiorentino. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo 2003; 26, 1: 11-16.
3. Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (a cura di) Nuove droghe: la prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive. Animazione Sociale 1999; 29, 2: 34-61.

Siti Internet

1. Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2004 da http://www.governo.it

NOTIZIARIO

Aumentano le carte sanitarie in Lombardia
Milano, luglio 2006

Marcia a pieni giri il Sistema informativo socio sanitario (Siss) della Lombardia. La struttura che trasferisce in rete la Sanità regionale è già in uso per il 62% dei medici. Questi possono consultare, con un'apposita card elettronica (la Carta Siss), i referti e le informazioni su esami e visite specialistiche effettuati in ospedale o presso gli ambulatori. Il nuovo sistema registra però un ampio gradimento anche sul versante dei cittadini che, attraverso la "Carta regionale dei Servizi", hanno accesso ai dati di carattere sanitario e amministrativo che li riguardano.
Le carte circolanti in Lombardia sono oltre 9 milioni. Sin dal momento della consegna la card funziona come tessera sanitaria e tessera europea di assicurazione malattia e attesta il codice fiscale. Ma soprattutto, consente l'attivazione di un codice Pin personale che garantisce l'accesso a diversi servizi: dalla consultazione del proprio fascicolo sanitario alla prenotazione di visite specialistiche, alla scelta o revoca del medico di famiglia, al pagamento delle tasse locali o alla richiesta di certificati per i servizi amministrativi. Il sistema, che coinvolge attualmente alcuni reparti, si estenderà presto a tutti i servizi degli ospedali pubblici e privati che hanno aderito. Per il momento sono 17 le strutture regionali che stanno utilizzando la nuova tecnologia.

Corsi di informazione sugli esami diagnostici
Milano, maggio 2006

L'ecografia è una delle indagini diagnostiche più utilizzate grazie alla sua importante diffusione sul territorio, l'assenza di utilizzo di Raggi X e costi contenuti rispetto ad indagini di imaging più pesanti quali TAC e Risonanza Magnetica. Oggi l'ecografia, grazie all'introduzione dei mezzi di contrasto, ha subito una evoluzione tecnologica importante che l'ha avvicinata sempre più alle metodiche diagnostiche più sofisticate.
Infatti la possibilità di identificare e caratterizzare noduli localizzati in organi parenchimali quali fegato, milza, rene, in base al tipo di vascolarizzazione, esplorabile in tempo reale, permette una diagnosi differenziale "benigno-maligno" corretta nel 94% dei casi.
Se pensiamo, ad esempio, al numero elevato di noduli epatici riscontrati incidentalmente in corso di ecografie eseguite per le più svariate motivazioni, è intuitivo l'impatto clinico, psicologico ed economico di questa indagine. È importante una buona conoscenza della metodica e delle sue potenzialità per un corretto utilizzo della stessa.
È a tale scopo che la Società Italiana di Ultrasonologia in Medicina e Biologia (SIUMB) grazie ai suoi rappresentanti regionali, organizza dei corsi di informazione rivolti ai medici che più frequentemente indirizzano i pazienti verso la diagnostica.
Per ulteriori informazioni visitare il sito www.siumb.it nella rubrica congressi ed eventi.

Test rapido per l'ictus
USA, aprile 2006

Il triage stroke panel è il primo test diagnostico rapido sul sangue per la diagnosi pre-

cocissima di ictus. Prodotto da Biosite Inc. USA, consente una terapia tempestiva nell'ictus acuto, la sola che è indispensabile per salvare la vita e le funzioni cerebrali: tenere presente che anche le "neuro-imaging" (TAC e RMN) nelle ore subito dopo lo stroke possono essere falsamente negative.
Questa metodica innovativa si avvale di un dispositivo portatile, utilizzabile sia a letto del paziente che in laboratorio; un piccolo campione di sangue consente di ottenere in 15 minuti il dosaggio di particolari markers biologici = BNP, D-dimeri, MMP-9 e S100. Analizzando questi dati, il Multi Marker Index fornisce il risultato sotto forma di indice numerico, da 1 a 10. Se il risultato è inferiore a 1,3 la possibilità di ictus è bassa, se superiore a 5,9 è elevata.
Questo triage è utilizzato dalla metà degli ospedali americani e in oltre 50 Stati.

Pubblica Amministrazione più vicina agli immigrati
Roma, aprile 2006

L'offerta dei servizi della Pubblica Amministrazione nei confronti dei cittadini immigrati è migliorata sensibilmente negli ultimi anni, proprio per far fronte alla forte crescita dei numeri dell'immigrazione. Però non sempre gli uffici preposti riescono a soddisfare le richieste dell'utenza. È quanto emerge da una ricerca condotta dal Formez in un'area della Provincia di Roma ad alta densità di stranieri (Comuni di Ladispoli, Fiumicino e Cerveteri). Target dell'indagine, i dipendenti pubblici, operatori sanitari e operatori scolastici che erogano servizi agli immigrati, le famiglie che usufruiscono di servizi offerti dai cittadini stranieri, le imprese che utilizzano lavoro straniero, cittadini immigrati.
Dalla ricerca emerge in particolare che la maggioranza degli immigrati intervistati ritiene che l'atteggiamento degli italiani verso l'immigrato sia sostanzialmente positivo. L'affluenza da parte degli immigrati presso gli uffici della pubblica amministrazione risulta molto elevata: la quasi totalità del campione analizzato (90%) si è recato almeno in un ufficio. Le difficoltà maggiori che si incontrano nella relazione con gli sportelli sono: incompletezza delle informazioni da parte degli operatori (30%) e complessità delle procedure amministrative (28%). Particolarmente interessanti sono i risultati dell'indagine effettuata sul target degli operatori della PA addetti all'erogazione di servizi agli immigrati. Per il 46% degli operatori intervistati gli uffici non riescono a soddisfare totalmente le domande/richieste di servizi da parte degli immigrati. Ciò è dovuto principalmente alla carenza di risorse economiche e alle sempre più crescenti richieste che si accumulano dovute alla troppa burocrazia (26%).

Oltre la metà dei fondi per la ricerca sul cancro va agli IRCCS privati
Roma, aprile 2006

Dei 100 milioni di euro destinati alla ricerca oncologica in Italia, previsti dalla Finanziaria 2006, 55 sono stati assegnati agli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico privati, 30 agli IRRCS pubblici, 10 ad Alleanza contro il cancro (associazione che coordina la rete degli Irrcs oncologici) e 5 all'Istituto Superiore di Sanità.

Tutela giudiziaria delle persone con disabilità
Roma, marzo 2006

Con la legge 1 marzo 2006, n. 67, pubblicata in Gazzetta ufficiale, n. 54, del 6 marzo 2006, entra in vigore una nuova normativa riguardante "*Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni*". Si tratta di una legge che, mentre risponde a precise direttive dell'Unione Europea sulla parità di trattamento fra le persone, intende promuovere la piena attuazione del principio di parità e delle pari opportunità nei confronti delle persone disabili, al fine di garantire alle stesse il pieno godimento dei loro diritti civili, politici, economici e sociali. Di particolare importanza è la distinzione e definizione dei comportamenti che

attuano una forma di discriminazione. "*Tutti quei comportamenti per cui una persona, per motivi connessi alla sua disabilità, è trattata meno favorevolmente di quanto sia, sia stata o sarebbe trattata una non disabile in una situazione analoga*": discriminazione diretta. "*Tutti quei comportamenti apparentemente neutri, che attraverso una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento, mettono una persona disabile in una posizione di svantaggio rispetto ad altre persone"*: discriminazione indiretta. "*Tutti quei comportamenti indesiderati che, posti in essere per motivi connessi alla disabilità, violano la dignità e la libertà di una persona disabile, o creano un clima di intimidazione ostile e degradante nei suoi confronti*": il cosiddetto mobbing.

Sport invernali, 30mila gli infortuni che si verificano ogni anno
Roma, gennaio 2006

A cadere sono soprattutto i giovani e gli sciatori oltre i 45 anni. Sono quindi due i gruppi di sportivi maggiormente a rischio sulla neve, mentre sciano o mentre si divertono con lo snowboard: i ragazzi tra i 15 e i 24 anni e, tra gli sciatori, gli adulti dai 45 anni in su. E se tra gli sciatori l'incidenza dei traumi aumenta con l'età, in particolare oltre i 50 anni, tra gli snowboarders avviene il contrario, si registra cioè una diminuzione degli incidenti già tra i 25 ed i 34 anni.
Il ritratto dell'infortunato nella pratica degli sport invernali è stato tracciato da SIMON, il Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Incidenti in Montagna, il cui secondo rapporto, curato dall'Istituto Superiore di Sanità, viene presentato nel corso della conferenza che si svolge a Passo Tonale.
I dati sono stati raccolti durante la precedente stagione sciistica, 2004-2005, in numerose località sciistiche italiane situate su tutto l'arco appenninico, dal Centro Addestramento Alpino della Polizia di Stato che ha sede a Moena, dal Centro Carabinieri Addestramento Alpino di Selva Valgardena e dalle società che gestiscono gli impianti di risalita in Italia, per un totale di circa 25.000 casi di infortunio, pari a circa l'85% del totale stimato.
"È opinione diffusa che lo snowboard sia un attrezzo meno governabile, e quindi potenzialmente più dannoso, di quanto non lo sia lo sci", ha dichiarato Marco Giustizi, ricercatore dell'ISS e principale curatore del rapporto.
Come può dunque accadere che utilizzando uno strumento più rischioso, gli snowboarders più maturi incorrano in un numero sempre più ridotto di incidenti sia rispetto agli sciatori, che agli amanti della tavola più giovani? "La risposta più logica e verosimile" secondo Giustini "è da ricercarsi nella diversa percezione soggettiva del rischio. Se tra i 15 e i 24 anni ci si sente immortali, lo snowboarder più maturo, sia per la maggiore esperienza, sia per una consapevolezza maggiore dei propri limiti nella prontezza di riflessi, può essere indotto ad un comportamento più cauto e prudente, dal che deriva la riduzione dei rischi e, quindi, degli infortuni. Una spiegazione questa che non si può trasferire agli incidenti sugli sci, in quanto lo sci viene percepito come più governabile e in grado di "perdonare" eventuali errori. Ne consegue che la percezione di una maggiore sicurezza e il senso di padronanza del mezzo inducano ad atteggiamenti più disinvolti, potenzialmente suscettibili di far trovare lo sciatore impreparato di fronte ad un rischio improvviso".

Secondo il Censis ancora alti gli incidenti per le due ruote. Lieve diminuzione dei comportamenti a rischio tra i più giovani
Roma, gennaio 2006

Le più recenti statistiche ufficiali sull'incidentalità stradale (limitate agli infortuni con danni alle persone rilevati dalle autorità pubbliche) confermano per il 2004 un trend decrescente, iniziato l'anno precedente, del numero di incidenti e di feriti sulle strade: rispettivamente poco meno di 225.000 e oltre 316.000 nel corso dei dodici mesi.
Si è consolidata la tendenza alla riduzione del numero dei decessi che si era già registrata negli anni più recenti. Ciò non di meno, ad esclusione dei morti (-15% rispetto

al 1990), i tassi di incremento della fenomenologia incidentale rispetto all'inizio degli anni '90 rimangono considerevoli: +38,8% gli incidenti, +43,3% il numero dei feriti. In particolare, nel 2004 sono stati 308 i minori deceduti a causa di un incidente stradale (il 5,5% delle morti su strada) e 28.242 hanno riportato lesioni di diversa gravità negli infortuni (pari all'8,9% dei feriti totali). Tra i minori si registra, infatti, un tasso di decremento annuo della mortalità (-3,8% tra il 2003 e il 2004) inferiore a quello medio (-7,3%).

In particolare, 129 delle 308 vittime minorenni (4 su 10) hanno perso la vita in conseguenza di un incidente occorso mentre erano alla guida di un veicolo a due ruote. È proprio la guida di ciclomotori e motocicli a rappresentare una variabile "di resistenza" rispetto alla tendenza generalizzata alla riduzione dei tassi di mortalità. I risultati dei test di autovalutazione della propensione al rischio compilati dagli studenti delle scuole secondarie superiori italiane forniscono al riguardo indicazioni preziose. L'elevata vulnerabilità dei giovani all'ambiente stradale è legata soprattutto alla scarsa esperienza, alla eccessiva fiducia in se stessi e alla ridotta comprensione delle variabili ambientali in grado di influenzare le prestazioni individuali e di condizionare negativamente la sicurezza alla guida. Oltre ciò, va segnalata la scarsa conoscenza delle norme del Codice della strada. Basti pensare che il 46% dei giovani italiani non comprende in modo inequivocabile il significato dei segnali stradali che regolano la circolazione o non vi presta affatto attenzione. Il confronto con i comportamenti rilevati l'anno precedente evidenzia, tuttavia, un sensibile miglioramento in relazione ai principali comportamenti di guida a rischio, che documenta un cammino in corso verso paradigmi di sicurezza più efficaci. In particolare, si è ridotto il numero dei giovani che: non indossano il casco in motorino (dall'8% al 3,3% a livello nazionale e nel Mezzogiorno dal 22,3% al 7%); percorrono un incrocio con il semaforo rosso (dal 37,3% al 31,5%); circolano in due sul motorino (dal 59,6% al 52,7%, ma la rispettiva quota è ancora pari al 79,9% al Sud).

SEGNALAZIONI EDITORIALI

Mitton Craig, Donaldson Cam. *Come stabilire le priorità in sanità. Una guida all'applicazione dell'economia nel processo decisionale.* Il pensiero scientifico, Roma 2006, pp. 224, € 22,00

Il priority setting (la determinazione di una scala di priorità sulla base dell'esperienza conseguita) è una capacità di cui deve essere dotato chiunque si occupi di management sanitario. Donaldson e Mitton passano in rassegna le differenti metodologie, schierandosi decisamente a favore di un approccio basato sull'economia, PBMA (programme budgeting and marginal analysis). Basandosi sulla propria ricca esperienza internazionale e su un peculiare programma di ricerca in collaborazione, gli autori mostrano come grazie al PBMA si possano basare le decisioni su concetti economici validi tenendo conto delle complessità dell'assistenza sanitaria e di tutti i problemi relativi al beneficio dei pazienti e del pubblico. Il libro fornisce il background accademico nonchè gli strumenti metodologici di implementazione, fornendo a clinici e manager i mezzi per programmare la prestazione ottimale dell'assistenza sanitaria entro un budget fisso.

Bruno Paolo. *La competenza manageriale in sanità. I nuovi livelli di responsabilità in una sanità che cambia.* Franco Angeli, Roma 2006, pp. 256, € 23,00

Il processo di trasformazione dello Stato in senso federale che si sta compiendo negli ultimi anni ha portato profondi mutamenti nella sanità italiana. Gli organi direttivi delle singole regioni si sono impegnati nello sviluppo di autonomi modelli di organizzazione sanitaria che, a loro volta, hanno influenzato un rapido ed intenso sviluppo delle competenze dei dirigenti delle aziende sanitarie, quotidianamente coinvolti nella ricerca di nuovi approcci manageriali in grado di gestire il profondo cambiamento in atto. Il testo nasce con l'obiettivo di fornire una chiave di lettura dei tre livelli di competenza manage-

riale: il livello statale, il livello regionale e il livello aziendale.

A cura di Marini M.G., Castelli N. ***Le organizzazioni aperte in sanità. Innovare per gestire la complessità del mondo sanitario.*** **Il Sole 24 Ore Libri, Milano 2006, pp. 212, € 25,00**

Che cosa sono le "organizzazioni aperte in sanità"? Sono organizzazioni disponibili a inventare formule di assistenza più dinamiche, strutture trasparenti per il paziente e per il cittadino, in evoluzione continua da più punti di vista, manageriale, amministrativo, politico. Sono aperte al finanziamento multiplo, pubblico e privato, non più vissuti come un binomio in opposizione ma come due sistemi da integrare. Sono aperte alle nuove tecnologie, all'innovazione scientifica e alla promozione dell'etica della professione sanitaria. "Questo volume lancia una nuova idea: l'organizzazione aperta. Non è uno slogan né una formula magica per sradicare la questione sanità dalle implicazioni economiche e politiche che ne condizionano il progresso; ma è piuttosto una chiave di lettura della realtà attuale e un principio da cui partire per le riflessioni sul futuro. Le strutture sanitarie aperte... sono quelle che rispondono non solo alla domanda di salute di oggi ma anche alla domanda di innovazione di domani, per stare al passo con una medicina che evolve a ritmi impensabili solo pochi anni fa." (Umberto Veronesi).

A cura di Strollo M.R. ***Ambiente, cittadinanza, legalità. Sfide educative per la società del domani.*** **Franco Angeli, Roma 2006, pp. 192, € 19,00**

A partire da una lettura del processo educativo in chiave epistemologicamente democratica e da una analisi del nesso educazione/ambiente nella sua duplice accezione di educazione attraverso l'ambiente ed educazione all'ambiente, il volume individua alcune delle nuove sfide educative nell'educazione all'ambiente, alla cittadinanza e alla legalità, obiettivi prioritari ai fini della partecipazione attiva e critica degli individui alla vita politica e culturale della comunità. Nella seconda parte del volume sono analizzati alcuni esempi di "buone pratiche" relative all'educazione alla percezione del rischio ambientale, all'educazione a un rapporto critico tra uomo e ambiente tecnologico, all'uso di linguaggi divergenti (popular music, favola rock) come strumento di sensibilizzazione alle problematiche ecologiche e sociali.

Lombardi Lia. ***Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute.*** **Franco Angeli, Roma 2006, pp. 208, € 15,50**

Gli studi e le ricerche sul rapporto tra donne, salute e medicina hanno messo in evidenza la costruzione e il controllo sociale del corpo femminile, attraverso il processo di medicalizzazione che, a partire dal Settecento, ha riguardato dapprima il parto e la nascita e, in tempi più recenti, tutto il processo riproduttivo (contraccezione, aborto, procreazione assistita e menopausa). Con questi presupposti, con un ottica di genere e attraverso confronti tra paesi e culture diverse, il libro spiega la relazione tra differenze e disuguaglianze di genere, stati di salute e modelli culturali, focalizzando l'attenzione sulla salute riproduttiva quale indicatore di benessere e di sviluppo sociale.

DIRECTIONS FOR AUTHORS

Difesa Sociale (DS - Social Defense) publishes previously unpublished research, study, and scholarly articles in the matter of:

Health and security in living and working environments;

Social inclusion of disadvantaged individuals;

Needs of the population and social and health-care services.

The Authors who intend to submit articles that do not pertain directly to the issues dealt with by DS need to consult the editorial staff of the magazine in advance.

SUBMITTAL OF THE ARTICLES

Papers must be submitted to the Editorial Office of *Difesa Sociale*, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Via Pasquale Stanislao Mancini 28, 00196 Rome, Italy.

Only original and unpublished papers in the Italian, English or French language may be submitted.

Every paper is subjected to at least two referees. In the event of the acceptance of a paper, notice shall be given to the author/presenter within a three-month period.

Correspondence and offprints shall be addressed exclusively to the Presenter of the article.

The original copy of papers that are not going to be published shall not be returned.

TYPESCRIPT

Two paper copies of each typescript shall be submitted together with a copy on floppy disk. Papers need to be written as concisely as possible.

The title, written on a separate paper, shall be followed by the full name of the Author(s), the Authors' qualifications, and the name of the organization they belong to. Besides, the name of the Author/Presenter, as well as his/her address, telephone number, fax and e-mail must be clearly shown.

No title abbreviations are allowed. The meaning of any abbreviation has to be specified in both the text and the abstract. Abbreviations shall be written in capital letters, while logos shall be written in small capitals (i.e., DNA; IIMS).

Texts need to be broken down into chapters (i.e., Introduction, Materials and Methods, Results, Conclusion) and accompanied by bibliographies and abstracts. The latter need to be seven lines long and written in both Italian and English.

Footnotes, tables, photographs, diagrams and graphs may only be included if strictly needed to understand in full the treatment and the results. Any iconographic element needs to be progressively numbered and clearly quoted within the text.

Any term in Latin or in a foreign language needs to be written in italic.

BIBLIOGRAPHY

Each bibliographic entry shall be numbered and referred to in the text with a number in square brackets.

The bibliography shall be drawn up in line with the standard Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals (the so-called Vancouver style) that may be referred to in *www.icmje.org.*

The titles of periodicals may be abbreviated in line with the Index Medicus that may be referred to in *www.medscape.com* and *www.ncbi.nlm.nih.gov/entrz/query.fegi.*

AUTHORIZATIONS, ACKNOWLEDGMENTS

Extended quotations and iconographic elements taken from different publications need to be accompanied by the authorizations given by the Authors and Publishers in compliance with copyright regulations.

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Difesa Sociale pubblica articoli inediti di ricerca, studio e aggiornamento in tema di:
- Salute e sicurezza in ambiente di vita e di lavoro;
- Inclusione sociale dei soggetti svantaggiati;
- Bisogni della popolazione e servizi sociali e sanitari.

Gli Autori che intendono presentare articoli non direttamente attinenti alle tematiche proprie di Dif Soc, dovranno consultare in anticipo la direzione della rivista.

PRESENTAZIONE DEGLI ARTICOLI

I lavori devono essere presentati alla Redazione di Dif Soc, Istituto Italiano di Medicina Sociale, Via Pasquale Stanislao Mancini 28 -00196 Roma.

Possono essere presentati solo lavori originali e inediti, in lingua italiana, inglese e francese. Tutti i lavori sono sottoposti ad almeno due referee. Dell'avvenuta accettazione del lavoro è data comunicazione all'Autore/presentatore entro tre mesi.

Corrispondenza ed estratti saranno indirizzati esclusivamente al Presentatore dell'articolo.

Gli originali degli articoli non pubblicati non vengono restituiti.

DATTILOSCRITTI

Dei dattiloscritti devono essere presentate due copie cartacee ed una copia su floppy disk. I lavori devono essere scritti nel modo più conciso possibile.

Il titolo, su pagina separata, deve essere seguito dai nomi anagrafici (per esteso) degli Autori, dall'indicazione delle loro qualifiche ed enti di appartenenza. Deve inoltre essere chiaramente indicato il nome dell'Autore/presentatore, il suo indirizzo, numero di telefono, fax ed e-mail.

Non sono ammesse abbreviazioni nel titolo. Di ogni abbreviazione dovrà indicarsi il significato sia nel testo che nei riassunti. Le abbreviazioni vanno rese in minuscolo, le sigle vanno rese in maiuscoletto (es.: DNA; IIMS).

I testi devono essere suddivisi in capitoli (per es.: Introduzione, Materiali e metodi, Risultati, Conclusione) e corredati da bibliografia e da sunti di sette righe, questi ultimi in lingua italiana ed inglese.

Note a pie' di pagina, tabelle, foto, schemi e grafici possono essere inseriti solo se strettamente necessari alla piena comprensione della trattazione e dei risultati. Gli elementi iconografici devono essere numerati progressivamente e chiaramente citati all'interno del testo.

Tutti i termini in latino e in lingua straniera debbono essere scritti in corsivo.

BIBLIOGRAFIA

Ciascuna voce bibliografica deve essere numerata e richiamata nel testo con il numero in parentesi quadre.

La bibliografia deve essere stilata secondo lo standard *Uniform requirements for Manuscript submitted to Biomedical Journals* (c.d. *Vancouver style*), consultabile in www.icmje.org. I titoli dei periodici possono essere abbreviati in conformità con l'*Index Medicus*, consultabile in www.medscape.com e in www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi.

AUTORIZZAZIONI, RICONOSCIMENTI

Le citazioni estese e gli elementi iconografici tratti da altre pubblicazioni debbono essere accompagnati dalle autorizzazioni degli Autori e degli Editori in conformità alle norme che regolano il copyright.

PUBBLICAZIONE FUORI COMMERCIO
Spedizione in abbonamento postale - Filiale di Roma