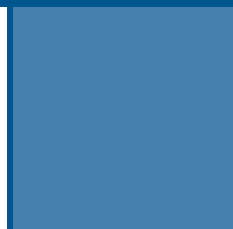
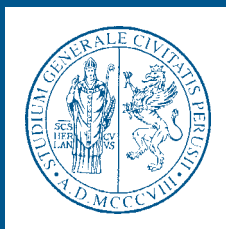
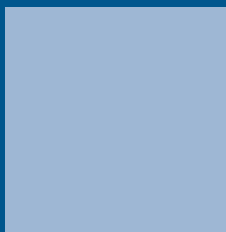


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Modalità di abbonamento 2017

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia

<http://cespes.unipg.it>

rivistecespes@gmail.com

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Abbonamento (4 fascicoli)

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 57 / on-line € 50

Privati: cartaceo € 42 / on-line € 30

Soci SItI: cartaceo € 26 / on-line € 18

Soci CARD: cartaceo € 26 / on-line € 18

Estero: cartaceo € 65 / on-line € 55

Un fascicolo: cartaceo € 13 / on-line € 8

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

tel.: 075.585.7355

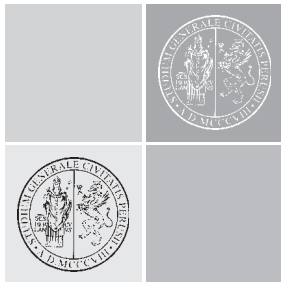
per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT

Grafox Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 61, n. 2, aprile-giugno 2017

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / http://cespes.unipg.it

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia (SIPNEI), Roma / Eric Breton, INPES Promotion de la Santé, Département Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de Santé - SHSC École des Hautes Études Santé Publique (EHESP), France / Riccardo Casadei, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano / Enrico Desideri, Azienda USL Toscana Sud Est / Paola di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Azienda USL Modena / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferradini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Fabrizio Fornari, Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Fausto Francia, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Salvatore Genaci, Area Sanitaria, CARITAS Diocesana di Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Guido Giarelli, European Society for Health and Medical Sociology, Dipartimento di Scienze della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Marco Ingrassio, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara / Lynne Kennedy, University of Chester, Department of Clinical Sciences & Nutrition, UK / Domenico Lagravinese, ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Firenze / Edvige Mancinelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Liliana Minelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maurice Mittelmark, Faculty of Psychology, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Aldo Morrone, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute della Popolazione Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giancarlo Pocecca, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, European Public Health Association, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPS), Università di Bologna / Carlo Romagnoli, Azienda USL Umbria 1, Perugia / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE/ITALIA) / Marzia Sandroni, Azienda USL Toscana Sud Est / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Francesco Scotti, Psichiatra / Tullio Seppilli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Gianfranco Tarsitani, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslationale, Sapienza Università di Roma / Enrico Tempesta, Osservatorio Permanente Giovani e Alcool, Roma / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II di Napoli / Lenneke Vaandrager, Wageningen University, Group Health & Society (HSO) Department of Social Sciences, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia.

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 61, n.2 aprile-giugno 2017

- 5 *In questo numero*
- Editoriale* 7 A proposito di vaccini e vaccinazioni, tra coscienza e ragione, ideologia e scienza
About vaccines and vaccinations, between conscience and reason, ideology and science
Lamberto Briziarelli
- Articoli* 11 La dipendenza da internet: una nuova dipendenza o una condizione sociale diffusa?
The internet addiction: a new addiction or a widespread social condition?
Rosolino Vico Ricci, Luigi Ferrannini
- 32 Per una nuova scienza e cura dell'essere umano
For a new science and human care
Francesco Bottaccioli
- 48 Valutazione di processo e di esito di un programma di sorveglianza nutrizionale per la riduzione di sovrappeso e obesità a Taranto
Process and outcomes evaluation of a nutritional monitoring program for overweight and obesity reduction in Taranto
Antonio Pesare, Sabrina Liuzzi, Walter Liuzzi, Paola Beatini
- 68 Consumismo sanitario e medicalizzazione nell'era di Facebook. A chi serve una sanità sempre più obesa e illogica?
Health consumerism and medicalization in the Facebook era. Does who need a more and more obese and illogic Health System?
Mariano Dimonte
- 77 Percorsi di empowerment per celiaci neodiagnosticati e familiari
Empowerment programs for "new" celiac and their family
Emilia Guberti, Paola Navacchia, Elena Centis, Laretta Bianco, Francesca Celenza, Silvia Bertini, Chiara Rizzoli, Francesca Visani

-
- Dibattito* 85 Il lavoro dell'OIP: un possibile contributo al cambiamento dei
Dipartimenti di prevenzione
*The work of OIP: a possible contribution to the change in the
Department of Prevention*
Francesco Calamo-Specchia
- Documenti* 100 Documento finale di Senigallia
Convention Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, 31 marzo 2017
- 103 Distretto e cure primarie: contesto, criticità, soluzioni
Rapporto sui lavori del gruppo "Distretti e Cure Primarie" al Quinto
Congresso Nazionale di Senior Italia "Corte di giustizia popolare per il
diritto alla salute", Rimini, 18-20 novembre 2016
a cura di Luciano Pletti

In questo numero

Proseguendo sulla linea di ampliamento delle tematiche affrontate nelle sezioni monografiche dello scorso anno proponiamo l'approfondimento di alcune problematiche.

Un quesito innegabilmente attuale per la ricerca scientifica, per la sanità pubblica e per il “nesso” fortissimo e palese con la vita reale di tutti noi apre *questo numero*: internet: una nuova dipendenza o una condizione sociale?

È questo il titolo del contributo di *Rosolino Vico Ricci* e *Luigi Ferrannini* che dopo un'attenta analisi dei dati socio-epidemiologici evidenzia la complessità di analisi del comportamento di utilizzo, la difficoltà di distinzione tra usi normali e patologici, l'eventuale sovrapponibilità della dipendenza da mezzi informatici a quella da sostanze. Gli Autori affrontano quindi la questione della diagnosi di dipendenza da internet e propongono un modello interpretativo che integra condizioni biologiche, psicologiche e sociali considerando al contempo fattori soggettivi appartenenti alla storia della persona. L'ultima parte dell'articolo analizza le possibili strategie preventive e gli strumenti utilizzabili: un campo di ricerca ancora assai aperto.

Francesco Bottaccioli, nel più recente panorama politico-economico caratterizzato da cambiamenti epocali, propone un paradigma alternativo al paradigma riduzionista della bio-medicina che interpreti i fenomeni di salute-malattia.

Sovrappeso e obesità rappresentano un importante problema di sanità pubblica per il quale si moltiplicano gli interventi promossi dai servizi sanitari: la letteratura internazionale da tempo sollecita la necessità di dotarsi di indicatori e strumenti atti a valutarne gli esiti. E proprio al tema della valutazione di esito e di processo degli interventi per la promozione di corretti stili di vita alimentari è dedicato il contributo di *Antonio Pesare et al.* Il Programma è parte di un ampio Progetto di sorveglianza nutrizionale realizzato dal Dipartimento di Prevenzione di Taranto. Sono riportati gli indicatori di esito e di processo utilizzati, i risultati in riferimento ai rispettivi obiettivi di salute, comportamentali ed educativi e le ipotesi di proseguimento e ri-orientamento di un lavoro maggiormente centrato sui determinanti sociali della comunità. Una riflessione e una vivace problematizzazione sull'influenza del mercato sulla medicina costi-

tuisce il focus dell'articolo di *Mariano Dimonte*. In un significativo susseguirsi di argomentazioni sui legami tra consumismo, digitalizzazione e medicalizzazione della vita – già *in utero*, in età prenatale – l'Autore evidenzia il rischio di una medicina sempre più tecnologica e impersonale, dominata da routine e procedure standardizzate dove il ruolo del medico potrebbe apparire sempre più simile a quello del videoterminalista.

Una trattazione accesa e volutamente provocatoria che mette in guardia dall'attuale penalizzazione dell'attività clinica fondata su logica e ragionamento critico e non da ultimo sull'etica. L'auspicio di un ritorno ad Igea.

Chiude la serie di Articoli *Emilia Guberti et al* che descrivono percorsi di empowerment per celiaci neo-diagnosticati e familiari realizzati nella ASL di Bologna: un'esperienza di sanità di iniziativa per una attuale problematica di salute.

Per la rubrica *Dibattito* *Francesco Calamo Specchia* riporta risultati del lavoro dell'Osservatorio sulla Prevenzione che analizza assetti organizzativi e punti di forza e criticità di una struttura centrale del Servizio Sanitario. Al contributo ben si connette il recente *Documento di Senigallia* che riporta la Sintesi dei Lavori della Convention dei Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione.

Editoriale

A proposito di vaccini e vaccinazioni, tra coscienza e ragione, ideologia e scienza

About vaccines and vaccinations, between conscience and reason, ideology and science

Lamberto Briziarelli

Quando questo numero della rivista sarà diffuso, molto probabilmente la dissennata canea sui vaccini e le vaccinazioni sarà sopita e sarà molto meglio così, per meglio comprendere il ragionamento che ci sentiamo di fare. Che è necessario fare, soprattutto quando i bollenti spiriti e gli animi accesi saranno stati dismessi, in quanto siamo convinti che nella vicenda si sia dimenticato l'obiettivo vero della questione, la salute dei cittadini; per dare spazio a motivazioni legate a problematiche che spesso avevano poco a che fare con la ragione e con la verità scientifica. Ma sono frutto di problemi di coscienza soggettiva, di interessi personali e di gruppi, di lotte di partito e politiche, di potere e di quante altre cose animano il dibattito sociale, nel grande teatro dei mezzi di comunicazione di massa e nel teatrino soggettivo dei social, più sotterraneo ma altrettanto grande, ancora più pericoloso in quanto in esso trovano sfogo le idee più strampalate, le ipotesi più assurde, quelle che non si avrebbe il coraggio di dire a voce alta in un pubblico consenso.

Tutto nasce in un tempo lontano, alla fine del secolo breve, con la scervellata idea di abolire l'obbligatorietà di vaccinazioni che avevano consentito di ridurre – se non eliminare quasi del tutto – flagelli tremendi, che causavano danni incredibili soprattutto nelle giovanissime generazioni. Nei miei ricordi c'è sempre vivissimo – ero studente del terzo anno di medicina – il figlioletto del mio vicino di casa, in un piccolissimo paese delle colline attorno a Terni, colpito dalla poliomielite; si salvò dalla morte ma rimase paralizzato dall'arto inferiore destro. Un solo caso, per fortuna, che sconvolse tutto il paese. I miei primi studi, ancora da studente, furono dedicati ai virus della polio e mi sono laureato con una tesi sulla diffusione di essi nelle comunità infantili.

Quella decisione degli anni novanta si basò su un grosso equivoco, sull'ignoranza dei fatti: poiché le malattie in questione erano ridotte e quasi scomparse, al disotto dei livelli endemici, ba-

sta vaccinare; dimenticando che ciò si doveva solo ed esclusivamente ai vaccini, alla loro pratica continuativa nei confronti di una percentuale elevata di possibili portatori, tale da interrompere la catena epidemiologica. Nell'ignoranza di una regola ben nota ai biologi e da sempre ribadita rispetto al permanere dei microrganismi in diversi nicchie e serbatoi, in relazione a particolari condizioni ambientali e di vita. Pazienza per l'ignoranza dei politici al Governo ed in Parlamento ma non per gli esperti, i membri dei consigli e comitati di consulenza del Governo e degli apparati dello Stato. Si levarono diverse voci dagli Igienisti ma, come si sa, costoro non hanno avuto mai un grande ascolto. Poco e solo in rare occasioni, particolarmente favorevoli. Quegli anni segnarono l'inizio di un periodo quasi tutto da cancellare, fatto di confusione e disordine, che dura tutt'oggi, per la concomitanza di svariate cause mondiali e nazionali, mutamenti epocali di carattere politico, economico, demografico, di cui basta segnalarne solo due: la caduta dei muri e l'affermazione del capitalismo, con la conseguente deriva neo-liberista e la sacralizzazione del mercato, libero da ogni vincolo, risolutore di tutti i mali, la globalizzazione, esecrata e osannata. Introducendo nella popolazione, anche a seguito della gravissima crisi economica, la filosofia del fai da te, dell'individualismo, nel rifiuto della collettività, delle istituzioni, dei partiti e degli altri corpi intermedi, fino alla negazione della democrazia e la ricerca di un uomo nuovo, forte e risolutore.

Nel quadro della grave crisi che tuttora attanaglia il nostro Paese si sono esperiti diverse volte tentativi di cambiare qualcosa, di metter ordine, di tappare qualche buco ma spesso le toppe erano peggiori dei buchi o ne creavano altri. Così è stato per le vaccinazioni, nelle quali si è voluto mettere ordine a causa del clima irrespirabile creatosi attorno ad esse; un'atmosfera di guerra violenta tra i partiti, cominciata con la storia del vaccino antimorbilloso causa di autismo (cui addirittura il New York Times aveva dedicato un editoriale, denunciando la diminuzione dei bambini vaccinati in Italia) e proseguita con l'infermiera che fingeva di vaccinare i bambini, evitando così le lacrime dei bambini e le lamentele delle madri.

Descrive benissimo la situazione Panarari, in un breve scritto su un settimanale, segnata dalla presenza di "atteggiamento antiscientifico, antivaccinismo" "disinformazione nei riguardi della medicina ufficiale", di "vari rivoli di ecologismo e un filone di antiscientismo, mescolato con significative dosi di anticapitalismo, cospirazionismo e dietrologia". Ed ancora "in questa visione No-vax agisce sicuramente l'influenza di un elemento "anarcolibertario" di rigetto dell'obbligatorietà", nonché "la teorizzazione che la dannosità delle vaccinazioni servirebbe solamente a incrementare i profitti di Big Pharma e delle multinazionali farmaceutiche"⁽¹⁾.

Dentro questo quadro può essere collocato il conflitto tra due Ministre (sanità e istruzione) che hanno assunto posizioni strumentali e in qualche modo ideologiche, mettendo a confronto un obbligo per la tutela della salute di tutti e il diritto allo studio di un singolo individuo che per qualche ragione non può essere vaccinato. Il Consiglio dei Ministri ha assunto un provvedimento illogico e antiscientifico, accettando un compromesso brutto: obbligatorietà per tutti

1. M.Panarari. Boccia in Scienze. L'Espresso, n.22, maggio 2017 pag.38

i vaccini (accontentiamo la sanità) ma obbligo solo fino ad una certa età (accontentando a metà l'istruzione). Una soluzione che non risolve il problema della copertura vaccinale della popolazione maggiormente esposta alle patologie infettive in questione ed incrementa il malumore della popolazione.

Vediamo il perché:

- senza entrare nel merito dei singoli vaccini, non si vede la necessità di rendere obbligatori tutti i vaccini prima considerati facoltativi (su qualcuno si potrebbero avanzare dubbi anche sull'efficacia); forse si sarebbe potuto aggiungerne uno o due ma non più. I più maligni o i nemici politici del governo, potranno benissimo sollevare il problema prima ricordato da Panarari, di voler fare un favore ai produttori di vaccini, anche se la giustificazione tecnica esiste, per la presenza in commercio dei vaccini multipli che consentono una sola somministrazione per sei o sette antigeni
- ma certamente peggiore, chiaramente antiscientifica, appare la scelta di escludere dall'obbligo una fascia di popolazione infantile scolastica esposta – con bassi livelli di copertura vaccinale come risulta dai dati statistici ministeriali – che si troverà in corti di individui privi di protezione; la situazione peggiore per causare vere e proprie epidemie.

Il modo per garantire il diritto allo studio, anche a coloro che non possono essere vaccinati è garantito proprio dal poter andare in una classe dove tutti gli altri, o perlomeno il 95 per cento di essi, siano vaccinati.

È talmente evidente che non osiamo nemmeno domandarci come mai non ci si sia pensato: pazienza per i politici che non sono necessariamente tecnici ed esperti della materia ma avrebbero potuto ragguagliarsi da qualche esperto presente qua e là nei ministeri o negli istituti scientifici di riferimento.

“Quandoque bonus dormitat Homerus”, dicevano i romani ma qui non si dormicchia, si dorme sonni profondi, incoscienti, trattando di problemi assai importanti in modo tanto superficiale ed improvvido.

I vaccini sono farmaci sostanzialmente innocui, che possono essere anche dannosi se mal usati; come tutti i medicinali hanno effetti collaterali, per lo più banali ma che certamente possono preoccupare i genitori; hanno controindicazioni generali e specifiche che sono di competenza dei soli medici. Essi non possono essere utilizzati a fini ideologici, di propaganda politica, di potere partitico, di lotte interne fra e entro gli schieramenti politici.

Né essere oggetto della pubblicistica corrente o della propaganda che si fa attraverso ogni mezzo di comunicazione. In questo purtroppo dobbiamo registrare un ruolo perverso da parte di un certo giornalismo.

Di ciò debbono essere garanti e custodi gelosi i reggitori della cosa pubblica ma anche, e talora con maggiore attenzione, tutti i politici ed i notisti della comunicazione di massa.

Abbiamo letto, non riferiamo l'autore, su uno dei quotidiani nazionali a maggiore tiratura, una sussiegosa nota contro l'obbligatorietà, in cui si sosteneva che bastava aspettare che comparisse

il pericolo per dare il via alla vaccinazione; è chiaro che questa persona non ha la più pallida idea di cosa dice rispetto

- a) al tempo occorrente per organizzare una vaccinazione di massa,
- b) al fatto che un vaccino diventa efficace dopo circa due settimane dalla somministrazione,
- c) alle scorte di cui si deve disporre,
- d) al fatto che i microbi mutano e occorre sempre rincorrerli per produrre il più rapidamente possibile vaccini da utilizzare al momento più opportuno per impiegarli.

I nostri lettori sanno bene quanto ciò sia importante per la lotta contro i virus influenzali. E non solo contro l'Haemophilus!!!

Ma veniamo, per finire, al nodo più importante del discorso, l'obbligatorietà delle vaccinazioni, un tema assai delicato che – specialmente in questo periodo di sfiducia nelle istituzioni, di individualismo esasperato, dell'uno vale uno, del fai da te per ogni problematica, compresa la salute e l'uso della sanità – deve essere trattato con grande attenzione e senso di responsabilità. L'obbligatorietà della vaccinazione di massa ai fini della salvaguardia della salute pubblica e della protezione della maggior parte dei cittadini è fuori discussione e non può essere oggetto di contrattazione. Tuttavia, in tempi di esasperazione del discorso sulla democrazia e sui diritti, va ricordato che l'obbligo è comunque una costrizione e che la sua accettazione non può essere fraintesa come partecipazione. Tanto che la sua liberalizzazione ha portato ad un calo progressivo della pratica vaccinale, specie in alcune aree del Paese, provocando una forte ripresa di alcune patologie infettive. E va pure ricordato che certe vaccinazioni non obbligatorie ma consigliate per alcune fasce di popolazione hanno avuto scarsa partecipazione con gravi conseguenze, affollamento degli ospedali, puntate epidemiche gravi, picchi di mortalità. Con anche grave appesantimento della spesa sanitaria!

Il che ci porta a brevi considerazioni finali. L'obbligo deve essere mantenuto solo per alcune patologie di maggiore pericolosità e rischio per la comunità, un eccesso può indurre rifiuti per varie motivazioni. Ma non si può contare solo sul dovere. Occorre promuovere un'opera permanente di informazione ed educazione sanitaria nei confronti dei cittadini che contrasti opportunamente la balburdie ed il bailamme che abbiamo prima richiamato, con altrettanta forza e profondità. Occorre un impegno di tutta la sanità e soprattutto richiamare l'operato importante dei medici e dei pediatri di base, nei loro diuturno rapporto con la popolazione, nell'orientare i propri assistiti a compiere scelte consapevoli ed intelligenti rispetto alla salute ma anche, nello specifico, informarli scientificamente e decidere con essi le necessità vaccinali e stabilire – solo un medico può farlo – quando un bambino può essere o non essere vaccinato.. Nella formazione delle future generazioni anche la scuola dovrà dare il suo contributo, come più volte detto ma poco praticato; svolgere un ruolo primario anche rispetto ai temi della salute, come completamento essenziale del futuro cittadino nel poter giudicare con cognizione di causa su tutte le sciocchezze, stupidaggini, affermazioni avventate, con cui viene bombardato di continuo, da ogni parte.

La dipendenza da internet: una nuova dipendenza o una condizione sociale diffusa?

The internet addiction: a new addiction or a widespread social condition?

Rosolino Vico Ricci *, Luigi Ferrannini**

**Psichiatra e Psicoterapeuta, Libero Professionista. Già Direttore del Dipartimento Dipendenze e Dipartimento Salute Mentale e SERT ASL 5 "Spezzino", La Spezia. "Spezia Salute"*

***Psichiatra, Professore a contratto Università di Genova, Past President Società Italiana di Psichiatria*

Parole chiave: internet, scopi della connessione, conseguenze sociali, dipendenza, fattori di rischio, prevenzione

RIASSUNTO

Si calcola che nel mondo nell'anno 2016 le persone utilizzatrici della rete siano state oltre 3 miliardi e mezzo, con la maggior concentrazione in Asia e subito dopo in Europa. Gli scopi con cui ci si connette alla rete sono assai differenti ed ampiamente diversificati (dal lavoro al divertimento). Si tratta di un fenomeno sociale di vaste proporzioni e si presume che il tasso di connessione annuo, in forte crescita, possa portare in breve tempo alla possibilità di accedere ad internet praticamente a chiunque ed in ogni luogo. L'industria che opera nel campo informatico ha interesse alla distribuzione, sempre più ampia, dei mezzi per connettersi (computer, tablet e smartphone), così come allo sviluppo ed all'aggiornamento continuo dei software per computer e applicazioni per smartphone e tablet. La crescita della disponibilità della rete, dei mezzi per connettersi e delle applicazioni determinano, infine, la necessità di inserirsi nel sistema informatico.

Le conseguenze sono le semplificazioni e le facilitazioni nella vita quotidiana, da un lato, e dall'altro lato il rischio dello sviluppo di una impellenza alla connessione che può determinare uno stato patologico di dipendenza, ma anche un isolamento crescente dalle relazioni sociali. Nell'articolo si cercherà di affrontare le conseguenze dell'eccesso di connessione, le possibili conseguenze psicopatologiche i fattori di rischio per la dipendenza e qualche suggerimento per la messa in atto di interventi preventivi.

Keywords: internet, purpose of access, social consequences, addiction, risk factors, prevention.

Autori per corrispondenza: aferrannini@libero.it; vicoricci@tin.it

SUMMARY

It is estimated that in the year 2016 user network people in the world have been over 3 billion and a half, with the greatest concentration in Asia and soon after in Europe. The purpose with which users connect to the network are very different and widely diversified (from work to fun). It is a social phenomenon of vast proportions: it is assumed that the annual high-growth rate of connection could quickly lead almost anyone and any place to the possibility of internet access. The computer industry is interested in a growing distribution of connecting media (computers, tablets and smartphones) as well as in the development and the continuous updating of computer software and applications for smartphones and tablets. The growth of the availability of the network, the connecting media and applications determine, finally, the need to enter the computer system.

The consequences are simplifications and facilities in daily life, on the one hand and on the other hand the risk of the development of an urgency to the connection that can determine a pathological state of dependence, but also an increasing isolation from social relations. The article will try to deal with the consequences of inappropriate connection, the risk factors for addiction and suggesting some ideas for prevention.

1. Introduzione

È innegabile che dal 1969, anno in cui il Dipartimento della Difesa degli Stati Uniti metteva a punto il sistema di trasmissione delle informazioni chiamato ARPANET, i passi fatti nell'ambito della diffusione di dati, informazioni, notizie di ogni genere, di applicazioni per il gioco ed il tempo libero e di comunicazione in senso lato sono stati immensi. Occorre anche riconoscere che tutto questo ha portato a migliorare, in senso lato e generico, le nostre condizioni di vita; basti pensare, in ambito scientifico, la semplicità e velocità con cui si scambiano le informazioni e quale potenza hanno assunto gli applicativi nell'ambito della ricerca, dei servizi, da quelli bancari a quelli per il turismo e così via, per non parlare delle applicazioni nella Pubblica Amministrazione.

Dall'altro lato si sono sviluppati in modo vistoso anche altri aspetti che sono i social network, gruppi di condivisione di notizie, immagini, filmati, per non parlare del commercio online. I giochi ed il gioco d'azzardo online sono un'area che si presta più delle altre a far scivolare le persone in comportamenti di dipendenza, di cui si cercherà di parlare in questo articolo.

A tal proposito risulta interessante citare il fatto che si inizia, con alta probabilità, a parlare in ambito medico di dipendenza da Internet a partire dal 1996 quando nel numero 154 del *Canadian Medical Association Journal*, compare un articolo dal titolo: "Internet addiction: a new disorder enters the medical lexicon", a firma di Michael O'Reilly (1): in esso oltre alla introduzione dei termini "dipendenza da internet" nel linguaggio medico si fanno alcune interessanti osservazioni, che sono sintetizzate qui di seguito:

1. essere connessi è fondamentale, ma una cosa buona utilizzata troppo può creare problemi?
2. trascorrere molte ore sulla rete può determinare qualcosa di negativo sulla vita reale?
3. l'uso ripetuto di internet è un mezzo utile e affascinante o una dipendenza?

Recentemente il regista cinematografico Werner Herzog si è dedicato a dare risposte ad alcune

delle domande sopra poste con un film documentario dal titolo “Lo and behold: reveries of the connected world”, oltre gli aspetti avveniristici che egli pone rispetto all’evoluzione dei robot ed anche il problema della dipendenza dalla rete. Colpisce una sua affermazione in una intervista in cui descrive il suo lavoro in cui dice: “... Tuttavia mi affascina parlare con giovani collassati dopo 60 ore al video. Sa che si mettono i pannoloni per non dover interrompere una partita? Per loro la dimensione virtuale è come l’eroina. Hanno perso il nesso con la vita reale ...” (2). Il regista, oltre alla descrizione della grave patologia comportamentale che incontra nel suo lavoro, pone l’accento sulla perdita del nesso con la vita reale, che è la medesima domanda posta nel 1996 nell’articolo sopra citato. Questo aspetto, la perdita del nesso con la vita reale, sembra essere un motivo centrale della permanenza eccessiva sulla rete. Questi elementi saranno discussi più avanti insieme a cenni di epidemiologia, di diagnosi e di problemi di prevenzione della dipendenza da internet.

2. Dati socio - epidemiologici

L’Internet World Stats (3) riferisce una stima secondo cui nel mondo, nell’anno 2016, gli utilizzatori di Internet sono stati 3.611.375.813, con il numero più elevato in Asia, seguita dall’Europa, dall’America Latina, dall’ Africa, dal Nord America, dal medio Oriente e per ultima l’Oceania e l’Australia. In Asia lo sviluppo delle connessioni ad internet ha la maggiore velocità di espansione, in ogni caso in relazione alla popolazione.

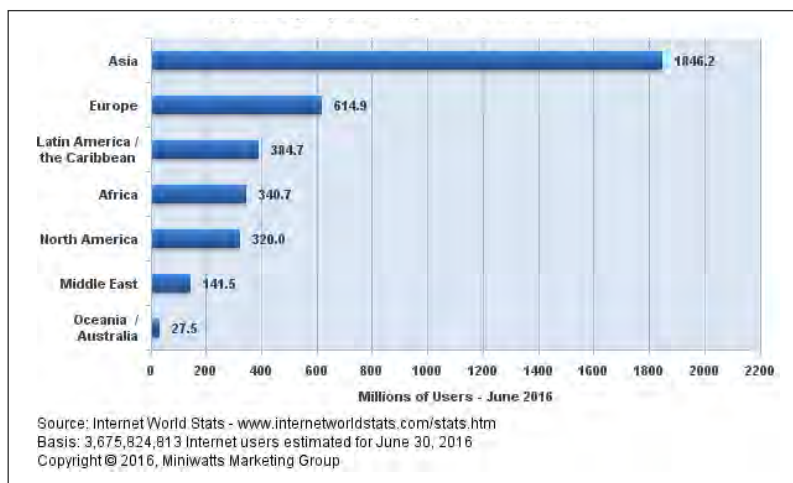


Figura 1- Consumatori di internet nel mondo per continenti

Se diamo uno sguardo all’Europa, stando alle stime della già citata Agenzia, si osserva che la Russia è la nazione con la maggior entità di popolazione connessa ad internet, sempre tenendo conto del numero di abitanti. L’Italia si colloca al sesto posto dopo Germania, Regno Unito,

Francia e Turchia. La stessa Europa rappresenta il 17,9 % della popolazione mondiale connessa ad internet.

Occorre ricordare che l'uso dei Social Network (Facebook, Twitter, ecc.) nei paesi Asiatici si è quasi triplicato dal 2011 ad oggi (si passa da 500 milioni circa a 1 miliardo e oltre 200 milioni), mentre negli altri continenti si corre verso il raddoppio (in Europa si passa da 140 milioni a 208 milioni). In particolare gli utilizzatori attuali di Facebook in Europa sono circa 310 milioni, la metà degli abitanti. L'Italia si colloca la 23° posto con 28 milioni di utilizzatori su 37 milioni di connessi ad internet, sempre secondo le stime di Internet World Stats.

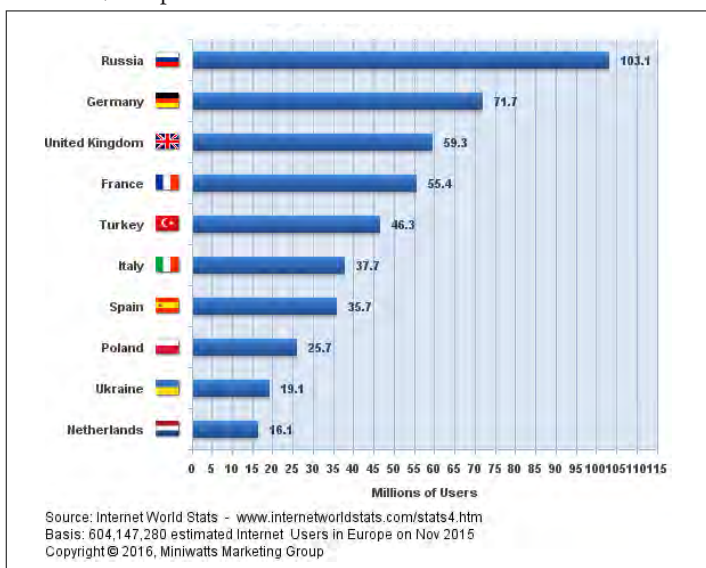


Figura 2- I 10 Paesi maggiori utilizzatori di internet in Europa

In sintesi, ogni giorno nel mondo, sono tra loro connesse molti miliardi di persone. Tutto questo fa comprendere quale vasto terreno economico si sia aperto negli ultimi 10 anni e come sia possibile che tra l'immenso numero di individui ce ne siano molti con una particolare vulnerabilità, da restare "catturati nella rete" ("Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery"), citando il titolo di un famoso testo della psicologa americana Kimberly Young (4).

Una interessante nota epidemiologica, in particolare in riferimento agli adolescenti, viene redatta dal Rapporto ESPAD 2015 (5). Sono state introdotte domande in riferimento all'uso di internet, oltre quelle tradizionali sull'uso di sostanze, poiché si dice nella introduzione al problema: "... in relazione all'ampio accesso ad Internet, la comunicazione online è diventata parte integrante della vita, soprattutto per gli adolescenti ... Non solo è ampliata al mondo virtuale l'interazione con i coetanei, ma anche i giochi su internet, l'apprendimento e l'intrattenimento assumono un

ruolo importante. Perciò, domande sulla quantità ed il tipo d'uso sono stati inclusi nel corrente questionario...". Prendiamo in considerazione, in modo sintetico alcuni risultati, in riferimento ai seguenti punti dello specifico questionario somministrato agli adolescenti:

- valutazione del tempo di permanenza in connessione;
- utilizzo dei social media;
- ricerca di informazioni / navigazione;
- lo streaming / download;
- il gioco online;
- il gioco d'azzardo online;
- attività di acquisto / vendita.

La figura 3 proveniente dal Report citato, riferisce una sintesi dei risultati; gli stessi possono essere così descritti:

- la media di giorni settimanali in cui gli studenti sono online è di 5,8;
- la permanenza sui social media è del 78%;
- l'utilizzo del tempo per il gioco è del 23% in media;
- l'utilizzo medio per gioco d'azzardo è del 14%, una volta ogni tanto e del 7%, 2-4 volte al mese.

| ESPAD average Internet use, gaming and gambling (mean, %) | | | |
|--|---------|------|------|
| | Average | Min. | Max. |
| Days online (mean) ^a | 5.8 | 3.8 | 6.8 |
| Internet activities (%) ^b | | | |
| Social media | 78 | 58 | 94 |
| Information seeking/surfing | 43 | 26 | 63 |
| Streaming/downloading | 48 | 28 | 80 |
| Gaming | 23 | 13 | 45 |
| Money gambling | 3 | 1 | 8 |
| Buying/selling | 9 | 3 | 19 |
| Gambling (%) ^c | | | |
| At least once | 14 | 5 | 30 |
| Frequently ^d | 7 | 3 | 16 |

^a Number of days spent on the internet in the last 7 days.

^b Percentage of students spending 4 or more days on the internet in the last 7 days.

^c Percentage of students involved in gambling with money in the last 12 months.

^d Percentage of students reporting gambling with money 2-4 times a month or more often.

Figura 3- Dati dall'Indagine ESPAD 2015

Si osserva che fra i giovani il tempo di permanenza settimanale in rete avviene praticamente ogni giorno con la maggior parte del tempo occupato dai social media.

Prendiamo ora in considerazione alcuni lavori in cui si analizzano l'entità dell'uso problematico di internet in varie aree del mondo.

Long J. e collaboratori (6) analizzano un campione di oltre mille studenti cinesi in riferimento all'uso problematico dello smartphone e ne rilevano tale condizione nel 21,3%; essi hanno caratteristiche socio demografiche quali la specializzazione in discipline umanistiche, l'alto reddito delle famiglie, gravi sintomi emotivi, alto stress percepito e perfezionismo. L'autore conclude dicendo che la condizione di uso problematico dello smartphone è così presente tra i giovani cinesi da rappresentare un problema di salute pubblica, non si conoscono ancora gli effetti a lungo termine di tale evento e, in ogni caso, sono necessarie politiche di prevenzione e regolazione.

Riedl D. e collaboratori (7), in una indagine su 398 studenti residenti in Tirolo, di età compresa tra i 15 ed i 17 anni, analizzati mediante specifici questionari per la valutazione della presenza di uso patologico del computer, hanno rilevato che il 7,7% ha avuto positivo i criteri per l'uso problematico di Internet, il 3,3% per l'uso patologico, il 5,4% per l'uso del computer patologico per giochi. In particolare si è osservato che l'uso patologico prevale nel sesso maschile, sebbene le ragazze non siano esenti.

Anche in questo caso gli Autori sollecitano misure di prevenzione e di educazione all'uso dei media.

Macur M. e collaboratori (8), si concentrano nella analisi dell'uso problematico di internet su un campione rappresentativo della popolazione adulta oltre che giovanile slovena. Hanno applicato il Questionario sull'Uso Problematico di Internet (PIUQ) (9), da cui risulta che il 59,9% della popolazione adulta della Slovenia usa Internet ogni giorno, il 3,1% sono a rischio di diventare utilizzatori problematici, mentre lo è l'11% nella fascia di età tra i 20 e 24 anni. Essere maschi (3,6%) mette più a rischio che essere femmina (2,6%), ma il rischio maggiore è tra gli studenti (12%), i disoccupati, l'essere single, con alta formazione. Anche in questo caso si conclude per avere necessità di prevenzione in particolare per le giovani generazioni.

Risultati sovrapponibili si rilevano in studi condotti in Hong Kong (10-11), in Taiwan (12) e Corea del Sud (13). In Europa il lavoro di indagine epidemiologica, per quel che concerne l'uso patologico di internet, non è ancora stato sufficientemente sviluppato come testimoniano i pochi articoli usciti negli anni scorsi. Tuttavia nel 2015 su Psychiatry Research viene pubblicato un articolo dal titolo: "Uso patologico di internet fra gli adolescenti: comparazione tra giocatori e non giocatori" (14), in cui, all'interno del progetto "Working in Europe to Stop Truancy Among Youth (WE-STAY): Preventing truancy and promoting mental health of adolescents in different European countries", cui concorrono 10 Paesi Europei, tra cui l'Italia, si indaga su un campione rappresentativo di 8807 giovani provenienti dalle scuole dei differenti paesi, selezionate casualmente, dal quale emerge la presenza di uso patologico di internet e tra

questi quali sono i giocatori e i non giocatori, il tutto valutato mediante specifici questionari. Risulta che il 3,62% sono giocatori e il 3,11% non lo sono. In realtà tra i due gruppi non sono rilevati importanti differenze per i rischi sintomi emotivi, disturbi della condotta, iperattività-disattenzione, comportamenti autolesivi e ideazione suicidaria, che sono in ogni caso significativamente rappresentati; sembra, comunque, che gli appartenenti al sesso maschile abbiano un rischio generale maggiore.

In un altro lavoro di Kaess M. e collaboratori (15), condotto su un campione di studenti provenienti da 10 paesi Europei (Austria, Estonia, Francia, Germania, Ungheria, Irlanda, Italia, Romania, Slovenia e Spagna), con aggiunta di Israele, viene valutata sia la incidenza di uso problematico di internet sia, in essi, la psicopatologia, sia il comportamento autolesivo. Gli autori riportano, in sintesi, i seguenti risultati.

“Il campione finale dello studio comprendeva 11.356 studenti adolescenti: 4.856 maschi (42,8%) e 6.500 donne (57,2%) con una età media di 14.9 anni ($DS \pm 0,88$). L'uso di internet è valutato mediante lo Young's Diagnostic Questionnaire. I risultati sono stati suddivisi in tre gruppi, uso adattivo, maladattivo e problematico. La prevalenza di Uso Maladattivo e Problematico di Internet è stata del 13,4 e del 4,2% rispettivamente. Le femmine hanno riportato un valore superiore di Uso Maladattivo (14,2%) rispetto ai maschi (12,3%), mentre l'Uso Problematico era leggermente più alto tra i maschi (4,7%) rispetto alle femmine (3,9%)”. “I risultati hanno mostrato che i sintomi della depressione, iperattività / disattenzione, problemi di condotta e comportamenti suicidari sono predittori significativi e indipendenti di Uso Problematico di Internet. Comportamenti suicidari, depressione e ansia hanno dimostrato di essere i più forti predittori di Uso Problematico di internet. Questa interazione è significativamente influenzata dal sesso e dal paese di provenienza, suggerendo condizionamenti socioculturali”.

3. Questioni diagnostiche riguardo la “Dipendenza da Internet”

Come già detto l'uso di internet è talmente diffuso che considerare tale comportamento come patologico risulta complesso. Infatti, non siamo in un campo medico in cui abbiamo assenza o presenza di una sintomatologia soggettiva o segni oggettivi per cui la diagnosi è sufficientemente certa, ci troviamo invece in un ambito in cui una vasta gamma di comportamenti è possibile, dove si può assistere ad un continuum tra chi si rifiuta di utilizzare mezzi informatici a chi ne usufruisce ad ogni ora del giorno, per lavoro o per scopi ludici o di comunicazione senza compromettere le performances personali, fino a chi resta connesso per ore ed ore giocando e mettendo, quindi, a rischio le proprie potenzialità, relazioni, condizioni economiche e così via. In aggiunta il comportamento è del tutto legale e non comporta, almeno fino alle conoscenze attuali, particolari danni organici. Questa osservazione è fatta per distinguere la eventuale dipendenza da internet da altre dipendenze, in cui è in gioco un comportamento non consentito, o parzialmente consentito dalle norme, e, in alcuni casi, si osservano, anche precocemente, danni fisici o psicofisici.

Si pone quindi il problema di distinguere la gamma degli usi normali – adattivi di internet da quelli maladattativi – patologici.

A tal proposito si è già fatto un cenno nella introduzione. Cercando di essere più precisi possiamo iniziare a citare alcuni Autori, che negli anni passati hanno sollevato dubbi se, in alcuni casi, da loro osservati, vi fosse un uso patologico della rete.

Uno dei primi articoli è di Davidson RS e Walley PB del 1984 (16) dove si dice nell'abstract: "L'avvento del computer ha dato luogo a diversi tipi di reazioni, che vanno dalla paura, all'evitamento e al sabotaggio, da un lato, a schemi di coinvolgimento e capofitto e l'abuso paragonabile alla dipendenza, dall'altro. Il significato delle reazioni più estreme, che può essere etichettato patologica o controproducente, si affronta nell'articolo, così come i mezzi possibili per prevenire tali risposte esagerate ...".

È la psicologa Young KS che, in tre articoli del 1995 (17), 1996 (18) e 1998 (19-20), inizia a chiarire i concetti di dipendenza da internet e a mettere a punto strumenti diagnostici.

La concettualizzazione diagnostica ruota intorno a due riferimenti: uno di ordine più "dinamico", il deficit del controllo degli impulsi, e l'altro più descrittivo, il disturbo da dipendenza da sostanze. Le espressioni che si incontrano oggi in letteratura sono prevalentemente: Internet Addiction – dipendenza da internet, appunto – e Uso Problematico di Internet; qualche volta, una forma considerata meno grave, è indicata come Uso Maladattivo di Internet a confronto con un uso Adattivo, o adatto, di Internet (AUI). Qui, in seguito si utilizzerà il termine più "universale" di Internet Addiction (IA).

Nel DSM-IV TR (2000) (21), così come nelle edizioni precedenti, non si fa cenno all'IA, si pone però il problema del "Gioco d'Azzardo Patologico", che viene classificato tra i disturbi del controllo degli impulsi. Poiché il gambling iniziava ad affacciarsi sulla scena della rete, come gioco online e, a volte, offline, molti autori hanno iniziato ad utilizzare, per assimilazione, i criteri per il gambling a tutte le condizioni comprese quelle online. Nel DSM 5 (22), pubblicato nel 2013, si hanno due novità fondamentali: il gambling è trasferito nel capitolo delle dipendenze, più precisamente tra i "Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction". La specificazione, non solo correlati a sostanze, determinata dall'aggiunta dei disturbi da addiction, porta a dedurre che vengono considerate dipendenze anche condizioni in cui non entra in gioco una sostanza, ma si amplia a particolari comportamenti, in specifico l'azzardo patologico, che sono assimilabili a quelli in condizione di uso di sostanze. Si potrebbe aggiungere che tale attributo si potrà, in seguito, applicare a nuovi eventi che sono simili all'uso di sostanze; occorre inoltre ricordare anche che i criteri per la diagnosi si modificano dal DSM-IV-TR al DSM 5, come rappresentato nella figura sotto. Una ulteriore osservazione che, probabilmente, supporta il trasferimento del gambling da un settore ad un altro, è connessa alle progressive conoscenze relative al modello neurobiologico attuale sulle dipendenze, dove si dimostrano sovrapposizioni tra nelle aree descritte (uso di sostanze e comportamenti di dipendenza senza sostanze). Recenti acquisizioni portano a considerazioni simili anche per l'Internet Addiction (23-26).

- 1.** PREOCCUPAZIONE PER IL GIOCO D'AZZARDO (PER ESEMPIO, PREOCCUPAZIONE PER RIVIVERE ESPERIENZE DI GIOCO DEL PASSATO, DIFFICOLTÀ A PIANIFICARE LA PROSSIMA ATTIVITÀ, PENSIERO POLARIZZATO AI MODI PER OTTENERE DENARO CON CUI GIOCARE).
- 2.** BISOGNO DI GIOCARE D'AZZARDO CON QUANTITÀ CRESCENTI DI DENARO AL FINE DI RAGGIUNGERE L'ECCITAZIONE DESIDERATA.
- 3.** RIPETUTI SFORZI INFRUTTUOSI PER CONTROLLARE, RIDURRE O INTERROMPERE IL GIOCO D'AZZARDO.
- 4.** IRREQUIETEZZA O IRRITABILITÀ QUANDO SI TENTA DI RIDURRE O INTERROMPERE IL GIOCO D'AZZARDO.
- 5.** GIOCO COME UN MODO DI SFUGGIRE PROBLEMI O DI ALLEVIARE UN UMORE DISFORICO (AD ESEMPIO, I SENTIMENTI DI IMPOTENZA, SENSO DI COLPA, ANSIA, DEPRESSIONE).
- 6.** DOPO AVER PERSO SOLDI AL GIOCO, SPESSO SI TORNA UN ALTRO GIORNO PER "INSEGUIRE" LE PROPRIE PERDITE.
- 7.** MENZOGNE PER I MEMBRI DELLA FAMIGLIA, TERAPEUTA, O ALTRI PER NASCONDERE L'ENTITÀ DEL COINVOLGIMENTO CON IL GIOCO D'AZZARDO.
- 8.** **COMMETTERE ATTI ILLEGALI COME FALSIFICAZIONE, FRODE, FURTO O APPROPRIAZIONE INDEBITA PER FINANZIARE IL GIOCO D'AZZARDO.**
- 9.** COMPROMISSIONE O PERDITA DI UNA RELAZIONE SIGNIFICATIVA, DEL LAVORO, DI OPPORTUNITÀ DI CARRIERA A CAUSA DI GIOCO D'AZZARDO.
- 10.** SI AFFIDA AD ALTRI PER OTTENERE IL DENARO PER ALLEVIARE UNA SITUAZIONE FINANZIARIA DISPERATA CAUSATA DAL GIOCO D'AZZARDO.

CRITERI DEL DSM IV – DISTURBO DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI. 2001.

- **BISOGNO DI GIOCARE D'AZZARDO CON QUANTITÀ CRESCENTI DI DENARO AL FINE DI RAGGIUNGERE L'ECCITAZIONE DESIDERATA**
- **IRREQUIETEZZA O IRRITABILITÀ QUANDO SI TENTA DI RIDURRE O INTERROMPERE IL GIOCO D'AZZARDO.**
- **RIPETUTI SFORZI INFRUTTUOSI PER CONTROLLARE, RIDURRE O INTERROMPERE IL GIOCO D'AZZARDO.**
- **PREOCCUPAZIONE PER IL GIOCO D'AZZARDO (PER ESEMPIO, PREOCCUPAZIONE PER RIVIVERE ESPERIENZE DI GIOCO DEL PASSATO, DIFFICOLTÀ A PIANIFICARE LA PROSSIMA ATTIVITÀ, PENSIERO POLARIZZATO AI MODI PER OTTENERE DENARO CON CUI GIOCARE).**
- **GIOCO COME UN MODO DI SFUGGIRE PROBLEMI O DI ALLEVIARE UN UMORE DISFORICO (AD ESEMPIO, I SENTIMENTI DI IMPOTENZA, SENSO DI COLPA, ANSIA, DEPRESSIONE).**
- **DOPO AVER PERSO SOLDI AL GIOCO, SPESSO SI TORNA UN ALTRO GIORNO PER "INSEGUIRE" LE PROPRIE PERDITE.**
- **MENZOGNE PER I MEMBRI DELLA FAMIGLIA, TERAPEUTA, O ALTRI PER NASCONDERE L'ENTITÀ DEL COINVOLGIMENTO CON IL GIOCO D'AZZARDO.**
- **COMPROMISSIONE O PERDITA DI UNA RELAZIONE SIGNIFICATIVA, DEL LAVORO, DI OPPORTUNITÀ DI CARRIERA A CAUSA DI GIOCO D'AZZARDO.**
- **SI AFFIDA AD ALTRI PER OTTENERE IL DENARO PER ALLEVIARE UNA SITUAZIONE FINANZIARIA DISPERATA CAUSATA DAL GIOCO D'AZZARDO.**

CRITERI DEL DSM 5 – DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E DISTURBI DA ADDICTION. 2013.

Figura 4- Utilizzo dei criteri per il “disturbo da gioco d’azzardo” nella patologia degli impulsi e per il “disturbo da addiction” (dal DSM 4 al DSM 5)

Nelle varie edizioni, le due ultime (2001 e 2013) del DSM non si parla di IA come possibile nuova diagnosi da inserire nei manuali; si inizia solamente a porre il problema della condizione Internet Gaming Disorder come diagnosi a sé stante. Infatti già prima dell'uscita dell'ultima edizione si pongono molti problemi concettuali in riferimento alla diagnosi di Internet Addiction. In un articolo del 2009, Ronald Pies (27) così sintetizza, nell'abstract, il problema diagnostico: "Vi è una notevole polemica rispetto alla cosiddetta dipendenza da internet e se debba essere inserita ufficialmente come diagnosi nel DSM- 5. La relazione tra dipendenza ed i vari comportamenti compulsivi è anche un fonte di confusione. Alcuni psichiatri hanno sostenuto che l'IA mostra la caratteristica dell'uso eccessivo, dei fenomeni di astinenza, la tolleranza, con le ripercussioni negative che caratterizzano molti disturbi da uso di sostanze; tuttavia, ci sono pochi dati fisiologici a supporto di queste ipotesi. Non è chiaro se l'IA di solito rappresenti la manifestazione di un sottostante disordine, o è davvero una specifica della malattia. La frequente comparsa di Dipendenza da Internet, nel contesto di numerose comorbidità solleva questioni complesse di causalità. Per prendere decisioni in materia nosologica sulla Dipendenza da Internet, abbiamo bisogno di un modello più generale di ciò che significa "malattia" e specifica malattia. Sulla base di un modello che sottolinei la sofferenza intrinseca e l'invalidità, nonché i dati riguardanti, la prognosi, la stabilità temporale, e la risposta al trattamento, sembra prematuro prendere in considerazione la dipendenza da internet come una malattia a sé stante. Tuttavia, è in crescita la ricerca evidenziante che alcuni soggetti con dipendenza da internet sono a rischio significativo e meritano la nostra cura professionale ed un trattamento. Sono necessari attenti studi controllati per risolvere queste controversie".

Le difficoltà descritte sono tutt'ora presenti a livello internazionale, sebbene gli studi recenti, citati anche in questo articolo, in particolare provenienti dall'area asiatica, utilizzino di norma il termine Internet Addiction, dando per scontata la diagnosi derivata dall'Internet Gaming Disorder (disturbo da gioco su internet – IGD).

Nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), l'Internet Gaming Disorder è identificato nella sezione III, come una condizione che giustifica più la ricerca clinica e l'esperienza, prima di poter essere considerato per l'inclusione tra le diagnosi principali, come un formale disturbo. Quindi per l'IA siamo ancora più lontani; ma la pratica clinica indica che problemi in tal senso sono effettivi. I criteri diagnostici di IGD nel DSM-5 sono composti da 9 elementi:

- Preoccupazione (il soggetto si preoccupa di Internet, pensa a precedenti attività online o ad anticipare la prossima sessione online ed è rimasto in linea più a lungo di quanto inizialmente previsto).
- Astinenza (il soggetto è inquieto, disforico, depresso, o irritabile quando si tenta di ridurre o interrompere l'uso di Internet).
- Tolleranza (il soggetto ha bisogno di usare Internet con una maggiore quantità di tempo al fine di raggiungere la soddisfazione).

- Tentativi falliti di controllo (il soggetto ha compiuto sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere l'utilizzo di Internet).
- Perdita di altri interessi.
- Continuazione dell'uso eccessivo nonostante i problemi psicosociali (il soggetto ha compromesso o rischiato la perdita di una relazione significativa, il lavoro, opportunità di istruzione o di carriera a causa di Internet).
- Inganno per quanto riguarda il gioco online (il soggetto ha mentito ai familiari, terapeuta, o altri per nascondere l'entità del coinvolgimento con Internet).
- Evitamento (il soggetto utilizza Internet come un modo per sfuggire dai problemi o di alleviare un umore disforico, ad esempio, i sentimenti di impotenza, senso di colpa, ansia, depressione).
- Riduzione funzionale (il soggetto va incontro a riduzione delle proprie potenzialità personali).

La presenza di cinque o più dei criteri del DSM-5 per l'IGD pare essere dimostrato come il miglior punto di cut -off per la diagnosi (28-29).

Si rende necessario a questo punto pendere in considerazione le varie elaborazioni di Kimberly S Young, in riferimento alla diagnosi di IA e alle sottocategorie diagnostiche.

I criteri per la diagnosi sono indicati nel lavoro dal titolo: "Caught in the Net", pubblicato nel 1998 (4), aggiornati e descritti nel sito internet dell'autrice: www.netaddiction.com, fondato nel 1995. I criteri descrittivi sono così espressi: "La Dipendenza da Internet è definita come qualsiasi comportamento online compulsivo, che interferisce con la vita normale, causa forte conflitto con la famiglia, gli amici, le persone care e il proprio ambiente di lavoro.

La dipendenza da Internet o compulsività da internet, con qualsiasi nome la si chiami, si tratta di un comportamento compulsivo che domina completamente la vita dell'individuo. Tale dipendenza rende Internet una priorità più importante della famiglia, degli amici e del lavoro. Internet diviene il principio organizzativo della vita del dipendente. Sono costanti i tentativi non riusciti di controllare il comportamento. Si trascurano gli amici e la famiglia. Si trascura il sonno per rimanere in on line. Si inizia ad essere disonesti con gli altri, sentendosi in colpa, avendo vergogna, ansia, o depressione a causa del comportamento online. Si assiste all'aumento o alla perdita di peso, a mal di schiena, a mal di testa, alla sindrome del tunnel carpale. Ci si ritira da altre attività piacevoli". Come si vede i punti di convergenza con i criteri del Internet Gaming Disorder, sono notevoli, così come i criteri per la dipendenza da sostanze del DSM-5. Sono inoltre individuate le seguenti tipologie di Internet Addiction:

- Cyber sexual addiction
- Internet gaming addiction
- Internet gambling addiction
- Multi users dungeon o Multi users dimension
- Cyber relationship addiction.
- Information overload addiction

Qui di seguito si descrivono, sinteticamente, le caratteristiche delle singole entità.

Cyber sexual addiction

Il termine cybersex non ha una connotazione univoca, per alcuni rappresenta tutto il materiale disponibile nella rete vietato ai minori di 18 anni, per altri definisce le relazioni erotiche tra due soggetti tramite internet e relative applicazioni. I segni clinici di tale dipendenza sono (30):

- passare la maggior parte del tempo nelle chat room private con il solo scopo di trovare argomenti cybersex e preoccuparsi di trovare un partner sessuale
- utilizzare spesso comunicazioni anonime per esprimere fantasie sessuali atipiche, che non verrebbero espresse nella vita reale
- aspettarsi di provare eccitazione o gratificazione sessuale nella successiva sessione
- spostamenti frequenti da materiale cybersex online al phone sex
- nascondere le proprie interazioni sessuali in rete agli altri
- provare un senso di colpa o di vergogna per il proprio uso della rete
- eccitazione iniziale per la scoperta accidentale di materiale cybersex, seguita da una ricerca attiva di esso.
- masturbazione durante le chat erotiche
- considerare il cybersex come la fonte principale di gratificazione sessuale, riducendo l'investimento sulla o sul partner reale, se esistente.

Internet gaming addiction

Il Disturbo da Gaming è una dipendenza da giochi online: giochi di ruolo, o qualsiasi ambiente di gioco interattivo presente sulla rete:

- i giocatori che diventano dipendenti, restano davanti al monitor quasi ogni giorno, giocano per lunghi periodi di tempo (oltre 4 ore), diventano irrequieti o irritabili se non possono giocare
- sacrificano le altre attività sociali.

I segnali di pericolo includono:

- preoccupazione per il gioco
- mentire o nascondere l'uso del gioco
- disobbedienza ai limiti di tempo dati per il gioco
- ritiro sociale dalla famiglia e dagli amici.

Internet gambling addiction

Risponde ai criteri del DSM5 sul gioco d'azzardo.

Multi Users Dungeon o Multi Users Dimension (MUDs)

Sono i giochi di ruolo in cui il soggetto può decidere quali caratteristiche psico-fisiche assu-

merà nel corso di essi. Oltre le condizioni generali dell'IA e di altre situazioni descritte, sono rappresentate delle condizioni particolari, quale la depersonalizzazione, che è il rischio più forte conseguente ad un abuso dei MUDs. Esso è particolarmente accentuato, a causa del contesto ludico, la cui evidenza diventa sempre più scarsa per il giocatore patologico, in virtù del mezzo tecnologico utilizzato; tutto ciò rende più facile l'identificazione del giocatore con il personaggio, con rischio di perdita-confusione della identità primaria.

Cyber Relationship Addiction

È la situazione per cui si instaurano delle relazioni amicali e/o affettive, tramite e-mail, chat rooms o newsgroup.

Le relazioni rimangono prevalentemente confinate nei limiti della rete e non si traducono in una conoscenza reale, allo scopo di mantenere un'immagine virtuale idealizzata di sé e dell'altro soddisfacente o idealizzata.

Tali relazioni prendono il posto dei rapporti familiari, coniugali o amicali reali.

I segni clinici sono:

- ingente quantità di tempo trascorsa in rete per intraprendere relazioni amicali e/o sentimentali
- tentativi ripetuti senza successo di controllare, ridurre o interrompere tali scambi amicali e/o sentimentali.

Information Overload Addiction

Si manifesta con una ricerca estenuante e protratta nel tempo di informazioni, di molti o specifici generi.

Si cerca di raggiungere il massimo aggiornamento possibile tramite il Web Surfing (passare da un sito all'altro) o tramite indagini su materiali custoditi in banche dati.

I segni clinici sono:

- necessità di trascorrere molto tempo in rete per reperire notizie, aggiornamenti, o qualsiasi altra informazione
- tentativi ripetuti senza successo di controllare, ridurre o interrompere l'attività di ricerca
- perdurare di tale attività, nonostante questa provochi o accentui i problemi sociali, familiari ed economici.

Molte delle condizioni, cui qui si fa cenno, possono sovrapporsi ed essere presenti in modo simultaneo. Quanto sopra è tratto, elaborato e modificato dal sito citato in precedenza.

4. Un modello interpretativo dell'Internet Addiction

A questo punto appare inevitabile sottolineare quanto sia somigliante e sovrapponibile, per alcuni aspetti, la dipendenza da mezzi informatici a quella da sostanze; tale condizione rimane il punto di riferimento. Si tratta, come molti Autori affermano, di valutare se davvero è così, al

netto delle differenze già qui descritte, se esiste il problema come entità clinica autonoma, se ci sono condizioni personali e di contesto che facilitano la patologia, se esiste un decorso tipico, se ci sono fattori di rischio specifici e così via. Tutte le risposte non ci sono, ma molte idee si chiariscono prendendo in considerazione il Modello I-PACE di Brand M, Young KS, et al. (31).

Dato per scontato che si pone il problema della effettiva entità clinica dell'Internet Addiction, che molti Autori utilizzano termini differenti ed occorreranno ancora anni per definire tali problemi, Brand M, Young KS e coll. si pongono la questione di differenziare le varie condizioni di dipendenza, che si attuano stando sulla rete, anche ai fini della prevenzione. In effetti si può supporre che l'utilizzo di internet per scopo erotici sia questione diversa dal gioco online e che rispondano ad esigenze diverse e forse necessitano azioni preventive specifiche nei diversi casi: quindi, ulteriore problema è la diagnosi specifica, oltre la generica, di Internet Addiction (32). Allo stato attuale Brand M, Young KS e Coll. affermano esserci un modello di uso di internet funzionale adattivo (tutte quelle persone che utilizzano in modo intensivo la rete, ad esempio per lavoro), un modello che descrive la IA in modo generico ed infine un modello che cerca di spiegare come mai esistono diverse dipendenze, come si instaurano e come si stabilizzano e come tutte le parti si integrano. Su questi ultimo punto di concentrano gli Autori.

La premessa a tale modo di interpretare l'IA sono la presenza di condizioni psicopatologiche come la depressione o l'ansia, disturbi di personalità, variabili come la vulnerabilità, in senso globale o specifici allo stress. Altri elementi significativi sono gli stili di coping non adattivi, come aspettative gratificanti connesse ad uno specifico uso della rete. Un ulteriore componente sono gli atteggiamenti personali verso la ricompensa e la ricerca della soluzione gratificante immediata, la difficoltà nel controllo esecutivo, nella inibizione e nel monitoraggio come descritto da Brezing C, Derevensky JL e Potenza MN (33) e da Dong G e Potenza MN (34).

Integrando quanto derivato dagli Autori citati e dalle conoscenze della neurobiologia dell'addiction, in riferimento al craving, all'astinenza, alla ricompensa ed ai relativi circuiti neuronali interessati (Goldstein RZ, Volkov ND e coll.) (35-36); Brand M, Young KS e Coll. propongono la "Interazione tra Persona – Affetti – Cognizione – Esecuzione come modello specifico per l'IA": "Il modello I-PACE include le seguenti componenti principali: le variabili predisponenti, le risposte affettive e cognitive a stimoli interni o esterni, il controllo esecutivo e inibitorio, il comportamento decisionale conseguente all'uso di alcune applicazioni - siti internet, e le conseguenze dell'utilizzo e della scelta delle applicazioni – siti internet".

Gli Autori, per variabili predisponenti (la P dell'acronimo PACE), ritenute sostanzialmente non modificabili, intendono quelle condizioni genetico - biologiche, che possono rendere anomali i sistemi dopaminergici, serotoninergici ed altre strutture neuro trasmettitoriali (37), così come eventi – esperienze di vita traumatiche precoci che possono alterare le competenze nell'apprendimento della gamma, adattiva, di risposte ai fatti esistenziali stressanti. Tale condizioni predisponenti sono spesso facilitanti la dipendenza in senso lato e specifiche quando il contesto familiare (38) è implicato nell'addiction da internet o altro. Numerose sono le eviden-

ze che tale fatti di ordine genetico e/o traumatici predispongono a disturbi mentali e a dipendenza (39). Sempre nell'area P (variabili predisponenti), gli Autori, inseriscono la presenza di psicopatologia, l'organizzazione di personalità e la motivazione. In modo sintetico sembrano essere predisponenti rispettivamente la depressione, l'ansia sociale, l'ADHD; poi l'impulsività, la bassa autostima, la difficoltà alla comunicazione sociale, il narcisismo; infine la spinta prevalente alla gratificazione sessuale oppure connessa allo shopping, al gioco e così via. Su questo punto tuttavia non abbiamo sufficienti indizi per dire, ad oggi, perché un soggetto si orienta, è motivato, di più verso una o l'altra dipendenza da internet.

Brand M, Young KS e Coll. per fattori affettivi e cognitivi (la A e la C dell'acronimo PACE) intendono le risposte affettive e cognitive a stimoli provenienti dal mondo interno o esterno all'individuo. Stati conflittuali o anomalie dell'umore possono alterare la percezione dello stress e trovare soluzioni maladattive, una di queste può essere la permanenza su specifici siti internet, i quali possono funzionare da evitamento dello stress, del conflitto e dell'umore depresso.

Inoltre la vulnerabilità individuale allo stress si associa con alta frequenza a impulsività nel fronteggiare gli eventi avversi. Si tratta di far fronte agli eventi di vita stressanti (vissuti tali dal soggetto) con modalità immediata irriflessiva e ripetitiva. Nel caso in cui si sia sperimentato che internet, o una scelta di uso particolare, è in grado di abbassare o annullare lo stress, allora si può attivare un meccanismo di ripetizione del comportamento fino alla dipendenza. Questo circuito stress – internet – evitamento porta alla determinazione di una dominanza di tali sequenze, fino alla scelta del rito - stare in rete - anche se le conseguenze sono negative; condizioni di tale genere inducono, inoltre, una distorsione attentiva, secondo la quale la lista degli eventi stressanti diventa vasta e la direzione della percezione è prevalente verso quelli sperimentati o vissuti come dannosi. A tutto questo consegue la impellenza della attivazione della connessione internet la ricerca della soluzione prediletta, il gioco, l'eroticismo, le relazioni sui social, ecc. Più precisamente si tratta delle aspettative e illusioni (distorsioni) collegate ad internet (vincite certe al gioco, ad esempio) che rinforzano il comportamento di dipendenza, vale a dire false credenze circa gli effetti dell'utilizzo di alcune applicazioni o siti. Alcuni Autori si concentrano sulla presenza di disfunzioni adattive, come la tendenza al perfezionismo associato ad autocritica e autocolpevolizzazione quali fattori spesso associati all' Internet Addiction (40). Molti Autori, inoltre, pongono al centro dell'attenzione la disregolazione dell'umore e delle emozioni (eventi, peraltro, al centro dell'attenzione dei disturbi di personalità, tra cui il disturbo borderline, i quali hanno forti copresenze nei disturbi da addiction); tali eventi hanno forti connessioni con la difficoltà al controllo dell'impulsività e alla regolazione del comportamento esecutivo (la E dell'acronimo) così come la mediazione tra stress – conflitto, soluzione e inibizione (41) dei comportamenti che sebbene siano inizialmente calmanti – gratificanti, si rivelano a medio lungo termine problematici come abbiamo visto sia nelle dipendenze, in senso lato, che nella IA (31). Ancora è osservata la presenza di reattività (innesco di comportamenti fuori controllo) a stimoli positivi, la presenza di un elemento nel contesto, concreto (esterno) o

pensiero – emozione (interno) che richiama il comportamento di dipendenza, oppure negativi, come la mancanza di soddisfacimento del comportamento di dipendenza (craving): molti Autori hanno osservato tali condizioni, già ben studiate nell'ambito della dipendenza da sostanze nell'IA, in senso lato o specifico (42).

Il modello, di cui si è fatto estrema sintesi, a partire dall'articolo di Brand M, Young KS e Coll., già più volte citato, appare ad oggi quello che integra meglio condizioni biologiche, psicologiche e sociali che stanno alla base della dipendenza, più in generale e, in modo, particolare dell'IA; si cerca inoltre, sulla base di eventi motivazionali soggettivi, appartenenti alla storia dell'individuo, di spiegare i diversi specifici modi di organizzare la dipendenza da internet.

Mentre gli Autori organizzano le loro idee sull'IA, il lettore dei loro articoli è portato a riflettere su alcuni elementi che da essi emergono: essi sono i fattori di rischio e quindi gli indirizzi verso cui avviare la prevenzione, le psicopatologie pre esistenti, che devono essere considerate e trattate e i metodi di cura.

5. Quale prevenzione è possibile?

La diffusione dell' utilizzo di Internet è negativamente associata con la salute mentale in generale, ma le attività basate sul Web specifiche differiscono in modo coerente per quanto ed in quale direzione influenzano la salute mentale. Conseguenze di utilizzo di Internet (in particolare la perdita di sonno e il ritiro quando Internet non è accessibile) sembrano prevedere i risultati di salute mentale in misura maggiore rispetto alle specifiche attività stesse. Gli interventi volti a ridurre gli effetti negativi per la salute mentale dell' utilizzo di Internet potrebbero avere come bersaglio le sue conseguenze negative, invece di utilizzare Internet stessa.

I risultati di vari studi confermano che l'uso di Internet, problematico o dannoso per la salute, non può essere semplicemente equiparato ad alta intensità e frequenza. In primo luogo, anche se il tempo trascorso su Internet è risultato essere negativamente collegato con lo stato della salute mentale, alcune attività, come il lavoro della scuola, sono stati invece positivamente associati. In secondo luogo, il tempo trascorso su Internet non è stato un fattore di rischio indipendente per la salute mentale dopo aver considerato le conseguenze percepite di utilizzo di Internet, sottolineando che l'uso di Internet non è intrinsecamente dannoso. Anche quando si tratta di attività specifiche, per esempio, il gioco, il rapporto potrebbe essere complesso. Studi precedenti hanno dimostrato che il gioco ha un effetto negativo sulla salute mentale (12,29): la maggior parte degli studi che hanno trovato effetti di gioco negativi hanno in genere indagato solo gioco problematico: sembra così possibile che il gioco ha alcune proprietà protettive quando viene utilizzato in una certa misura, ma conseguenze negative potrebbero oscurare tali proprietà quando utilizzato eccessivamente. In linea con questo, un recente studio europeo sul gioco d'azzardo tra i bambini di età compresa tra 6-11 anni, ha scoperto che, una volta controllato per i predittori utilizzo elevato, il gioco non è stato significativamente associato con problemi di salute mentale, ma è stato invece associato con problemi di relazione tra pari

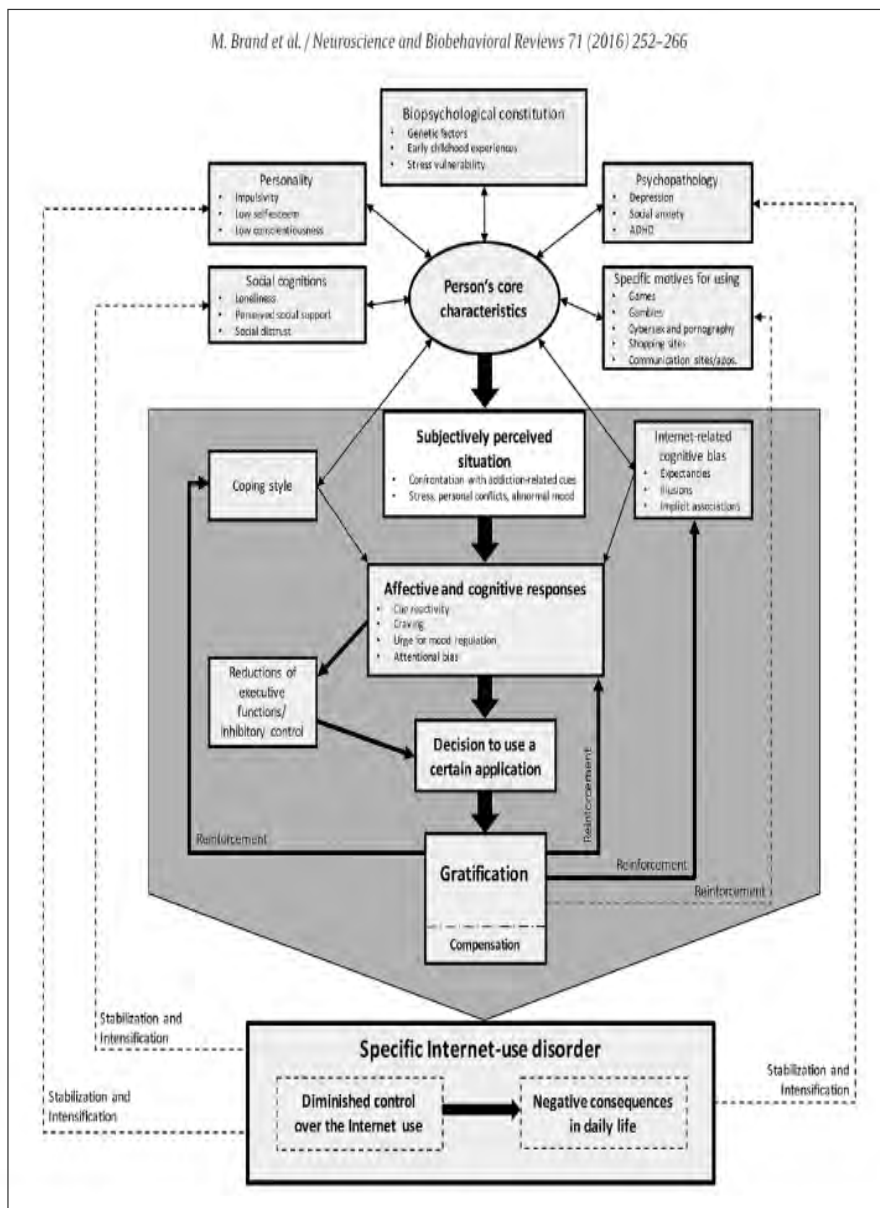


Figura 5- Modello di sviluppo e mantenimento tratto da: M. Brand et al. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 71 (2016) 252–266.

e deficit prosociali (15).

Il nesso di causalità tra l'uso di Internet in generale e la salute mentale sembra anche complesso. Autori precedenti hanno riconosciuto la possibilità che il rischio associato con l'uso di Internet potrebbe riflettere un disturbo già presente, che possono avere un effetto su come Internet viene utilizzato. Certi stili cognitivi che costituiscono disposizione verso l'utilizzo di Internet in un certo modo possono anche influenzare la salute mentale. Ad esempio, alcuni studi hanno evidenziato che l'uso di Internet problematico è associato con le aspettative che Internet può essere utilizzato per influenzare positivamente l'umore, che in alcuni casi potrebbe essere un falso presupposto sulla realtà dell'utente: la realtà deludente di questo può a sua volta peggiorare preesistenti problemi di salute mentale. In questo studio, l'esecuzione di ricerche (estraneie alla scuola o al lavoro) è stata associata con punteggi più alti DASS, mirata e aveva una dimensione dell'effetto più grande di qualsiasi altra attività basata sul Web. Una possibile spiegazione di questo è che gli individui che soffrono di maggiore disagio psichico sono più inclini a utilizzare Internet come strumento per affrontare i loro problemi (27). Si potrebbe anche riflettere una tendenza generale a fare affidamento su fonti basate sul Web per risolvere i problemi o dubbi, anche quando un aiuto professionale sarebbe più utile. Tuttavia, poiché i problemi di salute non sono l'unico obiettivo possibile delle ricerche su internet, gli studi futuri dovranno esplorare ulteriormente questa ipotesi.

Inoltre, anche se la perdita di sonno relativi a Internet è risultato essere un predittore longitudinale della salute mentale, vi è un collegamento bidirezionale stabilito tra problemi di insonnia e la depressione, così come disturbi l'umore ed affettivi relativamente al funzionamento in generale. Sembra quindi probabile che il rapporto tra la perdita di sonno internet connessi all'uso, e la salute mentale è anche reciproco.

Pertanto, gli interventi volti a ridurre l'uso di Internet problematico possono avere più successo se includono il trattamento simultaneo di disturbi in comorbidità (tra cui la depressione e disturbi del sonno). Allo stesso modo, un certo numero di studi precedenti hanno trovato che il gioco d'azzardo problematico può essere predittivo di utilizzo di Internet problematico generalizzata, il che suggerisce che il gioco d'azzardo, dipendenza ed uso di Internet hanno una qualche un'eziologia comune (20-23). I nostri risultati supportano questo punto di vista, come il gioco d'azzardo era il più forte predittore di recesso percepito, il che suggerisce che il trattamento dei comportamenti di uso di Internet problematici dovrebbe anche risolvere eventuali problemi di gioco. Tuttavia, è importante per gli studi futuri esaminare più in dettaglio le variabili che fungono da precursori di utilizzo di internet dannoso (ad esempio, la personalità, fattori cognitivi, emotivi e motivazionali, ed esistente disturbi mentali) e quali variabili agiscono come risultati e mediatori. Come alcuni domini della personalità potrebbero costituire una predisposizione verso fattori di rischio come il ritiro, gli studi futuri dovrebbero indagare il ruolo di mediazione di tali variabili non patologiche.

Vogliamo infine citare uno studio (15), nel quale è stato preso in considerazione anche un

campione di giovani italiani, sull'uso patologico di Internet (PIU) che risulta essere fortemente correlato con comorbidità psicopatologica e comportamenti suicidari: i risultati hanno rivelato che la prevalenza di psicopatologia e comportamenti autodistruttivi era più alta tra gli utenti patologici rispetto sia adattivo e utenti disadattivi. Dato che la dipendenza è una malattia cronica e progressiva malattia, identificare e trattare gli individui nelle fasi precedenti possono teoricamente impedire ulteriore escalation in una dipendenza completamente sviluppato, in un disturbo psicopatologico o comportamento autolesivo.

I fattori socio-culturali come culturale identità, ruoli struttura familiare e di genere sono noti per influenzare i comportamenti degli adolescenti e psicologico benessere: comportamenti di dipendenza online, connessi caratteristiche psicopatologiche osservate tra gli adolescenti, potrebbero essere un riflesso dei valori e credenze interiorizzati espressa nei loro rispettivi paesi. La ricerca in modo esplicito valutare il ruolo di moderazione delle influenze interculturali in lo sviluppo della PIU e psicopatologia è ancora carente e necessita di ulteriori indagini.

Per concludere, il ruolo della prevenzione – e gli strumenti utilizzabili – sono ancora un campo di ricerca aperto, che cambia nei vari paesi per fattori culturali, organizzativi dei servizi ed etici. Infatti esso deve coinvolgere non solo (e non tanto) i servizi sanitari, ma in primo luogo le famiglie, le istituzioni scolastiche e tutto il mondo dei bambini e degli adolescenti, elementi che in Italia – per varie motivazioni – sono tuttora carenti o non attuati.

Parlare e far ragionare gli interlocutori specifici ci sembra essere l'unico modo per condurre campagne di prevenzione mirate e non drammatizzanti sul rapporto tra i vantaggi connessi all'uso di Internet ed i possibili danni – anche gravi – alla salute mentale e fisica dei giovani, quando l'uso assume i caratteri di una vera addiction.

BIBLIOGRAFIA

1. O'Reilly M Internet addiction: a new disorder enters the medical lexicon. *Can Med Assoc J* 1996; 154 (12).
2. Herzog W Non cadete nella rete. *Il Venerdì*, settembre 2016.
3. www.internetworldstas.com, 2016.
4. Young K Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery. New York: published by John Wiley and Sons Inc.; 1998.
5. The ESPAD Group ESPAD Report 2015: Result from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
6. Long J, Liu TQ, Liao YH, et al. Prevalence and correlates of problematic smartphone use in a large random sample of Chinese undergraduates. *BMC Psychiatry* 2016; Nov 17;16(1):408.
7. Riedl D, Stöckl A, Nussbaumer C, et al. Usage patterns of internet and computer games: Results of an observational study of Tyrolean adolescents. *Neuropsychiatr.* 2016; Epub 30(4):181-190.
8. Macur M, Király O, Maraz A, et al. Prevalence of problematic internet use in Slovenia. *Zdr Varst.* 2016; May 10; 55(3): 202-211.
9. Thatcher A, Goolam S. Development and psychometric properties of the Problematic Internet Use Questionnaire. *South African Journal of Psychology* 2005; 35, 4, 793- 809.
10. Wong IL, Lam MP. Gaming behavior and addiction among Hong Kong adolescents. *Asian J Gambl Issues*

- Public Health. 2016; 6(1):6.
11. Wu CS, Wong HT, Yu KF3, et al. Parenting approaches, family functionality, and internet addiction among Hong Kong adolescents. *BMC Pediatr.* 2016; Aug 18; 16: 130.
 12. Ko CH, Yen JY, Yen CF, et. All. Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents: a prospective study. *Cyberpsychol Behav.* 2007; Aug;10(4): 545-51.
 13. Sook JK, Chun BC. Association of Internet Addiction with Health Promotion Lifestyle Profile and Perceived Health Status in Adolescents. *Journal of Preventive Medicine and Public Health* 2005; 38(1): 53-60.
 14. Strittmatter E, Kaess M, Parzer P et al. Pathological Internet use among adolescents: Comparing gamers and non-gamers. *Psychiatry Res.* 2015; Jul 30; 228(1):128-35.
 15. Kaess M, Durkee T, Brunner R et al. Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014; 23:1093-1102.
 16. Davidson RS, Walley PB. Computer Fear and Addiction: Analysis, Prevention and Possible Modification *Journal of Organizational Behavior Management* 1985; Volume 6, Issue 3-4.
 17. Young KS. Internet addiction: Symptoms, evaluation, and treatment. St. Bonaventure University: Center for On-Line Addictions; 1995
 18. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. St. Bonaventure University: Center for On-Line Addictions, 1996
 19. Young KS. Internet addiction test, in «Caught in the net». New York: John Wiley & Sons; 1998.
 20. Young KS. Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder *CyberPsychology & Behavior.* 1998; 1 (3): 237-244, 1998.
 21. DSMIV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition, Text Revision. American Psychiatric Association; 2000.
 22. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM5, American Psychiatric Association; 2013.
 23. Dong G, Lu Q, Zhou H, Zhao, X Impulse inhibition in people with internet addiction disorder: electrophysiological evidence from a Go/NoGo study. *Neurosci. Lett.*2010; 485: 138-142.
 24. Dong G, Zhou H, Zhao X Male internet addicts show impaired executive control ability: evidence from a color-word Stroop task. *Neurosci. Lett.* 2011; 499: 114-118.
 25. Dong G, Devito E E, Du X, Cui Z Impaired inhibitory control in internet addiction disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *PsychiatryRes.* 2012; 203, 153-158.
 26. Dong G, Hu Y, Lin X, Lu Q. What makes Internet addicts continue playing online even when faced by severe negative consequences? Possible explanations from an fMRI study. *Biol. Psychol.* 2013; 94: 282-289.
 27. Pies R Should DSM-V Designate “Internet Addiction” a Mental Disorder? *Psychiatry* 2009; 6(2):31-37.
 28. Ko CH, Yen JY, Chen SH, Wang PW, Chen CS, Yen CF, et al. Evaluation of the diagnostic criteria of Internet gaming disorder in the DSM-5 among young adults in Taiwan. *J Psychiatr Res* 2014; 53:103-110.
 29. Kim NA, Suk-Hyun Hwang S, Choi JS, et al. Characteristics and Psychiatric Symptoms of Internet Gaming Disorder among Adults Using Self-Reported DSM-5 Criteria. *Psychiatry Investig* 2016; 13(1):58-66.
 30. www.netaddiction.com
 31. Brand M, Young KS, Laiera C, Wölflingd K, Potenza MN Integrating psychological and neurobiological considerations regarding the development and maintenance of specific Internet-use disorders: An Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2016; 7: 252-266.
 32. Montag C, Bey K, Sha P et al. Is it meaningful to distinguish between generalized and specific internet addiction? Evidence from a cross-cultural study from Germany, Sweden, Taiwan and China. *Asia-Pacific Psychiatry* 2015; 7: 20-26.
 33. Brezing C, Derevensky, Potenza M. Non-substance Addictive Behaviors in Youth: Pathological Gambling and

- Problematic Internet Use. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2010; 19(3): 625-641.
34. Dong G, Potenza M N A cognitive-behavioral model of internet gaming disorder: theoretical underpinnings and clinical implications. *J. Psychiatr. Res.* 2014; 58, 7-11.
 35. Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 1642-1652.
 36. Volkow ND, Fowler JS. Addiction: a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cereb. Cortex* 2000; 10: 318-325.
 37. Ricci RV, Ferrannini L. Neurobiologia dell'addiction. Il paradigma della cocaina. *Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute* 2017; 61 (1): 18-40
 38. Lam LT, Wong EM. Stress moderates the relationship between problematic internet use by parents and problematic internet use by adolescents. *J. Adolesc. Health* 2015; 56: 300-306.
 39. Parolin M, Simonelli A, Mapelli D. Parental Substance Abuse As an Early Traumatic Event. Preliminary Findings on Neuropsychological and Personality Functioning in Young Drug Addicts Exposed to Drugs Early. *Front Psychol.* 2016; 7: 887.
 40. Taymur I, Budak E, Demirci H, et al. A study of the relationship between internet addiction, psychopathology and dysfunctional beliefs. *Computers in Human Behavior.* 2016; 61 532 - 536.
 41. Lim JA, Lee JY, Jung HY, Sohn BK, et al. Changes of quality of life and cognitive function in individuals with Internet gaming disorder: A 6-month follow-up. *Medicine* 2016; 95(50) e5695.
 42. Limbrick-Oldfield EH, Mick I, Cocks RE, et al. Neural substrates of cue reactivity and craving in gambling disorder. *Transl Psychiatry.* 2016; 3;7(1) 7, e992; doi:10.1038/tp.2016.256.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Per una nuova scienza e cura dell'essere umano¹ *For a new science and human care*

Francesco Bottaccioli

Direzione master in Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata, Università dell'Aquila e di Torino, Presidente on. SIPNEI

Parole chiave: industrializzazione della medicina, organizzazione della vita, politica neo-liberista, psiconeuroendocrinoimmunologia, paradigmi di salute e di promozione della salute

RIASSUNTO

L'industrializzazione della medicina ha prodotto un paradigma con cui guardare l'essere umano, che ha uniformato e ricercatori, operatori sanitari e cittadini: la salute e la malattia dipenderebbero per lo più da fattori genetici, microorganismi, da alterazioni strutturali. La loro individuazione e/o rimozione sono in grado di risolvere i problemi di salute. In realtà salute e malattia dipendono in larga misura dall'organizzazione della vita: organizzazione comportamenti anche sociali, il che richiede una visione sistemica e integrata nella prevenzione e nella cura.

Nell'attuale epoca della cosiddetta "terza rivoluzione industriale", chiamata "seconda età delle macchine" si avverte un cambiamento epocale che lascerà il segno nell'organizzazione sociale e anche nella struttura psicobiologia degli esseri umani. In questa fase della politica neo-liberista lo stesso focus dell'azione di promozione della salute è piombato sull'individuo, sul potenziamento delle capacità di prendersi cura di se stesso, mistificazione che lascia campo libero alla sanità privata e all'industria del benessere, oscurando la drammatica e crescente disparità di accesso alle fonti del mantenimento e rinnovamento della salute.

Key words: industrialization of medicine, life organization, neoliberal politics, psychoneuroendocrinoimmunology, health and health promotion paradigm

1. Questo articolo si basa sul cap. 23 di Bottaccioli F, Bottaccioli AG (2017) *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata. Il Manuale*, Edra, Milano

Autore per corrispondenza: bottac.fra@gmail.com

SUMMARY

The industrialization of medicine has produced a paradigm through which to look at human beings that has levelled out researchers, health care professionals and citizens: good health and disease depend mainly on genetic factors, microorganisms, structural alterations. Their identification/removal could solve health problems. Good health actually depends largely on life organization and social behaviours, which require a systemic and integrated vision of prevention and care. In the current time of the so-called “third industrial revolution”, which is called “second time of machines”, a sweeping change is perceived that will have an impact on social organization and psychobiological structure of human beings.

In this phase of the neoliberal politics, the focus itself of health promotion action has shifted on the empowerment of the single person. This is a mystification that leaves room for private health care and wellbeing industry, hiding the growing inequality of access to the sources of health.

Introduzione

Spesso si legge e si sente dire che la crescita della speranza di vita nei paesi ricchi è il risultato delle conquiste della medicina, trascurando il ruolo fondamentale svolto dai grandi cambiamenti strutturali, intervenuti nel corso del Novecento, nella vita sociale: l’allontanamento dei liquami dalle case e dall’ambiente urbano, la riduzione del tempo e della pesantezza fisica del lavoro, la protezione dei minori dalla fatica precoce, il condizionamento climatico delle abitazioni, l’eliminazione della fame e della sottanutrizione. In questo generale cambiamento strutturale, avvenuto solo per una parte dell’umanità, che poi è la stessa che ha raggiunto una più elevata vita media, il miglioramento delle terapie di alcune malattie infettive, il perfezionamento dei trattamenti d’emergenza in campo cardio-cerebro vascolare, la drastica riduzione della mortalità infantile e della mortalità da parto hanno certamente dato il loro importante, difficilmente quantificabile, contributo all’aumento della longevità media.

Tuttavia, come sappiamo, è raro riscontrare, nell’epoca contemporanea, cure risolutive, cioè che guariscono le persone ammalate: per lo più, le terapie, quando funzionano e non sempre funzionano, hanno effetti di breve periodo o di cronicizzazione dello stato patologico.

Questa conclusione, che poggia sull’analisi delle prove di efficacia, sulle considerazioni e sulla estesa bibliografia, viene sorretta anche da indagini indipendenti sull’efficacia dei farmaci attualmente più utilizzati.

Come mostra la Tab. 1, elaborata da uno studio sui farmaci più usati che presentano meta-analisi (non tutti i farmaci, infatti, presentano robusti studi controllati), realizzata da un gruppo di ricercatori della *Technische Universität* di Monaco, particolarmente esperti in *evidence-based medicine*, sono pochissimi i farmaci che presentano un livello di efficacia (effect size) elevato. Tra questi, solo uno (gli inibitori di pompa protonica) presenta un’efficacia relazionata alla cura di una patologia (l’esofagite da reflusso), gli altri (antidolorifici, levodopa, metformina) sono efficaci nella riduzione della sintomatologia, ma molto scarsi nella guarigione, come è ben evidente dal caso della metformina, utile nell’abbassare la concentrazione di glucosio nel sangue,

Tabella 1- Quanto sono efficaci i farmaci più usati ?

| FARMACI | Effetto basso $d=0,20$ | Effetto medio $d= 0,50$ | Effetto elevato $d=0,80$ | Differenza media standardizzata rispetto al placebo |
|---|------------------------|-------------------------|--------------------------|---|
| Inibitori di pompa protonica per remissione da esofagite da reflusso Placebo 28%; Trattamento 83% | | | | 1,39 |
| Ossicodone+paracetamolo per il dolore post-chirurgico Riduzione Sintomi: Placebo 14% Trattamento 51% | | | | 1,04 |
| Levodopa per sintomi Parkinson Differenza media 7 | | | | 0,93 |
| Metformina per diabete di tipo 2 Riduzione glicemia Differenza media 1,84 | | | | 0,87 |
| Metformina per riduzione mortalità nel diabete di tipo 2 Mortalità: Placebo 6% Trattamento 2,7% | | | | 0,03 |
| Sumatriptan per emicrania Libertà dal dolore dopo 2 ore Placebo 11% Trattamento 32% | | | | 0,83 |
| Benzodiazepine per riduzione tempo (latenza) di addormentamento Differenza media 14 minuti | | | | 0,65 |
| Antipertensivi per riduzione pressione sistolica Differenza media 9,4 (mmHg) | | | | 0,56 |
| Antipertensivi per ridurre eventi cardiovascolari Eventi: Placebo 18% Trattamento 14% | | | | 0,16 |
| Corticosteroidi per asma cronica Differenza media 0,3 litri (spirometria) | | | | 0,56 |
| Bifosfonati per rischio fratture. Fratture: Placebo 7% Trattamento 4% | | | | 0,39 |
| Antidepressivi per depressione maggiore Sintomi: Placebo 37% Trattamento 54% | | | | 0,38 |
| Statine per prevenire eventi cardiovascolari. Eventi: Placebo 18% Trattamento 14% | | | | 0,15 |

I segni grigi indicano gli studi che hanno come outcomes la cura (esofagite da reflusso), la prevenzione di patologie (eventi cardiovascolari) e di mortalità correlata (diabete) o di danni (fratture). I segni neri indicano studi che hanno come outcomes la sintomatologia o altri surrogati. La dimensione dell'effetto è misurata con l'indice di Cohen.

ma con un effetto minimo sulla riduzione della mortalità da diabete. Analogamente, le statine riducono del 30% i livelli di colesterolo nel sangue, ma, nonostante la propaganda dei produttori e dei ricercatori loro affiliati, la differenza con il placebo rispetto alla riduzione di eventi cardiovascolari è del 4%, che diventa un misero 1,2% per la mortalità a 5 anni dall'evento (1). Da che deriva questa scarsa efficacia delle terapie farmacologiche? Si potrebbe pensare che ci sia un impegno insufficiente sulla ricerca biomedica. I dati sulle risorse finanziarie impiegate per la ricerca dicono il contrario.

Un mare di denaro per la ricerca biomedica

Nell'anno 2012 (ultimo dato standardizzato disponibile), l'investimento globale (pubblico e privato) in ricerca e sviluppo nel settore biomedico a livello mondiale era di circa 268 miliardi di dollari. Calcolando il periodo 2007-2012 sono stati investiti circa 1500 miliardi di dollari, di questi, un po' più della metà (793 miliardi) sono stati investiti negli Stati Uniti. Negli ultimi anni c'è una crescita degli investimenti in Asia, sia perché le industrie occidentali stanno ricollocando gli investimenti in India, Corea del sud, Singapore per le più favorevoli condizioni di sfruttamento del lavoro e per le facilitazioni statali, sia perché c'è una forte crescita in Cina e in Giappone (2).

Impressionanti sono i finanziamenti alla principale istituzione pubblica di ricerca biomedica statunitense (e mondiale), ai *National Institutes of Health* (NIH), che, se pur con qualche contrazione negli anni della crisi economica, dal 2014 hanno un budget sui 30 e passa miliardi di dollari all'anno. Anche se fa venire i brividi leggere che, per la Difesa, gli USA spendono il doppio (60 miliardi l'anno), con un aumento per il 2016, deciso dal Nobel per la pace Obama, dell'8,4% sul bilancio 2015, tuttavia la ricerca per la salute resta il secondo finanziamento, per entità di spesa, che ogni anno viene deliberato dal Congresso degli Stati Uniti.

Calcolando solo dal 2000 al 2016, i NIH hanno ricevuto dal Congresso americano oltre 500 miliardi di dollari di finanziamenti (grosso modo l'intero bilancio annuale dello Stato italiano) di cui l'83% è andato a finanziare la ricerca di base e applicata. Il budget per la ricerca sul cancro, che è il più sostanzioso e praticamente stabile da diversi anni, è attorno ai 5 miliardi l'anno. Per avere un'idea dell'ordine di priorità nei finanziamenti, c'è da considerare che il National Institute che si occupa di ambiente, per il 2016, ha avuto poco più di 600 milioni dollari e il neonato *National Center Complementary and Integrative Health*, che dovrebbe occuparsi di cure integrate, ha dovuto accontentarsi di poco più di 100 milioni di dollari (3).

Il problema quindi non sono i soldi per la ricerca per migliorare la salute che, come abbiamo già notato, pur essendo sempre troppo pochi rispetto a quanto si spende per strumenti, uomini e mezzi per ammazzarci tra di noi, costituiscono tuttavia cifre imponenti.

La causa quindi va individuata nel paradigma che orienta la ricerca. Ma come possiamo definire in modo utile il paradigma biomedico riduzionista?

Il paradigma: una visione basata su concetti, pratiche, interessi, apparati

Il concetto di “paradigma” è stato proposto per la prima volta nel 1962 nel libro “La struttura delle rivoluzioni scientifiche” del filosofo americano, con una formazione in fisica, Thomas Kuhn (1923-1996).

Il ventennale della morte è passato in assoluto silenzio, anche tra i filosofi della scienza, che, del resto, sembrano una razza in estinzione, chiusa nelle stanze delle Università. Eppure, la creatura più celebre di Kuhn, il “paradigma”, almeno a livello linguistico, è viva e vegeta e la citazione de “La struttura delle rivoluzioni scientifiche” fa parte del gruppo delle citazioni classiche, ogni qualvolta si faccia riferimento a un cambiamento rilevante in ogni campo, non solo scientifico.

Un paradigma per studiare e ricercare

Senza entrare nel dettaglio della profonda e articolata riflessione del filosofo americano sviluppata altrove basta, ai fini del nostro discorso, ricordare una doppia distinzione operata da Kuhn. Il filosofo della scienza distingue tra paradigma come “caso esemplare” e paradigma come “matrice disciplinare”. Nel primo senso, il paradigma è come un quadro, una singola opera d'arte che funge da modello, che l'allievo, alla bottega del pittore, usa per imparare a rappresentare la realtà e che lo studente, a scuola, usa per risolvere in modo analogo i problemi che si presentano nelle singole discipline. In questo senso, i Manuali, dove si studia Fisica, Biologia, Medicina e altre discipline scientifiche, sono una collezione di modelli, una serie di “soluzioni di problemi concreti che la professione è arrivata ad accettare come paradigmi”. Questi testi “chiedono poi allo studente di risolvere da solo problemi strettamente modellati, nel metodo e nella sostanza, su quelli attraverso i quali il testo lo ha condotto”. Da qui il ruolo dell'educazione scientifica “come un'iniziazione relativamente dogmatica in una tradizione preconstituita di soluzioni di problemi, che lo studente non è invitato a valutare, né è preparato per farlo” (4, p. 9).

Il paradigma in senso ristretto, come caso esemplare, fa quindi parte di un più ampio e strutturato sistema cognitivo, che Kuhn chiama “matrice disciplinare”, che non viene posto in discussione, che contempla le generalizzazioni simboliche, le metafore e le analogie, i valori. Le prime sono le leggi, possiamo dire le asserzioni universali della disciplina. Le seconde costituiscono “i dogmi condivisi”. I valori, infine, si riferiscono alle regole comuni, agli obiettivi della ricerca in un determinato campo.

Il contesto socio-psicologico, dove si formano e dove lavorano i ricercatori, è quindi fondamentale nell'orientare la ricerca che, per Kuhn, non è opera di individui isolati, benché geniali, ma di gruppi di professionisti, che hanno ricevuto la medesima educazione e seguono i medesimi modelli di ricerca.

L'insieme di questi apparati cognitivi, dotati di un loro peculiare linguaggio di tipo specialistico, delle relative pratiche e interessi va a costituire la “scienza normale”, dove i problemi che il paradigma non risolve vengono classificati come “eccezioni”, che il tempo, cioè il progresso scientifico, nella visione della “scienza normale”, saprà ricondurre alle regole.

Gli apparati cognitivi si fondano su istituzioni formative, su network scientifici mondiali e su programmi di ricerca che, negli ultimi due secoli, vedono l'industria come protagonista.

Il ruolo paradigmatico dell'industria

Storicamente, l'industria produttrice di farmaci e presidi medici ha svolto un ruolo molto pervasivo e incisivo verso i medici, i ricercatori e i decisori politici. Lo ha fatto senza remore, come dimostrano i numerosi esempi di corruzione della pubblica amministrazione, delle istituzioni scientifiche e dei singoli operatori, che hanno interessato tutti i principali paesi ricchi (Italia inclusa ovviamente, come è noto dalle cronache dell'ultimo ventennio, dallo scandalo Poggiolini in avanti), i cui dettagli il lettore trova in due libri di due autori di rilievo: Jerome Kassirer e Marcia Angell², entrambi ex direttori del *New England Journal of Medicine*.

La tela di ragno della Big Pharma in Italia

Dall'estate del 2016 sono online i dati relativi ai contributi dell'industria farmaceutica ai professionisti e alle organizzazioni sanitarie, come chiesto nel Codice di trasparenza della Federazione europea dei produttori.

Sono parecchie migliaia i medici che hanno ricevuto un contributo dalle più grandi compagnie. Solo Novartis e Pfizer dichiarano di avere finanziato più di 3000 medici ciascuna: finanziamenti che vanno da poche centinaia fino ad alcune migliaia di euro. Ma, poiché i medici possono opporre un divieto alla pubblicazione dei loro nomi, si calcola che circa il 30% dei medici, beneficiari dai contributi delle aziende, non sia stato censito: forse, è in questa zona d'ombra che s'annidano i contributi più cospicui, non dichiarati.

Le Società scientifiche fanno la parte del leone: la Società Italiana di ematologia nel 2015 ha preso 170.000 euro dalla Janssen, mentre l'Anmco (associazione di cardiologi) ha ricevuto da Amgen 400.000 euro. La Pfizer ha riconosciuto ai reumatologi 312.000 euro, i quali però hanno avuto dalla Janssen altri 80.000 euro e così via.

Poi ci sono le Associazioni dei pazienti. L'Epac, una delle realtà più importanti e ascoltate per chi soffre di epatite, ha ricevuto finanziamenti rilevanti dai produttori del nuovo farmaco anti-epatite C: 60.000 euro da Janssen e da Gilead, oltre 200.000 da Abbvie. Federanziani ha ricevuto, anche attraverso il suo centro studi Sic (Sanità in cifre), 270.000 euro da Gsk e 240.000 da Pfizer.

Fonti:

<http://www.aboutpharma.com/blog/2016/06/30/trasparenza-online> dove è possibile collegarsi alle pagine di disclosure delle principali aziende: dalla Janssen all'Amgen, Pfizer, Roche, GSK, Novartis, Sanofi, AstraZeneca fino alla Menarini.

Bocci M (2016) *Viaggi, consulenze, convegni. Tutti i soldi di Big Pharma ai medici* www.repubblica.it del 13.08.2016

2. Si consigliano le seguenti letture:

Angell M (2006 [2004]) *Farma&Co. Industria farmaceutica, storie straordinarie di ordinaria corruzione*, Il Saggiatore, Milano, trad. it. di *The truth about the drug companies*, Random House, New York

Bottaccioli F (2011) *Attualità del programma di ricerca di Thomas Khun*, Pnci News 4: 19-22, scaricabile gratuitamente dai siti www.sipnei.it e www.simaiss.it

Kassirer J (2005) *On the 'Take: How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*, Oxford University Press, Oxford

Sarà anche per questo che il comparto farmaceutico del settore industriale ha attraversato indenne la grande crisi economica, accrescendo il fatturato e la concentrazione monopolistica: nel 2015 le 15 aziende leader, che compongono la cosiddetta *Big Pharma*, hanno registrato un fatturato di oltre 500 miliardi di dollari, ma complessivamente tutte le industrie farmaceutiche nel mondo incassano ogni anno più di 1.000 miliardi di dollari.

Per avere un'idea approssimativa della spettacolare capacità dell'industria di aderire a tutte le pieghe del sistema sanitario e scientifico italiano basta leggere il Box.

Tuttavia, a nostro avviso, l'aspetto più rilevante e pericoloso della industrializzazione della medicina non sta tanto nell'elargizione di denaro, che ha comunque la non edificante finalità di creare un contesto favorevole alla vendita di farmaci, quanto negli effetti di grave distorsione della ricerca e della visione della salute e della malattia.

L'industrializzazione della medicina ha prodotto una "mente medica" standard, un paradigma con cui guardare la salute e la malattia che ha uniformato ricercatori, operatori sanitari e cittadini. Alla base del paradigma c'è il seguente sillogismo: la salute, la malattia e le caratteristiche individuali dipendono da fattori elementari, che sono geni, microbi, alterazioni strutturali. La medicina può individuarli e risolvere i problemi che creano. La salute è nelle mani della scienza, della tecnica (farmacologia e chirurgia) e del medico.

Gli effetti sulla ricerca sono altamente distorcenti perché il grosso delle risposte che cercano gli scienziati vengono dalle domande proposte dal paradigma riduzionista orientato dall'industria. Le domande sono del tipo: qual è l'interruttore molecolare che posso spegnere o accendere, con una molecola sintetizzata ad hoc, per influenzare l'attività della cellula e quindi la genesi di una malattia? Porsi esclusivamente queste domande, taglia via d'un colpo la ricerca che non è riducibile a un interruttore molecolare e quindi espunge l'indagine sugli effetti complessi di sostanze (piante, alimentazione, prodotti naturali), di metodiche complesse (agopuntura, meditazione, psicoterapia e altre metodiche) e di comportamenti (attività fisica) e, a maggior ragione, esclude la ricerca su programmi di cura integrata. O, meglio, questi domini della ricerca scientifica vengono relegati alla marginalità in termini di finanziamenti, di pubblicazioni su riviste ad alto impatto, di diffusione degli ideali scientifici (i "dogmi condivisi", di cui parlava Kuhn) nella comunità dei ricercatori.

La cura integrata

Il danno clinico, in termini di prevenzione e cura, causato dal paradigma riduzionista è enorme perché, la mente medica e psicologica standard privano il terapeuta della possibilità di realizzare un salto di qualità nella cura centrata sull'integrazione e sul coinvolgimento in prima persona del paziente. Al tempo stesso, il terapeuta viene privato della possibilità di costituirsi come soggetto autonomo, che si giova di una cultura scientifica evoluta, non dogmatica, che conosce l'efficacia, i limiti, i rischi di ogni sua proposta terapeutica e che quindi sa che non solo i farmaci ma anche le parole, la psicoterapia, la meditazione, l'alimentazione, l'esercizio fisico, le piante, gli aghi, le ma-

nipolazioni del corpo possono influire sulla cura e che la loro combinazione, attagliata al singolo paziente visto nella sua interezza, può avere effetti sinergici sorprendenti.

Integrazione per noi significa innanzitutto vedere nella sua interezza la persona che chiede aiuto, quindi ogni paziente, che incontri un medico, un chirurgo, uno psicologo, un fisioterapista o un odontoiatra, dovrebbe ricevere una diagnosi integrata, cioè che combini indagini e valutazioni di ordine biologico e psicologico, nel quadro di un esame della sua biografia, che contempi gli eventi principali della vita e non semplicemente quelli d'ordine sanitario, come è oggi nell'anamnesi.

Come Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, da tempo ragioniamo su questa necessità: per questo abbiamo messo a punto una griglia di indagini biologiche (biomarker) e psicologiche (psychomarker e lifemarker). Questa proposta è in attesa di un ampio studio controllato per verificarne la portata, ma soprattutto richiede che si formino reti di operatori di diverse discipline orientati dal medesimo paradigma di riferimento. In entrambi gli obiettivi siamo impegnati come Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia, nella consapevolezza che senza diagnosi integrata, non ci sarà mai una corretta ed efficace cura integrata.

La promozione della salute nell'epoca del neoliberalismo

Come già Ippocrate ricordava, 2500 anni fa, se si vuol provare a curare, occorre studiare la persona nel suo contesto ambientale, fisico e sociale: *physis kai nómoi*, la natura e le norme, i costumi.

In epoca contemporanea, il filosofo Gregory Bateson (1904-1980) ha descritto l'essere umano "imprigionato in una trama di premesse, epistemologiche e ontologiche" (5, p. 362). La nostra epistemologia (convinzioni cosce e inconscie sul mondo) condiziona i nostri comportamenti e anche il nostro essere biologico, l'ontologia, la quale, a sua volta, condiziona la nostra epistemologia.

La scienza riduzionista fa una grande difficoltà ad inserire il dato sociale e culturale nello studio dell'essere umano e, per così dire, fa tenerezza oltre che rabbia, leggere in importanti riviste di neuroscienze che, ad esempio, il fallimento clamoroso della cura farmacologica delle dipendenze forse deriva dal fatto che "si è trascurato il contesto in cui matura la dipendenza dalle droghe" e che quindi occorra cambiare rotta, "aggiungendo i fattori sociali alla ricerca sulle dipendenze" (6). Con questo esempio, siamo di fronte all'ammissione del fallimento del pluridecennale paradigma di ricerca centrato sulla dopamina del cervello del topolino in gabbia, che ha costruito prestigiose carriere universitarie, che hanno spaccato il capello in quattro sui diversi recettori della dopamina e sul loro polimorfismo genetico: scienza dura, fondata sul binomio genetica e ricerca animale, che è stata scagliata come un arma contro chi vedeva la droga come eminente fenomeno sociale, da combattere con lo studio e il contrasto delle ragioni sociali ed economiche che l'alimentano.

Anche per questo, la ricerca animale andrà ripensata. Per ragioni etiche, ma anche per ragioni prettamente scientifiche: un essere umano non è un ratto di 70 chili, il nostro sistema psiche-cervello e il contesto sociale umano non sono paragonabili a quelli degli altri animali.

Physis e nómoi oggi

Gli esseri umani contemporanei vivono una epoca storica di grandi sconvolgimenti, legati a mutamenti ambientali sempre più minacciosi e a mutamenti sociali sconvolgenti.

È tramontata l'epoca della modernità classica, che ha avuto il suo "splendore" nei primi decenni del secondo dopoguerra. Un'epoca in cui l'ideale ottocentesco del progresso sembrava realizzarsi. Certo, a prezzo di dure battaglie sociali e culturali, che squassavano la compagine sociale, ma che, al tempo stesso, ne davano un'immagine unitaria, dentro cui l'operaio e il padrone, lo studente e il professore, il bottegaio e il burocrate, l'intellettuale e il politico, la donna e il prete, con le rispettive organizzazioni, giocavano ruoli ben definiti.

Una stabilità conflittuale che orientava politiche statali di welfare, di estensione dei diritti civili e che costituiva il fondamento delle identità e delle vite individuali.

Sul piano della salute pubblica, il decennio 1975-1985, culminato con la cosiddetta Carta di Ottawa sulla promozione della salute (7), è stato il tentativo di diffondere politiche di salute a tutta la popolazione basandosi soprattutto sul cambiamento dei suoi determinanti sociali. È l'epoca dei tentativi di costruzione delle reti delle "città sane", delle "scuole che promuovono la salute" e anche della diffusione di strutture come i consultori familiari e di strumenti di diagnosi precoce, come il pap-test.

A partire dalla fine del secolo scorso siamo decisamente passati da quella fase ad una condizione dominata, da un lato, dall'economicismo sanitario aziendalista (gli ospedali e i servizi sanitari territoriali diventano aziende guidate da manager il cui obiettivo è il controllo del bilancio) e, dall'altra, dal ripiegamento dell'individuo su se stesso. Commercializzazione, privatizzazione, individualizzazione della salute sono le parole che riassumono alcuni tratti di fondo della condizione attuale.

Gli strumenti della fase precedente, come abbiamo ricordato, erano di tipo istituzionale, la dimensione individuale della salute era in secondo piano, era per così dire sovradeterminata dalla dimensione collettiva, sociale e politica. All'individuo veniva riconosciuta, in quel modello, la libertà di cura, ma la partita della salute si giocava fuori dal soggetto, nei cosiddetti determinanti sociali, che erano oggetto di politiche pubbliche. Con la fase attuale, il focus dell'azione di promozione della salute è piombato sull'individuo, sul potenziamento delle capacità di prendersi cura di se stesso.

La cura di sé neoliberale come mistificazione e come cattiva coscienza dello Stato

È del tutto evidente che l'enfasi sull'individuo come promotore di salute serve a coprire la colpevole latitanza delle istituzioni, se, come ha accertato un'indagine (8), 11 milioni di cittadini italiani nel 2016 non si sono potuti curare adeguatamente per ragioni economiche, in quanto ormai, in barba al servizio sanitario pubblico, per curarsi, occorre mettere mano al portafoglio. Tra i cittadini esclusi, 2,4 milioni sono anziani (con pensioni da fame), 2,2 milioni sono giovani

sotto i 30 anni (senza lavoro).

Questa mistificazione lascia campo libero alla sanità privata e all'industria del benessere, in crescita, oscurando la drammatica e crescente disparità di accesso alle fonti del mantenimento e rinnovamento della salute.

Infine, separando le condizioni pubbliche, su cui s'edifica la salute individuale, dal contesto economico e sociale, s'impedisce alle scienze della cura di comprendere la peculiarità dei disturbi e dei rischi dell'epoca attuale.

Se infatti la seconda metà del secolo scorso, rispetto alla prima, ha visto mutare radicalmente l'epidemiologia sanitaria della popolazione, che è passata da una prevalenza di malattie infettive ad una di malattie cardiovascolari acute, adesso si è aperta una fase in cui dominanti saranno i tumori e le demenze per la fascia di popolazione più anziana, le patologie autoimmuni per quella di mezza età, femminile in particolare, i disturbi del neurosviluppo e psichiatrici per bambini, adolescenti e giovani adulti.

La previsione deriva dall'analisi dei trend attuali, ma soprattutto si fonda su ciò che sta accadendo e accadrà nelle società umane.

Automazione, disoccupazione, isolamento, mondo virtuale

A partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, nei paesi ricchi ha preso il via la cosiddetta "terza rivoluzione industriale" fondata sulla microelettronica abbinata all'informatica. "Essa ha permesso di automatizzare in misura elevatissima sia i processi fisici propri della produzione industriale, sia la raccolta, l'elaborazione e la distribuzione di ingenti volumi di informazione: i cosiddetti big data" (9, p. 23).

Le conseguenze sono state e saranno imponenti: riduzione massiccia della forza lavoro materiale e intellettuale necessaria per i processi produttivi in senso largo. Quindi non solo gli operai, ma anche le tradizionali figure professionali, dall'architetto all'avvocato e, in un futuro vicino, al medico e allo psicologo, sono e saranno sempre più esuberanti, rimpiazzati da programmi di intelligenza artificiale. Il sogno del capitale di ridurre al minimo i dipendenti, fino al delirio di immaginare di fare a meno della forza lavoro, che ha lo svantaggio di essere composta da esseri umani con esigenze, idee, rivendicazioni, malattie, si sta realizzando sotto i nostri occhi. Google ha circa 60.000 dipendenti e ha un utile annuo dichiarato di 15 miliardi di dollari. Apple ha 115.000 dipendenti, ha un capitale di 700 miliardi e registra utili annui di 40 miliardi, ma anche la giovanissima azienda Facebook fondata nel 2004, con 12.000 dipendenti fa utili annui vicini ai 4 miliardi di dollari. Un colosso automobilistico come la General Motors ha quasi il doppio dei dipendenti Apple, ma i suoi profitti sono 6-7 volte minori, per non parlare della Fiat Chrysler che ha 3 volte i dipendenti di Apple con profitti ridicoli rispetto all'azienda di Cupertino (10).

La strada è segnata da Apple, Google, Facebook, Amazon che sono in grado di combinare l'uso della più avanzata tecnologia, una ridotta componente di forza lavoro umana, ad una immagine

di accattivante modernità, gioventù, innovazione e libertà.

In realtà, queste aziende, sotto la patina "liberal", perseguono, con una determinazione non minore a quella dei vecchi padroni del vapore, l'obiettivo di pagare meno tasse possibili e di sfruttare al massimo i propri lavoratori, come hanno dimostrato le azioni dell'Unione Europea verso Apple per il recupero di diversi miliardi di euro di tasse eluse e come hanno documentato accurate indagini giornalistiche sulle condizioni di lavoro in Apple e in Amazon (11). Condizioni di lavoro proto-industriali in termini di orario (mediamente 60-80 ore a settimana) e raccapriccianti in termini umani, in quanto è l'azienda ad incentivare la concorrenza spietata e senza esclusione di colpi tra i propri dipendenti.

Si prevede che, a breve, nel 2020, la metà dei lavoratori statunitensi sarà *freelance*, non avrà cioè un rapporto di lavoro stabile, sarà quindi nella continua necessità di ricercare e contrattare il proprio impiego con diversi datori di lavoro, in concorrenza sistematica con i propri simili. Questa condizione mette l'essere umano in uno stato di continua allerta, come un animale braccato che cerca di interpretare i segnali di una ambiente ostile, secondo la efficace definizione dello psichiatra Miguel Benasayag (12). In particolare i giovani, i cosiddetti *millennials* (nati tra gli anni '80 e il 2000), secondo il sociologo Zygmunt Bauman, non avendo alle spalle i valori stabili e autorevoli del passato, sono nella condizione di "ridefinire continuamente la propria identità da mettere sul mercato per trovare il suo valore"(13), per poi verificare se essa abbia un mercato, se riceva i *like* necessari o se invece venga ignorata o addirittura messa alla gogna mediatica. Isolati, in allerta, braccati, insicuri, ma incapaci di ribellarsi, anzi perfino di immaginare una possibile contestazione dell'ordine nazionale e mondiale che continua ad accumulare ricchezza, benessere e sicurezza in una quota minima della popolazione.

Qui sta la principale novità della condizione attuale rispetto al passato: l'inerzia collettiva. Da che dipende?

Dalle trame epistemologiche, di cui parlava Bateson, che imprigionano masse notevoli di persone in una realtà virtuale che, a dispetto delle condizioni reali di vita, le fa sentire libere, auto-determinate o comunque che possono farcela.

Sotto questo profilo, l'ideologia e i nuovi apparati del neoliberismo hanno fatto centro: face book (che al luglio 2016 raggiunge 1 miliardo e 650 milioni di persone, con circa 1 miliardo di persone che lo usa quotidianamente) ti fa credere di avere estese relazioni sociali; ti illude di esistere in quanto soggetto autonomo dotato di un potere libero e condizionante quando clicchi "mi piace" o quando posti un commento graffiante o insultante; ti consente anche di partecipare, al riparo, a quelle che, con un raffinato neologismo british, vengono chiamate *shitstorm* (letteralmente, tempeste di merda), riti sanguinari di gogna e di uccisione mediatica della vittima designata, che poi, come talvolta accade, s'ammazza davvero. Inoltre, l'ideologia dell'autodeterminazione, riassunta nella formula "ognuno è imprenditore di se stesso", diventa il mezzo per strutturare un'auto-sfruttamento senza diritti, con la persona che, per stare dietro alla gabbia di impegni che s'è costruito, è perennemente in attività, giorno e notte.

L'intelligenza artificiale al servizio della psicopolitica

Lo sviluppo dell'intelligenza artificiale, nella forma evoluta del *machine learning* (sistemi operativi, algoritmi, capaci di apprendere da soli sulla base dei dati a disposizione), incrementerà al massimo il controllo sui singoli individui, di cui i sistemi già conoscono gusti, preferenze, abitudini, vizi, dando vita ad un controllo e a una possibile manipolazione della psiche umana senza precedenti (14). Al tempo stesso, gestirà la solitudine umana con strumenti di realtà virtuale e robotica che suppliranno la povertà delle relazioni e del sostegno sociale facendo vivere le persone in una bolla irrealistica, alimentando e ingigantendo le distorsioni della psiche umana, come è il caso della nuova generazione di bambole robotiche in sembianze umane dotate di linguaggio, che immaginiamo sarà sempre più evoluto, per soddisfare il perverso sogno maschile della moglie ubbidiente, amorevole, servizievole, che sta al posto suo e che è sempre sessualmente disponibile.

Sappiamo che già oggi un bambino, che ancora balbetta, ha spesso in mano un cellulare o un dispositivo elettronico.

Non serve essere grandi esperti della psiche umana per intuire i danni profondi che la condizione descritta produce e produrrà su scala planetaria, se si considera che il miliardo e trecento milioni di cinesi e gli altrettanti indiani (insieme fanno 2,6 miliardi di persone al 2013) stanno trotando alacremenente in questa direzione.

Una fase di estremo pericolo e di opportunità

Tutti coloro che si occupano della terza rivoluzione industriale, che viene anche chiamata "seconda età delle macchine" (15), concordano nel segnalare che, con l'avvento delle macchine che apprendono da sole (*machine learning*) (16) siamo vicini a un cambiamento epocale che lascerà il segno nell'organizzazione sociale e quindi anche nella struttura psicobiologia degli esseri umani. Si prevedono: un forte incremento della disoccupazione anche delle professioni intellettuali; un'inedita accelerazione della tendenza, già ben operante, all'accrescimento delle diseguaglianze sociali; un più rigido controllo sociale; una modificazione, oggi solo intuibile, delle caratteristiche psichiche e cerebrali degli esseri umani.

Non è fantascienza infatti immaginare che, dati i processi descritti, si potrebbe realizzare una pressione evolutiva sulla specie umana davvero epocale. Quando 8-10.000 anni fa le popolazioni umane iniziarono a diventare stanziali e a dissodare la terra, la nostra specie subì alcune modifiche peculiari: i nostri avi diventarono più bassi dei loro avi cacciatori-raccoglitori, ma si moltiplicarono ad una velocità che mai s'era vista prima e che consentì la diffusione della specie progressivamente su tutto il pianeta.

I salti tecnologici, quando sono pervasivi e dirompenti, modificano per sempre le condizioni di riproduzione della vita. Non è infatti possibile tornare indietro, come del resto è accaduto per l'industrializzazione, la motorizzazione, la computerizzazione della vita degli ultimi 150 anni. Si può solo pensare, per tempo, ad aprire una fase di consapevolezza collettiva su dove stiamo

andando, per porre robusti correttivi ai processi in atto, con il fine di piegarli al miglioramento della qualità della vita della grande maggioranza delle persone, che altrimenti non solo non usufruirebbe delle eccezionali possibilità, in termini di crescita culturale, di effettiva libertà, di salute e benessere, offerte dalla seconda rivoluzione delle macchine, ma che invece ne rimarrebbe letteralmente schiacciata. Si pensi solo a quale incremento delle attuali guerre e campagne terroristiche potrebbe condurre la piena maturità della tecnologia del *machine learning*: la specie umana potrebbe essere letteralmente devastata da dispositivi che obbedirebbero solo al proprio algoritmo, che si autoalimenta a partire dal semplice obiettivo di distruggere il nemico.

Le scienze della cura di fronte ai cambiamenti epocali in atto

La medicina e le scienze della cura sono da sempre strettamente legate allo sviluppo industriale e alla tecnologia, anche bellica.

Le prime industrie farmaceutiche alla fine dell' Ottocento erano industrie chimiche che producevano coloranti; i primi farmaci antitumorali furono il risultato della ricerca per produrre armi chimiche durante la guerra mondiale 1914-1918; la prima sperimentazione di massa della penicillina venne fatta nelle trincee della seconda guerra mondiale (1939-1945). La fisica atomica che, con il contributo di Enrico Fermi e dei migliori fisici del mondo, portò alla costruzione della prima arma di distruzione di massa, sganciata più di 70 anni or sono sul Giappone, con centinaia di migliaia di morti e con inenarrabili sofferenze delle generazioni successive, su ordine del presidente democratico Harry Truman, appena succeduto al legendario democratico Franklin D. Roosevelt, cambiò la diagnostica medica e la terapia di alcuni tumori.

Le scienze biomediche, nel corso dei secoli, si sono anche alimentate di metafore tecnologiche. Da Cartesio fino alla metà del XVIII secolo, la metafora che medici e fisiologi più facilmente usavano per rappresentare il funzionamento dell'organismo umano era la macchina: l'orologio, la fontana meccanica, la macchina industriale. Dispositivi dotati di una mirabile rete di molle e di leve che consentiva l'attività dello strumento senza intervento umano. Un celebre medico filosofo, Julien O. de La Mettrie (1709-1751) scrisse, nel 1747, un fortunato trattato dal titolo *L'Homme machine*, descrivendo la fisiologia umana come frutto dell'attivazione di congegni meccanici. Cento anni dopo, in pieno utilizzo della macchina a vapore, i fisiologi tedeschi ripetutamente ricorsero al concetto di energia prodotta dal combustibile per descrivere il metabolismo umano. Quasi tre secoli dopo La Mettrie, il rischio è di passare dalla metafora alla realtà dell'uomo macchina. Nel senso della sostituzione dell'uomo da parte della macchina, che lo imita carpando la nostra peculiarità, la capacità di apprendere e quindi di evolvere sotto il profilo cognitivo e delle prestazioni, ma anche nel senso del dominio assoluto di una visione meccanicista dell'essere umano e dell'universo.

Il paradigma riduzionista in biomedicina, in grave crisi in questo inizio di secolo, potrebbe trovare nella "seconda età delle macchine" una nuova linfa vitale, che sarebbe deleteria per le scienze e le professioni della cura.

Si aggraverebbero tutti i tratti negativi, già identificati e riassunti in un commento del *New England of Medicine* e presentati nella colonna di sinistra della Tabella 2.

Tabella 2- Vecchio e nuovo paradigma a confronto

| PARADIGMA RIDUZIONISTA | PARADIGMA PNEI |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ignora l'origine complessa delle malattie • Medicalizza i fattori di rischio • Persone asintomatiche vengono ridefinite "malate" per facilitare il trattamento con farmaci • Fallimento della prevenzione • Supremazia delle terapie brevettabili • Costi insostenibili a fronte di risultati scarsi • Frequenti errori medici • Scarsa soddisfazione di pazienti e medici • Peggioramento delle disparità di accesso alle cure e alla salute | <ul style="list-style-type: none"> • Conosce e cura l'essere umano nella sua interezza • Identifica i determinanti sociali ed ecologici della salute • Promuove la conoscenza e la consapevolezza di sé su cui fondare politiche di prevenzione primaria efficaci • Promuove cure integrate efficaci e a basso impatto sul network umano e sui sistemi terrestri • Promuove la solidarietà sociale e la reale parità di accesso alle cure e alla salute • Promuove l'empatia tra pazienti e operatori sanitari |

Fonte: Fani Marvasti F, Stafford RS (2012) From sick care to health care--reengineering prevention into the U.S. system, *New Engl J Med* 367(10):889-91.

In particolare, la prevedibile diffusione e adozione, da parte delle Autorità statali e scientifiche, degli algoritmi diagnostici e terapeutici, costruiti sul paradigma riduzionista, produrrà dei vincoli tali all'attività terapeutica da far apparire come età di libertà l'attuale dominata dalle "linee guida". È prevedibile che, in questo scenario, il terapeuta, indipendentemente dalla sua professione, sarà sottomesso ai protocolli costruiti dal *machine learning*. Ciò comporterà un peggioramento della scarsa soddisfazione per le cure, che già ora unisce molti pazienti e un numero crescente di terapeuti. Insoddisfazione che si proverà a mascherare aumentando ciò che un altro commento del *New England Journal of Medicine* definisce l'"illusione terapeutica", che, da un lato, funziona da auto-giustificazione per l'uso di farmaci e dispositivi medici inutili e, dall'altro, come protezione verso le pressioni e le minacce di azioni legali da parte dei familiari dei pazienti (17).

La salute e la capacità di cura, nel cosiddetto terzo millennio (il tredicesimo millennio, avendo la rivoluzione agricola come riferimento) potrebbero invece fare un salto spettacolare in avanti combinando il paradigma sistemico della Psiconeuroendocrinoimmunologia a una tecnologia non asservita ai potentati.

Una visione sistemica di impronta scientifica infatti può poggiarsi solo su una tecnologia avanzata, che consenta lo sviluppo della ricerca molecolare e che migliori notevolmente la conoscenza della complessità umana abbandonando il riduzionismo.

Una sfida estremamente difficile, che però rappresenta anche la speranza di costruire una forza di contenimento e di opposizione alla spinta verso esiti catastrofici che, nel mondo che abbiamo descritto, è attiva e potente.

Sentiamo l'obiezione: ma questa è una dimensione culturale e politica che esula dalle scienze e dalle professioni della cura!

In realtà questa dimensione c'è sempre stata nelle scienze che si occupano dell'essere umano. C'è stata in filosofia fino a tempi recenti, fino a quando il crollo delle "grandi narrazioni" è stato sostituito da "forme instabili di razionalità" e dal "pensiero debole" della filosofia post-moderna (18-19), il cui clima culturale ha favorito l'imporsi dell'egemonia neoliberista.

C'è stata in medicina, che, a grandi ondate, dall'Ottocento fino agli anni '70 del Novecento, ha unito il progresso sociale e la conquista dei diritti civili per tutti alla crescita delle conoscenze scientifiche e della capacità di cura, dovendo poi subire un lungo periodo di restaurazione culturale. Occorre riprendere quell'alleanza tra scienza, filosofia e professioni della cura, strutturandola su nuove basi. La dimensione individuale della salute, la cura di sé va sottratta all'ideologia neoliberista imperante. Come abbiamo più volte scritto, pensiamo che la salute sia un attributo del soggetto in un contesto socialmente e politicamente determinato. "La salute è un bene comune in quanto è anche un bene individuale" (20). L'individuo quindi può intervenire attivamente nella determinazione e gestione-rinnovamento della propria salute utilizzando condizioni sociali e generalmente ambientali che possono favorire od ostacolare i suoi sforzi.

Questo pone in un piano strutturato le pratiche di salute, le cui aree interdipendenti sono la cura di sé e la cura degli altri, l'intervento sanitario e le pratiche di promozione della salute su scala di massa.

Per cura degli altri intendiamo non solo l'esercizio della professione sanitaria che, per essere esercitata al meglio, ha bisogno di un operatore che sia in grado di prendersi cura di sé e che quindi possa riconoscere, nell'altro che aiuta, se stesso e i suoi problemi di gestione della vita e della salute. Intendiamo anche pratiche di cura delle relazioni sociali e degli ecosistemi ambientali, le cui influenze sulla salute individuale sono ampiamente documentate.

Per questo, per procedere nel rinnovamento delle scienze e delle professioni della cura, pare imprescindibile un movimento, capace di costruire un pensiero critico nella scienza, nella cultura e nella politica.

È tempo di uscire dagli ospedali, dagli ambulatori, dalle Università per sollecitare desideri e progetti collettivi di cambiamento su tutti i livelli in cui si struttura la salute umana.

BIBLIOGRAFIA

1. Leucht, S, Helfer, B, Gartlehner, G, Davis, J. M. How effective are common medications: a perspective based on meta-analyses of major drugs, BMC Medicine 2015; 13: 253. <http://doi.org/10.1186/s12916-015-0494-1>
2. Chakma J, Sun GH, Steinberg JD, Sammut SM, Jaggi R. Asia's ascent--global trends in biomedical R&D expenditures, N Engl J Med. 2014; 370(1): 3-6. doi: 10.1056/NEJMp1311068.

3. National Health institutes e segnatamente dalla pagina dell' Office of budget https://officeofbudget.od.nih.gov/spending_hist.html L'accesso è stato effettuato il 18.09.2016.
4. Kuhn T. La funzione del dogma nella ricerca scientifica, in Kuhn T Dogma contro critica, Milano: Cortina; 2000, pp. 3-32.
5. Bateson G. Verso un'ecologia della mente, Milano: Adelphi; 1976.
6. Heilig M, Epstein DH, Nader MA, Shaham Y. Time to connect: bringing social context into addiction neuroscience, Nature Reviews Neuroscience 2016; 17: 592-599.
7. World Health Organization. WHO Ottawa Center for health promotion: an international conference on health promotion. The move towards a new public health,, Geneva: WHO; 1986.
8. Censis-Rbm Assicurazione Salute Dalla fotografia dell'evoluzione della sanità italiana alle soluzioni in campo 2016; <http://www.censis.it> accesso del 25.09.2016.
9. Gallino L. Il denaro, il debito e la doppia crisi. Torino: Einaudi; 2015.
10. Wikipedia <https://it.wikipedia.org> accessi del 24.09.2016.
11. Kantor J, Streitfeld D. Inside Amazon: Wrestling Big Ideas in a Bruising Workplace, The New York Times 15 August 2016.
12. Benasayag M, Del Rey A. Oltre le passioni tristi. Dalla solitudine contemporanea alla creazione condivisa. Milano: Feltrinelli; 2016.
13. Bauman Z. I giovani "liquidi". Una, nessuna, centomila identità, La Repubblica 21 maggio 2015; p. 39.
14. Han B-C. Psicopolitica. Il neoliberalismo e le nuove tecniche del potere, II ed., nottetempo, Roma, trad. it. di Psychopolitik. Neoliberalismus und die neuen Machttechniken. Frankfurt am Main: Fischer Verlag; 2014.
15. Brynjolfsson E, McAfee A. La nuova rivoluzione delle macchine. Lavoro e prosperità nell'era della tecnologia trionfante, Milano: Feltrinelli; 2015.
16. Domingos P. L'algoritmo definitivo. La macchina che impara da sola e il futuro del nostro mondo, Torino: Bollati Boringieri; 2016.
17. Casarett D. The Science of Choosing Wisely — Overcoming the Therapeutic Illusion, N Engl J Med 2016; 374: 1203-1205.
18. Lyotard J-F. La condizione post-moderna. Milano: Feltrinelli; 1981.
19. Vattimo G, Rovatti PA. Il pensiero debole. Milano: Feltrinelli; 1983.
20. Ingrosso M. Attualità e riorientamento della promozione della salute nello scenario sociale contemporaneo, Sistema salute 2013; 57: 249-264.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Valutazione di processo e di esito di un programma di sorveglianza nutrizionale per la riduzione di sovrappeso e obesità a Taranto

Process and outcomes evaluation of a nutritional monitoring program for overweight and obesity reduction in Taranto

Antonio Pesare*, Sabrina Liuzzi*, Walter Liuzzi*, Paola Beatini^

**Dipartimento di Prevenzione Asl Taranto, U.O. Epidemiologia, Comunicazione e Formazione, coordinamento delle attività di Promozione della salute*

^Centro Sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia.

Parole chiave: sovrappeso-obesità, sorveglianza nutrizionale, educazione nutrizionale, valutazione

RIASSUNTO

Premessa: sovrappeso e obesità costituiscono un importante problema di sanità pubblica. Indicazioni internazionali e letteratura evidenziano la necessità di azioni efficaci e diversificate per specifici gruppi di popolazione e la necessità che i promotori si dotino di indicatori e strumenti atti a valutarne i risultati.

Obiettivi: il contributo riferisce su metodologia, indicatori di processo e di esito e su risultati di un Percorso di salute nutrizionale realizzato per soggetti obesi e in sovrappeso di alcuni quartieri di Taranto.

Metodo: sono descritte le fasi del Percorso: obiettivi, metodologia - screening e colloqui motivazionali- criteri e indicatori per la valutazione.

Risultati: la valutazione di esito è stata positiva in termini di salute (calo ponderale e mantenimento del peso), in riferimento agli obiettivi comportamentali (incremento del consumo di frutta e verdura e diminuzione di carni rosse) e agli obiettivi educativi (senso di responsabilità e di autoefficacia). La valutazione di processo evidenzia problemi di adesione e drop out alle varie fasi.

Conclusioni: l'impianto di valutazione di cui si è dotato il Servizio ha consentito un'analisi per un ri-orientamento

Autore per corrispondenza: antonio.pesare@asl.taranto.it

del percorso caratterizzato da un più ampio coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e un approfondito studio su strategie di adesione dei gruppi più fragili.

Key words: overweight-obesity, nutritional surveillance, nutrition education, evaluation

SUMMARY

Introduction: overweight and obesity are an important public health problem. International indications and literature highlight the need for effective and diversified actions for specific population groups to tackle it and the need for promoters to have indicators and tools to evaluate their results.

Objectives: the contribution refers methodology, outcome and process and results indicators of a Nutrition Program for obese and overweight subjects in some neighborhoods of the Local Health Agency of Taranto.

Method: the authors describe the phases of the program: Objectives, Methodology - Screening and Motivational Interviews - Criteria and Indicators for Evaluation.

Results: the outcome evaluation was positive in terms of health (weight loss and weight maintenance), with reference to behavioral goals (increased consumption of fruit and vegetables and decreased red meat consumption), and educational goals (sense of responsibility and self-efficacy). The process evaluation highlights adhesion and dropout problems at various steps.

Conclusions: provided the Service is currently undergoing a reorientation of the program with a wider involvement of GPs and an in-depth study on strategies to get most vulnerable groups involved in thanks to the Evaluation System in place.

È noto come sovrappeso e obesità rappresentino una sfida per la sanità pubblica sia perché la prevalenza è in costante e preoccupante aumento, sia perché entrambi costituiscono un importante fattore di rischio per malattie croniche quali malattie cardiovascolari, diabete mellito di tipo 2, e tumori (1-7).

In Italia dai dati del sistema di sorveglianza Passi 2012-2015 emerge che due adulti su cinque sono in eccesso ponderale, con il 31,6% in sovrappeso e l'10,5% di obesi. L'eccesso ponderale è significativamente più frequente in alcune categorie: fra gli uomini (rispettivamente obesità: 40% e 11,9%), fra le persone con difficoltà economiche (rispettivamente: 35% e 16%), e fra quelle con un titolo di studio basso o assente (rispettivamente: 41% e 23%)(8).

La distribuzione dell'eccesso ponderale disegna un chiaro gradiente Nord-Sud con una maggiore diffusione nelle Regioni meridionali (la Basilicata è la Regione con il valore più alto, 49%, seguita da Campania e Molise con 48%). La percentuale di popolazione in eccesso ponderale cresce all'aumentare dell'età. Per quanto riguarda la Regione Puglia si evidenzia una presenza di soggetti obesi e in sovrappeso superiore alla media nazionale (obesi 12,5 vs 10,4 3; sovrappeso 32,4 vs 31,6). La fascia di età più rappresentata è quella compresa tra i 35 e 49 anni (36,6%). Nello specifico, per quanto riguarda la città di Taranto i dati Passi e recenti studi relativi alla situazione nutrizionale e gli stili di vita presentano il seguente quadro: per la sezione *Situazione nutrizionale*: sovrappeso Taranto vs Puglia (51 vs 47); per la sezione *Rischio cardiovascolare* la prevalenza di ipertesi è del 24% a Taranto verso il 23% della Puglia (9-10).

Al fin di ridurre il rischio cardiovascolare agendo sulla riduzione di alcuni fattori di rischio cardiovascolari, quali eccesso ponderale, ipertensione arteriosa, iperglicemia, ipercolesterolemia

il Dipartimento di Prevenzione della ASL di Taranto ha avviato il *Programma di prevenzione primaria del rischio cardiovascolare popolazione tarantina* e congiuntamente il *Programma di prevenzione primaria sui Corretti Stili di Vita della popolazione tarantina*.

L'attenzione dedicata ad un programma di sorveglianza cardiovascolare e a interventi preventivi contro i fattori di rischio comportamentali, trova fondamento nell'evidenza che le patologie circolatorie e respiratorie che mostrano eccessi a Taranto¹ hanno un'etiologia multifattoriale e un'efficace strategia di contrasto deve prevedere, oltre alle misure di abbattimento delle concentrazioni degli inquinanti ambientali, tutti gli altri interventi preventivi di provata efficacia, quali campagne *per la cessazione del fumo* e per l'educazione alimentare.

Il *Programma di prevenzione primaria sui Corretti Stili di Vita della popolazione tarantina* prevede più linee di azione programmate che si traducono nei seguenti "Percorsi di Salute": 1. Percorsi di promozione di una corretta alimentazione 2. Percorsi di disassuefazione dal fumo di sigaretta. 3. Percorsi per favorire l'attività fisica e il movimento

I "Percorsi di salute nutrizionale"

Il contributo che segue descrive la struttura metodologica dei *Percorsi di Salute nutrizionale*, obiettivi, azioni realizzate, illustra, in particolare, il disegno di valutazione di processo e di esito, gli indicatori utilizzati e i risultati ad oggi ottenuti.

È proprio la fase valutativa che si intende sottolineare, consapevoli della complessità ma al contempo della necessità inderogabile di un'attenta analisi dei risultati di un percorso di educazione/prevenzione/promozione della salute in un'ottica di miglioramento del servizio offerto e di un eventuale ri-orientamento dello stesso (11-12).

Il Target

I dati riportati nel documento fanno riferimento all'attività di screening cardiovascolare effettuata nel triennio 2014-2016 nei confronti di uomini e donne rispettivamente di 40 e 45 anni, residenti nei quartieri Tamburi, Borgo e Paolo VI di Taranto e nel comune di Statte per un totale di 3.047 soggetti. La scelta della fascia di età è stata individuata attraverso i dati del rapporto Stato di salute della Popolazione Puglia 2014 considerando l'aumento di IMA nella popolazione di Taranto. (13-14) Sono riportati i dati raccolti nel triennio 2014-2016.

I suddetti quartieri presi in considerazione per la fase iniziale del Programma di Prevenzione sono desunti dallo Studio IESIT 2002-2010 che riporta la distribuzione geografica e temporale del rischio di malattia nei residenti del Comune e Provincia di Taranto e si basa sulla stima del rischio di morte o di ricovero in eccesso rispetto alla Puglia, al netto di fattori quali sesso, età e indice di deprivazione socio-economica. Questo Studio ha fatto rilevare che:

1. Il Progetto per la Prevenzione del Rischio Cardiovascolare in Puglia: analisi dei bienni 2008-2009 e 2010-2011 (di cui al PRP 2010-2012) evidenzia nella provincia di Taranto che la media dei punteggi degli assistiti con cardiopatia (crv) è 5,72 (pg 12) ed è superiore rispetto alla media delle altre ASL

- Il Rischio relativo dei ricoveri per IMA verso Puglia si mostra statisticamente significativo a Taranto città (19%) e Statte (18%).
- L'analisi dei quartieri mostra eccessi statisticamente significativi per M+F nei seguenti quartieri: Paolo VI (31%), Tamburi (46%), Città Vecchia-Borgo (34%), Tre Carrare – Solito (15%), Montegranaro-Salinella (14%)

Per il sesso maschile si evidenziano eccessi statisticamente significativi nei quartieri: Paolo VI (25%), Tamburi (26%), Città Vecchia-Borgo (22%), Tre Carrare – Solito (10%), mentre per le femmine nei quartieri: Tamburi (65%), Città Vecchia-Borgo (38%).

Gli obiettivi

Con l'obiettivo generale di ridurre l'impatto di sovrappeso/obesità e di una scorretta alimentazione sul rischio cardiovascolare sono stati individuati i seguenti obiettivi specifici:

- obiettivi di salute: riduzione del peso corporeo
- obiettivi comportamentali: acquisizione di abitudini alimentari corrette e bilanciate da un punto di vista nutrizionale
- obiettivi educativi: promuovere il cambiamento dello stile di vita e promuovere il raggiungimento delle capacità di autocontrollo e il mantenimento nel tempo dei comportamenti acquisiti.

Metodologia

La prima visita di screening per l'inclusione nei Percorsi di salute nutrizionale

Una prima visita di screening rappresenta la fase di avvio del Percorso e prevede:

- a) rilevazione di parametri clinici: dati antropometrici (peso, altezza, circonferenza vita e calcolo BMI); misurazione della pressione arteriosa; esecuzione di uno stick glicemico a digiuno; esecuzione di uno stick per la determinazione della colesterolemia
- b) somministrazione di un questionario per la rilevazione di: dati anagrafici (sesso, età, stato civile, residenza); titolo di studio; occupazione; stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica, abitudine al fumo di sigaretta). I valori analitici rilevati sono correlati con gli stili di vita per ottenere l'*Indice di Rischio Cardiovascolare*.

Le caratteristiche ponderali sono definite in relazione al valore dell'Indice di Massa Corporea (BMI). A seconda del valore di BMI (kg/m^2) rilevato i soggetti sono ascritti a 5 categorie. I valori dell'indice di massa corporea indicativi del peso ottimale, del sovrappeso e dell'obesità di medio e alto grado con il relativo livello di rischio per la salute sono riportati nella tabella 1:

I criteri di inclusione nel Percorso Nutrizionale

Le caratteristiche ponderali dei soggetti da includere nel Percorso Nutrizionale sono definite in relazione al valore del *Body Mass Index* e della concomitanza presenza di eventuali ulteriori fattori di rischio CV (circonferenza vita >88 cm donne / >102 cm uomini, glicemia >126 mg/

Tabella 1- Categorie in relazione al valore dell'Indice di Massa Corporea (BMI)

| | BMI (KG/M²) | LIVELLO DI RISCHIO CV |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------|
| SOTTOPESO | <18.5 | non incrementato |
| NORMOPESO | 18.5 - 24.9 | non incrementato |
| SOVRAPPESO | 25.0 - 29.9 | Incrementato |
| OBESITÀ I grado | 30.0 - 34.9 | Alto |
| OBESITÀ II grado | 35.0 – 39.9 | molto alto |
| OBESITÀ III grado | > 40 | estremamente alto |

dl, ipercolesterolemia ≥ 220 mg/dl, ipertensione arteriosa Ps >140 e/o Pd >90 , attività fisica lieve o assente). I soggetti considerati arruolabili sono iscritti in uno dei seguenti gruppi a rischio:

I soggetti considerati arruolabili nei Percorsi di Salute Nutrizionale, cioè quelli riscontrati in eccesso ponderale (sovrappeso e obesi) alla visita di screening, sono pari a 1.912 secondo la distribuzione per quartiere e per condizione ponderale riportata in tabella.

| | | |
|-----------------|--|--|
| Gruppo A | BMI ≥ 30 (soggetti obesi) | Indipendentemente dalla presenza di uno o più ulteriori fattori di rischio cardiovascolare |
| Gruppo B | $25 \leq \text{BMI} < 30$ (soggetti Sovrappeso) | Presenza di uno o più ulteriori fattori di rischio cardiovascolare |

Emerge che ben il 63% dei soggetti visitati risulta in eccesso ponderale e che il quartiere Tamburi è quello in cui si riscontra la percentuale più elevata (70)% di soggetti arruolabili (la quota maggiore degli arruolabili è a carico degli obesi). Tra i soggetti arruolabili vi è una più alta prevalenza di eccesso ponderale, sia per quanto riguarda i sovrappeso che gli obesi, tra le donne.

Tabella 2- Soggetti considerati arruolabili nei Percorsi di Salute Nutrizionale secondo la distribuzione per quartiere e per condizione ponderale

| Quartiere | N. Visite di Screening | Soggetti Arruolabili | % Soggetti Arruolabili | N. Sovrappeso | % Sovrappeso | N. Obesi | % Obesi |
|---------------------|------------------------|----------------------|------------------------|---------------|--------------|------------|------------|
| STATTE | 534 | 342 | 64% | 209 | 39% | 133 | 25% |
| PAOLO VI | 628 | 419 | 67% | 245 | 39% | 174 | 28% |
| TAMBURI | 599 | 422 | 70% | 223 | 37% | 199 | 33% |
| BORGO-CITTÀ VECCHIA | 1286 | 729 | 57% | 459 | 36% | 270 | 21% |
| TOTALE | 3047 | 1912 | 63% | 1136 | 59% | 776 | 68% |

Tabella 3- Soggetti in sovrappeso, uomini/donne per quartiere

| QUARTIERE | Soggetti in SOVRAPPEO | UOMINI | % M | DONNE | % F |
|------------------------|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
| STATTE | 209 | 110 | 53% | 99 | 47% |
| PAOLO VI | 245 | 103 | 42% | 142 | 58% |
| TAMBURI | 223 | 97 | 43% | 126 | 57% |
| BORGO - CITTA' VECCHIA | 459 | 216 | 47% | 243 | 53% |
| TOTALE | 1136 | 526 | 46% | 610 | 54% |

Tabella 4- Soggetti obesi, uomini/donne per quartiere

| QUARTIERE | Soggetti OBESI | UOMINI | % M | DONNE | % F |
|------------------------|----------------|------------|------------|------------|------------|
| STATTE | 133 | 67 | 50% | 66 | 50% |
| PAOLO VI | 174 | 62 | 36% | 112 | 64% |
| TAMBURI | 199 | 81 | 41% | 118 | 59% |
| BORGO - CITTA' VECCHIA | 270 | 108 | 40% | 162 | 60% |
| TOTALE | 776 | 318 | 41% | 458 | 59% |

Gli incontri dei Percorsi di Salute Nutrizionale

I *Percorsi di Salute Nutrizionale*, sono concepiti in un'ottica alternativa alla dietoterapia prescrittiva attraverso la quale la persona è chiamata ad applicare passivamente indicazioni alimentari fornite dall'esperto; non si impongono regole rigide, diete o restrizioni alimentari ma si favorisce il raggiungimento della capacità di autocontrollo nel rapporto con il cibo attraverso la presa di coscienza delle proprie problematiche, la partecipazione al processo e una ricerca di soluzioni e strategie di cambiamento.

Condotti da un dietista e da uno psicologo i *Percorsi di Salute Nutrizionale* utilizzano la tecnica del *colloquio motivazionale* (15-21).

Nel *colloquio motivazionale* sono presenti le seguenti fasi:

- Fase dell'accoglienza: primo contatto con il soggetto, importante per favorire l'adesione
- Definizione del problema: il soggetto descrive il suo problema e suoi bisogni in termini concreti. Esplora i tentativi già svolti, successi e fallimenti.
- Analisi del problema: si analizza il significato dell'obesità o sovrappeso per il soggetto e si riflette sulla motivazione al cambiamento
- Esplorazione delle conoscenze in possesso del soggetto e del suo sistema familiare (chi fa la spesa, chi cucina, abitudini alimentari della famiglia, ecc.)

- Valutazione dell'importanza che il soggetto attribuisce al cambiamento
- Esplorazione delle aspettative, cosa il soggetto si aspetta dal programma
- Definizione condivisa degli obiettivi: devono essere realizzabili e misurabili; si decidono le azioni necessarie per il raggiungimento
- Sintesi finale: concretizza il senso del colloquio, fornisce elementi di riflessione e lascia al soggetto impegni concreti da mettere in pratica.

Il primo colloquio prevede:

- la valutazione dei bisogni e l'illustrazione del percorso
- la narrazione da parte del soggetto della "Storia personale del peso"
- la redazione di una *Scheda di Analisi Motivazionale* "La bilancia decisionale" da compilare insieme, finalizzata a fare emergere *costi e benefici* del modificare lo stile e mettere a confronto aspetti positivi e negativi percepiti di un comportamento
- la redazione di una *Scheda Nutrizionale* finalizzata a raccogliere ed analizzare le informazioni sui soggetti che accedono ai Percorsi, monitorare il percorso attraverso indicatori e valutare l'efficacia
- la consegna del *Diario Alimentare*, strumento operativo di supporto al Percorso, che consente il monitoraggio costante della quantità di cibo consumata e favorisce l'acquisizione di consapevolezza sulle proprie abitudini alimentari (22-24).

L'iter dei *Percorsi di Salute nutrizionale*, prosegue con colloqui individuali per i due gruppi a rischio (Gruppo A e Gruppo B), secondo il seguente protocollo:

- Primo Incontro (T0):
- Incontro a distanza di 1 mese dalla prima visita (T1)
- Incontro a distanza di 3 mesi dalla prima visita (T3)
- Incontro a distanza di 6 mesi dalla prima visita (T6)
- Incontro a distanza di 12 mesi dalla prima visita (T12) da realizzarsi solo per il Gruppo A.

Gli incontri prevedono il rafforzamento della motivazione al cambiamento e il monitoraggio nel tempo dei risultati. A partire dai nuovi bisogni, difficoltà e successi dei partecipanti, questi ricevono nuovi input educativi per acquisire corrette abitudini alimentari e, in generale, uno stile di vita improntato al benessere.

Nel corso degli incontri sono individuate strategie personali per acquisire comportamenti corretti praticabili nel quotidiano, per mantenere nel tempo i risultati conseguiti e accrescere il senso di autoefficacia

La valutazione

Gli indicatori della valutazione di processo

Per la valutazione di processo sono state identificate le seguenti tipologie di soggetti in relazione al grado di adesione al percorso ai vari step del programma:

a. non aderenti: soggetti che al termine della visita di screening dichiarano di non essere

interessati a partecipare al percorso nutrizionale, benché rientrino nei gruppi con eccesso ponderale (A e B);

- b. *rifuti*: soggetti che, benché al termine della visita di screening abbiano dichiarato di essere interessati a partecipare al percorso nutrizionale, in seguito al contatto telefonico effettuato dal dietista per fissare l'appuntamento per il primo incontro (T0) rifiutano o non si presentano il giorno fissato per l'incontro stesso;
- c. *rinunciatar*i: soggetti che aderiscono al percorso, effettuano la prima visita (T0) ma non proseguono con gli incontri successivi;
- d. *drop out*: soggetti che aderiscono al percorso, si presentano al primo incontro T0 e al secondo incontro T1, ma abbandonano il percorso al T3 e al T6 (e al T12 nei soggetti obesi del gruppo A).

Per valutare i tassi di abbandono sono stati utilizzati i seguenti indicatori:

- *Tasso dei non aderenti*: n° soggetti sovrappeso/obesi che rifiutano di aderire al percorso/ n° totale di soggetti sovrappeso/obesi);
- *Tasso dei rifuti*: n° soggetti sovrappeso/obesi che non si presentano al T0/ n° soggetti sovrappeso/obesi che avevano dichiarato di aderire al percorso);
- *Tasso di rinunciatar*i (n° soggetti che dopo il T0 decidono di rinunciare/ n° soggetti presenti al T0);
- *Tasso di drop out t3* (n° soggetti assenti al T3 e abbandonano il percorso/ n° soggetti presenti al T1);
- *Tasso di drop out t6* (n° soggetti assenti al T6 e abbandonano il percorso/ n° soggetti che presenti al T3);
- *Tasso di drop out t12* (n° soggetti obesi assenti al T12 / n° soggetti obesi presenti al T6).

Gli indicatori della valutazione di esito

Per la valutazione di esito in relazione agli obiettivi prefissati (obiettivi di salute, comportamentali ed educativi) sono stati utilizzati gli indicatori di seguito riportati.

Valutazione del raggiungimento degli obiettivi di salute

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi di salute ha previsto l'utilizzazione di tre indicatori (25-27).

| | |
|----------------------------------|---|
| Indicatore di salute n. 1 | N° di pazienti sovrappeso/obesi che perdono almeno il 5% del peso nell'arco di 3 mesi dall'inizio del percorso; |
| Indicatore di salute n. 2 | N° di pazienti sovrappeso/obesi che mantengono il peso perso o che presentano un ulteriore calo a distanza di 3 mesi dal precedente incontro; |
| Indicatore di salute n. 3 | N° di pazienti obesi che mantengono il peso perso a distanza di 6 mesi dall'ultimo incontro o che hanno perso ulteriore peso |

Valutazione del raggiungimento degli obiettivi comportamentali

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi comportamentali ha utilizzato un questionario di frequenza di consumo di differenti gruppi di alimenti nel periodo di tempo definito.

Le frequenze di consumo indagate fanno riferimento alle Linee guida per una sana alimentazione italiana (INRAN) (28).

Il questionario, somministrato attraverso intervista, valuta:

- frequenza di consumo settimanale della prima colazione al T0, T3, T6 e T12 (valore atteso: 100% per 7 giorni al T6 e al T12);
- frequenza di consumo del pesce al T0, T1, T3, T6 e T12 (valore atteso: 100% per 2-3 giorni alla settimana al T6 e al T12);
- frequenza di consumo della carne rossa al T0, T1, T3, T6 e T12 (valore atteso: 100% per 1 giorno alla settimana al T6 e al T12);
- frequenza di consumo dei legumi al T0, T3, T1, T6 e T12 (valore atteso: 100% su 2-3 giorni alla settimana al T6 e al T12);
- frequenza di consumo di verdura/ortaggi al T0, T1, T3, T6 e T12 (valore atteso: 100% per 2 porzioni al giorno al T6 e al T12);
- frequenza di consumo di frutta al T0, T1, T3, T6 e T12 (valore atteso: 100% per 3 porzioni al giorno al T6 e al T12).

Valutazione degli obiettivi educativi

Per la valutazione degli obiettivi educativi è stato utilizzato il questionario VMC/AL a risposta multipla e chiusa, che comprende un scala di valori che va da 0 a 10. Ad ogni incontro il questionario viene riproposto per valutare il cambiamento nel tempo e fornisce una valutazione dei seguenti fattori motivazionali: frattura interiore, tentazione, autoefficacia, disponibilità al cambiamento, stabilizzazione del cambiamento (17).

Risultati

Risultati della valutazione di processo

I seguenti risultati fanno riferimento al triennio 2014 – 2016, su una popolazione di 1.912 aderenti ai *Percorsi di salute nutrizionale* in sovrappeso e obesi (gruppi A+B), uomini e donne.

Adesioni e non-adesioni al percorso nutrizionale

Il numero di soggetti in eccesso ponderale che, in seguito alla Visita di Screening, ha comunicato la disponibilità ad aderire ai *Percorsi di Salute Nutrizionale* è pari a 1.495 (78%). Un numero di soggetti pari a 417 (22%) in eccesso ponderale, pur rientrando nei criteri di inclusione al Percorso Nutrizionale (BMI>25), ha espresso esplicito diniego ad aderire al Percorso.

Abbiamo ritenuto utile per la nostra indagine analizzare alcuni elementi caratterizzanti la popolazione presa in esame che possono aver influito sul rifiuto esplicito dell'utente a partecipare al Percorso.

In particolare abbiamo considerato, oltre al quartiere di residenza, alcuni determinanti sociali (Livello di istruzione e Stato occupazionale con tipologia di contratto di lavoro) ottenendo i dati riportati nelle tabelle che seguono:

Tabella 5 - Non adesioni per quartiere di residenza

| QUARTIERI | ARRUOLABILI (soggetti in eccesso ponderale A+B) | N. SOGGETTI CHE ACCETTANO DI PARTECIPARE | N. SOGGETTI CHE NON ADERISCONO | % NON ADESIONI |
|-------------------------|---|--|--------------------------------------|-------------------|
| STATTE | 342 | 292 | 50 | 15% |
| PAOLO VI | 419 | 326 | 93 | 22% |
| TAMBURI | 422 | 315 | 107 | 25% |
| BORGIO - CITTA' VECCHIA | 729 | 562 | 167 | 23% |
| TOTALE | 1912 | 1495 | 417 | 22% |

Tabella 6 - Non adesioni per titolo di studio

| TITOLO DI STUDIO | ARRUOLABILI (soggetti in eccesso ponderale A+B) | N. SOGGETTI CHE ACCETTANO DI PARTECIPARE | N. SOGGETTI CHE NON ADERISCONO | % NON ADESIONI |
|--|---|--|--------------------------------------|-------------------|
| Nessuno Titolo - Licenza Elementare | 286 | 220 | 66 | 23% |
| Licenza Media Inferiore | 904 | 710 | 194 | 21% |
| Diploma | 561 | 442 | 119 | 21% |
| Laurea | 161 | 123 | 38 | 24% |
| TOTALE | 1912 | 1495 | 417 | 22% |

Si evidenzia che il quartiere Tamburi, caratterizzato dal più basso livello di istruzione, ha registrato complessivamente il maggior numero di non-adesioni al Percorso (per un totale di 107 soggetti, pari al 25% degli arruolabili ivi residenti) benché con la situazione di salute più svantaggiosa avendo la più alta prevalenza di sovrappeso/obesità rispetto alle altre aree.

Risulta ascrivibile ai soggetti con contratto di lavoro di tipo precario la quota maggiore di coloro che esprimono il consenso a partecipare ai Percorsi, mentre sono i soggetti con contratto a tempo indeterminato quelli che hanno manifestato più disinteresse.

Tabella 7 - Distribuzione dei soggetti in eccesso ponderale per quartiere e titolo di studio

| QUARTIERE | ECESSI PONDERALI | % Eccessi ponderali | Nessuno/ Lic. elementare | Licenza media | Diploma | Laurea |
|-------------------------|------------------|---------------------|--------------------------|---------------|---------|--------|
| STATTE | 342 | 64% | 40 | 175 | 114 | 13 |
| PAOLO VI | 419 | 67% | 75 | 223 | 108 | 12 |
| TAMBURI | 422 | 70% | 92 | 249 | 71 | 10 |
| BORGIO - CITTA' VECCHIA | 729 | 57% | 78 | 257 | 268 | 142 |

Tabella 8 - Non adesioni e stato occupazionale

| STATO OCCUPAZIONE | ARRUOLABILI (soggetti in eccesso ponderale A+B) | N. SOGGETTI CHE ACCETTANO DI PARTECIPARE | N. SOGGETTI CHE NON ADERISCONO | % NON ADERENTI |
|---------------------------------|---|--|--------------------------------|----------------|
| Contratto a tempo indeterminato | 709 | 524 | 185 | 26% |
| Disoccupato/a | 591 | 455 | 136 | 23% |
| Partita IVA | 205 | 170 | 35 | 17% |
| Precario/a | 407 | 346 | 61 | 15% |
| TOTALE | 1912 | 1495 | 417 | 22% |

Soggetti presenti al primo incontro T0

Tra i soggetti che avevano espresso la volontà di aderire ai *Percorsi di Salute Nutrizionale*, quelli che hanno realmente effettuato il primo incontro nutrizionale (T0) sono stati 946 (63%) con

| N. soggetti aderenti al Percorso | N. soggetti presenti al primo incontro (T0) | % dei soggetti presenti al primo incontro (T0) | N. soggetti che non si presenta a T0 (RIFIUTI) | % dei soggetti che non si presenta a T0 (RIFIUTI) |
|----------------------------------|---|--|--|---|
| 1.495 | 946 | 63% | 549 | 37% |

un tasso di rifiuti pari al 37%.

Soggetti rinunciatari post T0

Coloro i quali hanno effettuato il primo incontro (T0) e successivamente hanno deciso di non continuare l'iter previsto dal *Percorso di Salute Nutrizionale*, vengono considerati "Rinunciatari" (n. 474 soggetti). Al controllo T1 si è infatti registrata la presenza di 677 utenti (72% dei presenti al T0).

| N. soggetti presenti al T0 | N. soggetti presenti al T1 | % dei soggetti presenti al T1 | N. soggetti che non si presenta a T1 (RINUNCIATARI) | % soggetti che non si presenta a T1 (RINUNCIATARI) |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|---|--|
| 946 | 677 | 72% | 269 | 28% |

Drop out al T3

Il numero di soggetti “drop out”, ovvero coloro che hanno iniziato il *Percorsi di Salute Nutrizionale* (T0), hanno effettuato la visita di controllo al T1 e hanno poi abbandonato, non presentandosi alla visita di controllo T3, è pari a 347 (51,2%).

| N. soggetti presenti al T1 | N. soggetti presenti al T3 | % dei soggetti presenti al T3 | N. soggetti che non si presenta a T3 (DROP OUT t3) | % soggetti che non si presenta a T3 (DROP OUT t3) |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|---|
| 677 | 330 | 48.8% | 347 | 51,2% |

Drop out al T6:

Il drop out al T6 è pari al 38,8% dei soggetti che hanno effettuato il controllo T3.

| N. soggetti presenti al T3 | N. soggetti presenti al T6 | % dei soggetti presenti al T6 | N. soggetti che non si presenta a T6 (DROP OUT t6) | % soggetti che non si presenta a T6 (DROP OUT t6) |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|---|
| 330 | 202 | 61,2% | 128 | 38,8% |

Per quanto riguarda le presenze all’incontro del T12, riservato ai soggetti obesi (Gruppo A), i dati a disposizione sono ancora parziali ed in corso di acquisizione. Alla data del 31 marzo 2017 si è registrata la presenza di 43 utenti.

Risultati della valutazione di esito

Obiettivi di salute

La prima valutazione di esito è stata effettuata dopo 3 mesi dall’inizio del Percorso, ovvero al T3. In questo tempo si è valutato il numero di soggetti che hanno perso il 5% del peso iniziale. Come si evince dalla tabella il 63% dei soggetti ha raggiunto il risultato atteso al T3, percentuale che mostra un importante incremento al T12 (il 71% ha raggiunto l’obiettivo).

La seconda valutazione di esito è stata effettuata dopo 6 mesi (T6) dall’inizio del percorso ed è finalizzata a valutare il mantenimento del peso perso o un ulteriore calo. I risultati mostrano che la maggior parte dei soggetti ha raggiunto il risultato atteso ovvero che a T6 il 62% ha mantenuto il peso perso o hanno fatto registrare un ulteriore calo ponderale. Il 38% non è

riuscito a mantenere il peso perso.

Anche la terza valutazione di esito al T12, effettuata dopo 6 mesi da T6 e riservata ai soggetti obesi del Gruppo A, è finalizzata a valutare il mantenimento del peso o un ulteriore calo ponderale. I dati relativi a disposizione sono ancora parziali ed in corso di acquisizione. Alla data del 31 marzo 2017 si è registrata il 71% di esiti positivi su 43 utenti obesi.

Tabella 9. Valutazione di esito /indicatori obiettivi di salute

| INDICATORE | STEP DEL PERCORSO | N. soggetti presenti nel Percorso | ESITO | | | |
|---------------------------|-------------------|-----------------------------------|--|-----|-----|-----|
| | | | SI | % | NO | % |
| Indicatori di salute n. 1 | T3 | 330 | CALO PONDERALE 5% | | | |
| | | | 208 | 63% | 122 | 37% |
| Indicatori di salute n. 2 | T6 | 202 | MANTENIMENTO PESO o ULTERIORE CALO PONDERALE | | | |
| | | | 125 | 62% | 77 | 38% |
| Indicatori di salute n. 3 | T12* | 43 | MANTENIMENTO PESO o ULTERIORE CALO PONDERALE | | | |
| | | | 31 | 71% | 12 | 29% |

* dato parziale

Obiettivi comportamentali

Nel monitoraggio delle abitudini alimentari si sono indagati i comportamenti e le frequenze di consumo più rilevanti ai fini del calo ponderale e del rischio cardiovascolare, secondo i riferimenti delle Linee Guida INRAN per una sana alimentazione italiana (34).

Come si desume dalle figure, nel corso dello svolgimento del Percorso c'è stato un miglioramento delle abitudini alimentari, in particolare delle frequenze di consumo giornalieri/settimanali degli alimenti maggiormente correlati al rischio cardiovascolare.

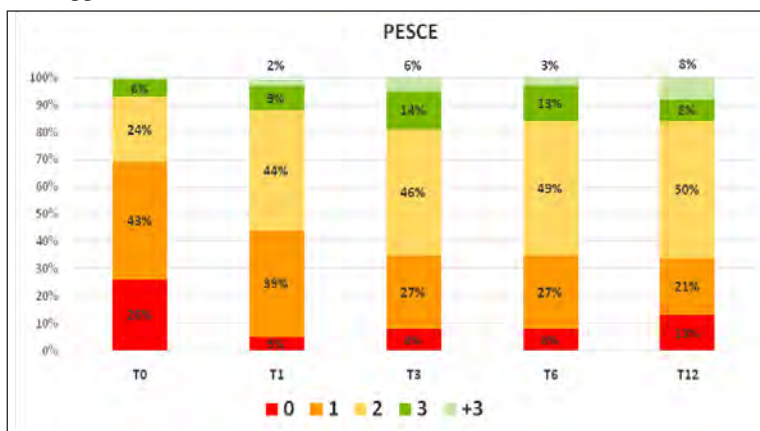


Figura1- Valutazione di esito: frequenza di consumo del pesce nel tempo

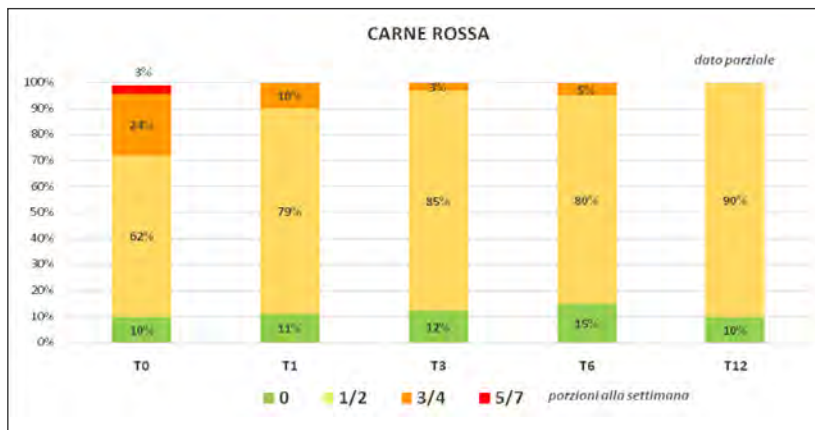


Figura2- Valutazione di esito: frequenza di consumo della carne rossa nel tempo

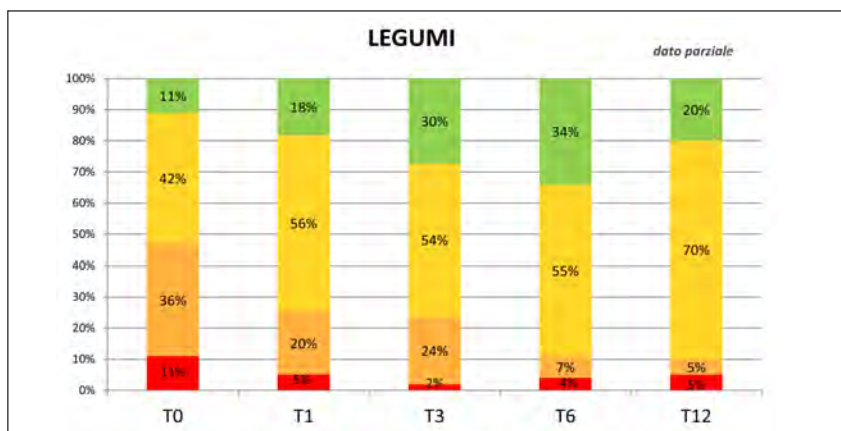


Figura3- Valutazione di esito: frequenza di consumo di legumi nel tempo

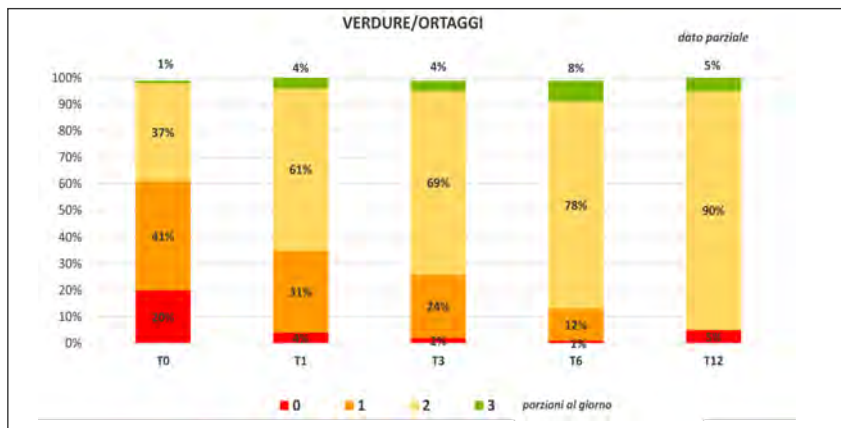


Figura 3- Valutazione di esito: frequenza di consumo di verdura/ortaggi nel tempo

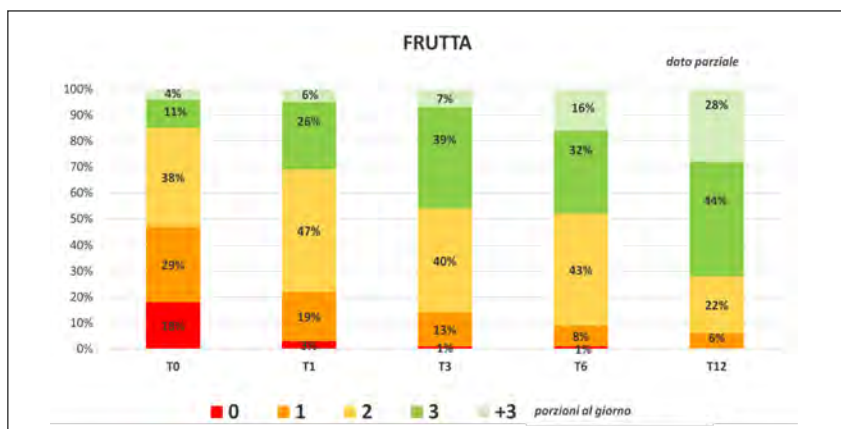


Figura 4- Valutazione di esito: frequenza di consumo di frutta fresca nel tempo

Obiettivi educativi

L'analisi motivazionale, effettuata attraverso il questionario VMC-AL (a risposta multipla e chiusa). Ad ogni incontro il questionario viene riproposto per valutare il cambiamento nel tempo. Di seguito viene riportata la tabella relativa agli items indagati lungo l'arco temporale del percorso. Per semplificazione grafica si è scelto di accoppiare la scala di valori che va da 0 a 10 in due gruppi: da 0 a 5 (punteggio medio basso) e da 6 a 10 (punteggio medio alto). Dalla tabella è possibile osservare come, in generale, ci sia stato un miglioramento della scala di valori. In particolare, gli aspetti legati alla determinazione al cambiamento e alla fiducia nelle proprie possibilità sono significativamente aumentati nel tempo. L'item con andamento meno regolare è quello relativo alle "tentazioni" del cibo: esso mostra un andamento altalenante per tutta la durata del percorso ma si evidenzia comunque un miglioramento della scala di valori. Ciò dimostra che, nel tempo, il cibo non viene visto più come una forte "tentazione", ma se ne riconosce la sua valenza nutrizionale, più che emozionale.

Il percorso per coloro che lo hanno portato a termine ha dato risultati positivi per tutti gli obiettivi prefissati.

Tabella 10- Analisi del questionario motivazionale

| Scala di valori (da 0 a 10) | T0 | % | T1 | % | T3 | % | T6 | % |
|--|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|
| Quanto si sente scontento e preoccupato delle sue abitudini alimentari? | | | | | | | | |
| Da 0 a 5 | 414 | 28% | 230 | 34% | 175 | 53% | 111 | 55% |
| Da 6 a 10 | 1065 | 72% | 447 | 66% | 155 | 47% | 91 | 45% |
| Quanto si sente fiducioso di riuscire a seguire un'alimentazione corretta? | | | | | | | | |
| Da 0 a 5 | 222 | 15% | 74 | 11% | 33 | 10% | 12 | 6% |
| Da 6 a 10 | 1257 | 85% | 603 | 89% | 297 | 90% | 190 | 94% |
| Quanto sente forti le tentazioni del cibo? | | | | | | | | |
| Da 0 a 5 | 473 | 32% | 331 | 49% | 135 | 41% | 99 | 49% |
| Da 6 a 10 | 1006 | 68% | 346 | 51% | 194 | 59% | 103 | 51% |
| In questo momento quanto si sente realmente determinato a modificare le sue abitudini alimentari? | | | | | | | | |
| Da 0 a 5 | 133 | 9% | 27 | 4% | 3 | 1% | 16 | 8% |
| Da 6 a 10 | 1346 | 91% | 650 | 96% | 327 | 99% | 186 | 92% |
| Quanto sta mantenendo abitudini alimentari corrette? | | | | | | | | |
| Da 0 a 5 | - | - | 61 | 9% | 313 | 5% | 10 | 5% |
| Da 6 a 10 | - | - | 616 | 91% | 17 | 95% | 192 | 95% |

Discussione e conclusioni

I risultati riportati nei paragrafi precedenti evidenziano come i partecipanti ai Percorsi che seguono l'intero iter previsto da Protocollo ottengano risultati soddisfacenti in termini di obiettivi di salute (riduzione del peso corporeo e mantenimento nel tempo del calo ponderale) e di corrette abitudini e comportamenti alimentari).

Ma è doveroso sottolineare come le evidenze dalla valutazione di processo ci mostrino la forte criticità legata sia alla mancata adesione iniziale e sia all'abbandono nel corso del suo svolgersi, caratterizzato da una quota consistente dopo la prima visita e che ha accompagnato tutto il percorso.

Letteratura e fonti autorevoli indicano che il cambiamento comportamentale orientato all'adozione di stili di vita salutari e il controllo del peso corporeo è un processo complesso e dinamico, che si articola nel tempo in fasi susseguenti ed è altrettanto ben noto come gli interventi di prevenzione - educazione - promozione della salute per essere efficaci, devono prevedere strategie integrate, finalizzate a cambiamenti del comportamento, delle cognizioni che li sostengono e del contesto in cui si realizzano. È necessario mirare a una visione organica di tutti i fattori e gli elementi che entrano in gioco nel processo comportamentale.

Nondimeno si è consci del fatto che il fenomeno osservato deve essere tenuto in grande considerazione per il miglioramento dell'efficienza e la qualità del servizio offerto.

Peraltro, come sostenuto in letteratura la valutazione di processo può essere in sé anche valutazione di risultato (29).

Condividendo questa affermazione, lo stesso sistema di valutazione dei Percorsi è stato costruito e attuato proprio per consentire il monitoraggio delle azioni di cui compone il Programma, consci dell'importanza di disseminare, in punti predeterminati, alcuni *indicatori sentinella* in grado di individuarne le maggiori criticità.

Le ipotesi formulate dal team organizzativo per dare una spiegazione a tale fenomeno sono di vario tipo: da quelle puramente legate alla logistica (tempi e luoghi poco idonei) a quelle motivazionale (scarsa importanza attribuita alla problematica di salute, anche in riferimento all'eventuale presenza di problemi "altri") a quelle di una scarsa relazione con gli operatori e fino all'eventuale clima di sfiducia nei confronti nei Servizi.

Certamente devono indurre alla riflessione anche altre osservazioni che sembrerebbero legate a fattori più complessi che coinvolgono processi sociali. È il caso ad esempio del quartiere Tamburi, caratterizzato dal più basso livello di istruzione, che ha fatto registrare il maggior numero di non-adesioni al Percorso pur in presenza della più alta prevalenza di sovrappeso/obesità rispetto agli altri quartieri. Si impone quindi anche un'analisi dell'impatto psico-sociale degli interventi, raccogliendo le opinioni dei partecipanti per comprenderne i punti di vista le aspettative (30-36).

Il sistema di sorveglianza attivato ha consentito al Servizio di raccogliere importanti dati circa la condizione relativa alla salute, in riferimento ai fattori di rischio cardiovascolare, di questi

gruppi di popolazione e ha permesso, al contempo, di evidenziare il fondamentale ruolo di determinanti sociali per sviluppare interventi mirati alla popolazione.

Mentre cioè una prima risposta operativa ha raggiunto evidenti risultati di salute, riteniamo oggi irrinunciabile amplificare anche il ruolo educativo nel suo senso più ampio ponendo attenzione a collocare al centro dell'interesse le nostre comunità per non correre il rischio di confermare l'antica ipotesi di un'educazione sanitaria che, se acriticamente conformata ai modelli teorici e che non incorpori le variabili socio-demografiche locali, potrebbe in realtà ampliare la forbice delle disuguaglianze.

Da qui la decisione di avviare un'analisi qualitativa attraverso intervista semistrutturata su un campione di soggetti non-aderenti e rinunciatari per comprenderne le motivazioni e raccogliere proposte; allo stesso tempo sono in fase di realizzazione focus group tra operatori e cittadini - partecipanti e non - ai Percorsi.

Sono inoltre in fase di definizione ulteriori modalità di collaborazione con i MMG per valutare la possibilità di effettuare il Percorso presso i loro studi, soggetti e contesti più vicini e conosciuti alla popolazione (37-39).

Il lavoro prosegue con una nuova fase di analisi dei dati circa la stratificazione sociale della popolazione dei rinunciatari e dei drop out per capire fino a che punto tale tipologia di intervento sia in grado di raggiungere effettivamente i soggetti che più ne hanno bisogno. L'esperienza di questa prima fase dei Percorsi e le evidenze che derivano dalla nostra valutazione confermano che per poter contrastare efficacemente la crescente diffusione dell'obesità e per capire le ragioni dell'esistenza di un gradiente sociale nella sua prevalenza è necessario innanzitutto analizzare i determinanti globalmente implicati nell'insorgenza di questa condizione.

BIBLIOGRAFIA

1. Eurostat. European Commission Statistical Office of the European Union. Overweight and obesity – BMI statistics. Statistics explained [Internet]. Luxembourg: Statistical Office of the European Union (Eurostat); 2011. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
2. WHO Global status report on non communicable diseases Geneva: World Health Organization; 2014
3. WHO Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020., Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Gallus S, Odone A, Lugo A, Bosetti C, Colombo P, Zuccaro P, La Vecchia C. Overweight and obesity prevalence and determinants in Italy: an update to 2010. *Eur J Nutr.* 2013; Mar; 52(2):677-85.
5. WHO Global database on body mass index. Geneva: World Health Organization; 2011.
6. WHO Europe Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States Copenhagen, Denmark WHO Regional Office for Europe; 2013.
7. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, a cura di The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
8. www.epicentro.iss.it/passi
9. Osservatorio Epidemiologico Regionale Dalla sorveglianza degli stili di vita alle buone pratiche per la

- salute: I Progressi delle Aziende Sanitarie Pugliesi negli anni 2007/2010. Supplemento di OER Puglia - Trimestrale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale - Anno XIII n. 1/2 - Marzo /Giugno 2011.
10. Osservatorio Epidemiologico Regionale. Report Passi 2011 – 2014 “Dalla sorveglianza degli stili di vita alle buone pratiche per la salute: i Progressi delle Aziende Sanitarie Pugliesi negli Anni 2011/2014”, Trimestrale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale - Supplemento al Numero Anno XVI N.3-4 - Anno XVII N.1.
 11. WHO Regional Publications, Evaluation in health promotion, Principles and perspectives, Geneva: World Health Organization; 2001.
 12. Pocetta G. La valutazione: elemento basilare nella strategia di promozione della salute, Educazione sanitaria e promozione della salute 2001; n.24 (1):33-36.
 13. Provincia di Taranto, Arpa Puglia, ASL Taranto Osservatorio epidemiologico della Regione Puglia, Università di Bari STUDIO IESIT, Indagine epidemiologica nel sito inquinato di Taranto 2002-2010, Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011.
 14. Mincuzzi A, Bartolomeo N, Carbonara M., Scarnera C., Trerotoli P, Serio G., Minerba A. Relazione sullo stato di salute della popolazione della regione Puglia 2006-2011, Bari: OER Puglia 2013.
 15. Franssen GA, Hiddink GJ, Koelen MA, van Dis SJ, Drenthen AJM, van Binsbergen JJ, et al. The development of a minimal intervention strategy to address overweight and obesity in adult primary care patients in The Netherlands. *Fam Pract* 2008;25(Suppl 1):112–5.
 16. Burgess E1, Hassmén P1,2, Welvaert M1,3, Pumpa KL1,4 Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. *Clin Obes.* 2017 Apr;7(2):105-114.
 17. Miller WR, Rollnick S. Il colloquio motivazionale, preparare la persona al cambiamento. Trento: Ed. Erickson, 2004.
 18. Rogers CR. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the Client-centered. Framework in: *Psychology: A Study of a Science. Study 1, Volume 3: Formulations of the Person and the Social Context* (a cura di Sigmund Koch). Milano: McGraw-Hill, 1959.
 19. Rogers CR. Client-centered therapy. Oxford, England: Houghton Mifflin, 1951.
 20. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronskley PE et al. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev* 2011; 12: 709-2.
 21. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, et al. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 862-78.
 22. Binetti P, Marcelli M., Baisi R., Manuale di nutrizione clinica e scienze dietetiche applicate Società Editrice Universo, Roma, 2006.
 23. Gianfranco Tarsitani, Giancarlo Pocetta, Patrizia Garista. Alimentare il benessere della persona. Milano: SEU, 2012.
 24. Piccinelli R, Arcella D, Buonocore P, Le Donne C, Mistura L, Sette S, Turrini A, Leclercq C. a cura di INRAN- SCAI 2005-2006 Indagine nazionale sui consumi nazionali in Italia Parte A” i Metodi. Diario Alimentare, Roma: Inran 2005.
 25. Società Italiana dell'Obesità (SIO) e Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica (ADI). A cura di) Standard Italiani per la Cura dell'Obesità. 2012-2013, ADI2014
 26. Task Force Obesity Italia. LiGIO' 99. Linee guida Italiane Obesità. Identificare Valutare Trattare. Pendragon, Bologna 1999.
 27. AAVV Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults, Bethesda: National institute of Health USA; 1998.
 28. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) Linee guida per una sana

- alimentazione italiana revisione 2003, Roma Ministero delle Politiche agricole e forestali e italiana –I-Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione, 2004.
29. Pocetta G, La valutazione: elemento basilare nella strategia di promozione della salute, Educazione sanitaria e promozione della salute, 2001, n.24 (1):33-36.
 30. Robertson A, Lobstein T, Knai C. Obesity and socio-economic groups in Europe: evidence review and implications for action. Brussels: European Commission.
 31. WHO Euro Obesity and inequities Guidance for addressing inequities in overweight and obesity WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark, 2014.
 32. Roskam AJ, Kunst AE, Van Oyen H, Demarest S, Klumbiene J, Regidor E, Helmert U, Jusot F, Dzurova D, Mackenbach JP (2010) Comparative appraisal of educational inequalities in overweight and obesity among adults in 19 European countries. *Int J Epidemiol* 39(2):392-404.
 33. Local Government Association, Public Health England. Social care and obesity. A discussion paper. London: Local Government Association; 2013.
 34. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011 Aug 27;378(9793):804–814.
 35. Gortmaker SL, Swinburn BA, Levy D, Carter R, Mabry PL, Finegood DT et al. Changing the future of obesity: science, policy, and action. *Lancet* 2011 Aug 27; 378(9793):838-847.
 36. O'Dowd A. Fight to tackle unhealthy lifestyles has widened gap in health inequalities. *BMJ*. 2012;345:e5707–e5707.
 37. WHO Euro Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care (2016) WHO Regional Office for Europe Copenhagen, Denmark.
 38. WHO Euro Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: WHO; 2013.
 39. WHO Regional Office for Americas Population and individual approaches to the prevention and management of diabetes and obesity. Washington DC: WHO Regional Office for Americas; 2011.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Consumismo sanitario e medicalizzazione nell'era di Facebook. A chi serve una sanità sempre più obesa e illogica?

Health consumerism and medicalization in the Facebook era. Does who need a more and more obese and illogic Health System?

Mariano Dimonte

Radiologo, Medico Nucleare, Sociologo. Servizio di Radiologia, Ospedale di Scorrano, ASL Lecce

Parole chiave: consumismo sanitario; medicalizzazione della vita; biopotere; web society

RIASSUNTO

Estremizzando la riflessione sociologica sui rapporti tra medicalizzazione, biopotere e prassi medica quotidiana nella società contemporanea, scopo di questo contributo è attrarre l'attenzione del lettore su dinamiche, di cui si ha probabilmente scarsa consapevolezza, ma che a mio avviso rischiano di minare le fondamenta ontologiche, epistemologiche e metodologiche di una medicina sempre più condizionata dal mercato. In particolare la mutazione antropogenetica incarnata dal *medicus videns*, che sembra riflettere fedelmente il degrado cognitivo, intellettuale e morale della web society, dovrebbe indurre tutti, medici ed utenti, a ripensare una società e una medicina basata su ben altri principi.

Key words: health consumerism; life medicalization; biopower; web society

SUMMARY

Stressing the sociologic reflection about the relations between medicalization, biopower and ordinary clinical practice in the contemporary society, the main aim of the present paper is to focus the reader's attention on dynamics, whose we have probably poor consciousness, that I suppose are mining the ontologic, epistemic and metodologic pillars of a medicine over and over market-oriented. In particular, the antropogenetic mutation embodied by *medicus videns*, looking the perfect reflexion of the cognitive, intellectual and moral involution of the web society, should make us all, doctors and users, to rethink a society and a medicine supported by far different principles.

Autore per corrispondenza: mariano.dimonte@libero.it

“.....quanto più si è sviluppata la conoscenza scientifica,
 tanto più il mondo si è disumanizzato.
 Nessuna voce giunge più all'uomo da pietre, piante o animali,
 nè l'uomo si rivolge ad essi sicuro di venire ascoltato.
 Il suo contatto con la natura è perduto,
 e con esso è venuta meno quella profonda energia emotiva
 che questo contatto simbolico sprigionava”

Carl Gustave Jung. *L'inconscio* (1914)

Seguendo Jung potremmo allora tranquillamente affermare che Asclepio, Dio greco della Medicina, sul cui bastone noi medici ancora oggi giuriamo, abbia abdicato in favore della figlia Panacea, depositaria delle tecnologie innovative, relegando la bella Igea, fautrice del benessere associato all'armonia con la Natura, nell'ipogeo dell'Olimpo.

Oggi, ai tempi di Facebook e della web society, il mito della medicina ipertecnologica si rinnova, promettendoci addirittura l'immortalità e l'eterna felicità su un pianeta in avanzata fase di decomposizione.

Adeguandosi alle nuove subculture medicalizzanti e consumistiche prodotte incessantemente dal Web, la medicina contemporaneamente rinforza la dipendenza assoluta dell'umanità dal sistema sanitario alimentando l'abuso e lo spreco di preziose risorse.

Scopo di questo contributo è stimolare appunto una riflessione critica e profonda sulle dinamiche che regolano la prassi quotidiana di una clinica sempre più condizionata da logiche di mercato, la cui mutazione epistemologica, incarnata dal *medicus videns*, sembra riflettere fedelmente il degrado cognitivo, intellettuale e morale della web society.

Consumo giornalmente farmaci e test? Dunque sono

Medicalizzazione e digitalizzazione sono due tratti inscindibili della natura, dell'essenza, dell'uomo (post)moderno. I massmedia, e in modo particolare il web, contribuiscono a socializzare l'immagine di una medicina strumentale, quindi disumanizzata, ma comunque dai poteri illimitati che ci permettono in definitiva di dare un senso alla nostra esistenza, svuotata di solidi valori e riferimenti morali e spirituali. La medicina si è infatti da tempo appropriata di sfere che storicamente erano appannaggio di altri istituti.

Anzi, possiamo dire, ha colonizzato l'Universo, intervenendo su tutto. Oltre che di salute umana, si occupa dell'acqua, del cibo, dell'aria, di urbanistica, dei luoghi del lavoro e del divertimento.

Ma soprattutto si è impossessata dell'esistenza e della natura umana. Ci sorveglia costantemente. Ci impone di consumare quotidianamente farmaci e test diagnostici.

La medicalizzazione della società consiste appunto in questo: di essersi la medicina appropriata indebitamente dell'esistere, fisiologicamente costellato da ambiguità, contraddizioni, conflitti responsabili di dolori, malesseri, disagi, depressioni che richiedono laboriosi interventi autoanalitici o sociali, piuttosto che una facile ed economica scappatoia farmacologica.

Infatti le persone oggi non solo delegano incondizionatamente ai medici e ai loro strumenti il compito di indagare periodicamente il corpo e la mente, ma ritengono di avere il sacrosanto diritto di risolvere artificialmente ogni malessere esistenziale e di essere aiutate ad integrarsi in una società dove lo spettacolo regna sovrano, ed è quindi indispensabile esibirsi in qualunque modo e a qualunque costo per attrarre l'attenzione, farsi notare, competere, affermarsi.

Ma al tempo di Whatsapp, Instagram e Facebook, che permettono di realizzarci in una vita parallela riccamente condita da foto, emoticon e tanta frivolezza, la medicina non si accontenta più di monopolizzare la normalità (1-2).

Va ben oltre. Si propone come la nuova religione materialistica che, attraverso i suoi sacerdoti-robot, renderà i credenti tutti più forti, felici, belli e, soprattutto, immortali.

L'ingegneria genetica, il rimodellamento estetico, il potenziamento chimico delle performance ci permetteranno infatti di stare al passo con la cangiante modernità liquida, dove il wireless rende tutto sempre più facile, comodo, veloce e divertente (3).

La *medicina migliorativa* si pone dunque all'avanguardia della medicalizzazione dell'umanità bionica, inserendosi in una fase storica che Raffaele Simone definisce "la terza fase", ovvero il tratto discendente della parabola della nostra civiltà, a causa principalmente dell'instupidimento associato alla videodipendenza di massa.

Come nella preistoria, oggi per vivere basta dunque qualche grafismo, una scarna sintassi e nessuna idea (4-5).

L'uomo digitale e medicalizzato non ha più bisogno di libri, biblioteche, silenzio, tempo per capire la vita e il mondo, ma quello che serve per apparire e consumare viene suggerito dalla medicina e trasmesso dai monitor (6-7).

E su tale substrato culturale fiorisce una economia la cui crescita è garantita da una spinta al consumo alimentata da sempre nuovi effimeri desideri e capricci, da soddisfare all'istante e sanitarimente (8).

Di fatto i nuovi modelli etici, estetici, edonistici sono prontamente aggrediti da strategie di lobbyng e marketing industriale che, tramite il web, permettono l'acquisto *online* di soluzioni mediche per ogni esigenza.

Intanto, grazie alla sistematica azione di falsificazione e mistificazione della verità scientifica basata sul conflitto di interesse, vaccini, screening radiologici e check-up strumentali permettono di sedare, anche se provvisoriamente, l'angoscia esistenziale e comunque di esorcizzare il rischio di vivere immersi in un ambiente sempre più inquinato (9).

Così il concetto che è sempre meglio eseguire un test - perchè se è positivo si è avuto ragione a farlo e anticipando la cura sicuramente guariremo; mentre se è negativo, ancora meglio,

potremo temporaneamente rassicurarci di non esserci ancora ammalati, ma se invece non lo si è fatto, e un giorno ci si ammalerà, ci pentiremo amaramente di averlo snobbato - non è più una isolata credenza, ma un carattere ereditario inchiodato nella cultura edonistica e consumistica della *web society*.

E se con la scoperta dell'ultrapiccolo l'imaging accelera il vortice delle sovradiagnosi e delle cure inutili, contemporaneamente la restrizione degli intervalli della normalità biologica consente al business di arruolare eserciti di *pre-ammalati*, che dovranno imparare a convivere con *il rischio di essere a rischio* e consumare quotidianamente quantità industriali di prodotti e servizi sanitari (10-11). Ma già nel lontano 1926 Jules Romains aveva previsto tutto questo, e nel romanzo "*Knock, ovvero il trionfo della medicina*", scriveva che "*un sano è un malato che non sa di esserlo*".

Internet e Biopotere

Il processo inesauribile della medicalizzazione implica dunque un biopotere che estende la giurisdizione medica all'intera vita umana e sociale.

Nel 1948, definendo la salute umana una condizione non solo di assenza di malattia ma di pieno benessere bio-psico-sociale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha di fatto dilatato a dismisura la funzione di controllo sociale affidata dal sistema all'apparato sanitario.

Più recentemente, ma molto prima del boom di internet, Google, ForumCommunity e social network, una moltitudine di intellettuali si è interrogata sul rapporto tra medicalizzazione e consumismo sanitario e sulle modalità di esercizio del biopotere.

Negli anni '60-'70 il tema della medicina come dispositivo di controllo sociale del governo politico-economico veniva sviscerato da Michel Foucault e Irvine Zola che, districando quel complicato "groviglio di sapere e di potere", ci spiegano come, tramite la medicina, il sistema si appropri dell'intero corpo sociale riuscendo così a gestire più comodamente gestione lo *status quo* (12-13).

Ricordiamo che, burocraticamente, il medico classifica persone, fatti e cose; attribuisce o cancella obblighi e diritti; impone divieti o assicura libertà.

In tal modo, secondo Talcott Parson, pioniere della sociologia sanitaria, con il suo codice di regole, norme, prescrizioni, verifiche e sanzioni la medicina neutralizza, biotecnologizzandola, la potenziale devianza sociale rappresentata dalla malattia (14).

Oggi la definizione parsonsiana di salute, concepita come il grado di performance che permette di svolgere adeguatamente un certo ruolo e rispondere alle aspettative che il sistema riversa su di noi, si integra nel modello connessionale di Ardigò, dove tra corpo umano - unità di bios, psiche e identità sociale (Sè) - e il complesso di variabili ambientali e socioculturali vige una stretta interdipendenza (15).

Tale sintesi concettuale mostra come i determinanti di salute solo marginalmente appartengono alla sfera biologica, mentre la salute umana è prevalentemente minacciata dal degrado sociale e dall'ecocidio. In pratica il biopotere permette di distogliere l'attenzione pubblica dalla profonda crisi ecologica e sociale, e grazie alla medicalizzazione evita ai governi di infrangersi contro lo

strapotere economico. Il Web contribuisce fortemente a socializzare la medicalizzazione, che inizia già *in utero*, esponendo il feto ad un monitoraggio ecografico serrato, che in qualche modo inciderà sulla sua memoria profonda (16).

Quindi baby-phones, TV-sitting, videogames e pediatri si occuperanno di completare la formazione del bambino.

Il fisiologico spirito di ribellione adolescenziale verrà prontamente neuropsichiatrizzato; la pubertà verificata radiologicamente; l'insoddisfazione e la frustrazione dei giovani neodiplomati, neolaureati e cassaintegrati sottoposte a ripetuti esami diagnostici e trattate farmacologicamente. Buona parte della spesa sanitaria è oggi assorbita dall'assistenza geriatrica e dall'allungamento rianimatorio dell'agonia. Quello che un tempo veniva definito accanimento diagnostico e terapeutico è oggi considerato scontato.

E grazie a Wikipedia, You Tube e Facebook la macchina ristilizzata della medicalizzazione aggiunge molti cavalli al proprio motore permettendo agli internauti di competere con l'*expertise* medico e rivendicare un consumo autonomo di diagnosi e cure (17-18).

Ma nello *cyberspazio* sciamano anche movimenti, associazioni, blogger filo e antisistema, inneggianti alle pratiche più alternative e meno ortodosse, accomunati dalla stessa retorica e liturgia del consumismo sanitario.

Infine, ma non ultimo per rilevanza, va incluso tra i motori medicalizzanti il *paradosso della stupidità funzionale*, fenomeno sociale che diffondendosi viralmente dal vertice assurdamente consente ad una macchina organizzativa di essere altamente produttiva (19).

Per essere efficiente, il sistema cioè educa gli operatori a compiere passivamente i propri compiti, prevalentemente costituiti da routine e procedure codificate, seguendo le direttive impartite dal management.

Non ci sorprende allora che l'organizzazione sanitaria di stampo mcdonaldizzato, votata alla quantità, presenti un tasso cavalcante di stupidità, mentre il pensiero autonomo, la riflessione e perfino la conoscenza vanno scoraggiati perchè controproducenti.

In tale contesto il servizio radiologico eccelle, sfornando a ritmi vertiginosi tonnellate di immagini e referti descrittivi, di cui ben pochi, ma soprattutto l'utente, conoscono senso e scopo, ma che garantiscono la crescita della domanda (20).

Le tabelle seguenti riassumono le principali caratteristiche della medicalizzazione della vita e le dinamiche sottostanti il fenomeno del consumismo sanitario.

TABELLA 1: sfere di influenza della medicalizzazione

- DEVIANZA SOCIALE
- FATTI ED ESPERIENZE DELLA VITA
- FATTORI DI RISCHIO

TABELLA 2: strategie che alimentano il consumismo sanitario

- disease mongering
- pre-malattie
- finanziamento di associazioni di malati e familiari
- screening e chek-up gratuiti
- medicalizzazione dei palinsesti televisivi
- automedicalizzazione tramite web
- social network, chat, blog, forum
- mcdonaldizzazione del sistema sanitario

TABELLA 3: livelli, meccanismi e motori della medicalizzazione

| livello | meccanismo | motore |
|---------|---------------|--|
| macro | concettuale | politico-economico; massmedia; web |
| meso | istituzionale | società e riviste mediche; movimenti sociali; volontariato; associazioni di pazienti e familiari |
| micro | relazionale | relazione medico-utente; social networks; blogs |

***Medicus videns.* Ovvero la mutazione antropogenetica indotta dai monitor**

L'interscambio culturale tra società e medicina è dunque incessante.

Allora, se Zygmunt Baumann descrive una *modernità liquida* caratterizzata dal predominio delle immagini, delle emozioni e dai valori effimeri e altamente instabili riconducibili in ultima analisi alla corporeità, dove il consumo è reso compulsivo dall'incalzare delle mode e dall'annichilazione spontanea delle novità, i monitor ci tengono per mano guidandoci ovunque e la vita *online* riempie il vuoto inquietante dell'esistenza concreta, allora anche la medicina non può che essere sempre più insostenibilmente leggera (21-22).

La medicina liquida dominata dagli schermi è sì impersonale e anonima per le sue routine meccanizzate, ma anche attraente per i suoi spettacoli e la spettacolarità stessa dell'imaging (23).

In buona sostanza una sanità destinata al culto della fisicità e dell'apparenza non può che vetrinizzarsi esponendo le affascinanti immagini tridimensionali e virtuali dell'imaging.

E se la videodipendenza di massa, con il suo portato di decadimento culturale e cognitivo, ha trasformato l'*homo sapiens* in *homo videns*, un uomo che, secondo Giuseppe Sartori, sa in quanto vede e sa solo di quello che vede, così la medicina antropogeneticamente modificata, resa sempre più leggera dal wireless, predilige l'imaging alla clinica (24).

L'attività clinica, che a parte la conoscenza e la competenza, si fonda sulla logica e il ragionamento critico insito nel metodo scientifico, oggi infatti rischia di ridursi miseramente alla trepida

attesa del responso numerico di un computer e alla visualizzazione del corpo (e, con PET e RM, anche della mente) dell'ignoto, e spesso ignaro, paziente, alla cui traduzione iconica il *medicus videns* attribuisce il significato di verità assoluta, oltre che il fine in sé del proprio standardizzato lavoro (25).

Il *medicus videns* non saprebbe proprio che farsene del surplus conoscitivo psico-filosofico e della sensibilità ontologica che, come giustamente sostiene Ivan Cavicchi, sono doverose per il saper essere e il saper fare il medico (26).

Gli basta infatti un minimo di conoscenza tecnica per rispettare i rigidi protocolli ed espletare le routine monitorizzate e un ragionamento pratico, semplificato e accelerato dalla scorciatoia iconica. Di conseguenza, il medico contemporaneo, assorbito dalle procedure e ossessionato dall'efficienza produttiva, rischia una sclerosi sensoriale e l'involuzione irreversibile delle capacità di giudizio, divergendo drasticamente dal suo illustre progenitore *sapiens sapiens*, che era in grado di cogliere le minime differenze e pervenire all'essenza della specificità del singolo paziente.

Contemporaneamente la medicina liquida che ha ereditato dalla società tale drammatica mutazione antropologica, lascia sedimentare nell'incoscio collettivo l'idea che non si possa avviare alcun tipo di inquadramento, attivare una qualche forma di assistenza, se non partendo da qualche dato strumentale.

In realtà già nel 1841 Ludwig Feuerbach avvertiva le prime avvisaglie di questo fenomeno, tanto da descrivere, nell'*Essenza della Cristianità*", una società che "*preferisce l'immagine alla cosa, la copia all'originale, l'apparenza all'essere*".

Tale concetto è stato più recentemente ripreso da Guy Debord nel 1967 ne *La società dello spettacolo* che lo spiega come naturale sviluppo dell'economia capitalistica, che ha modificato mezzi, modi e strategie di produzione e oggi cresce attraverso l'incessante creazione di false immagini, che comunque la gente preferisce credere reali.

In ultima analisi, dice Debord, lo spettacolo è l'immagine riflessa del mercato, l'affermazione del sociale come pura apparenza, l'esito del processo di degrado dell'essere in avere e della successiva liquefazione dell'avere in apparire.

Mi chiedo, a questo punto, se gli ulteriori sviluppi della *e-Health* e della *e-Radiology*, sancendo l'abolizione della copresenza di medico e paziente, non decreteranno ufficialmente il trapasso della medicina di Ippocrate, sui cui comandamenti ancora oggi noi medici giuriamo anacronisticamente fedeltà (27).

E se il binomio medicalizzazione-digitalizzazione della vita umana costituisca la vera essenza del meccanicismo cartesiano: l'Uomo viene infatti ridotto elettronicamente a un flusso energetico, rappresentato graficamente da una matrice di pixel, riproiettato come immagine ricostruita a distanza remota e indefinita.

Ma la scienza, sappiamo tutti, non ha ostacoli e non accetta limiti.

La cortina di monitor, che ci separa da un'umanità vagante nella spasmodica ricerca di immagini

che spieghino i mali dell'esistenza, finirà per diventare un lontano ricordo. Presto noi medici potremo disancorarci dagli schermi e tornare a fonderci, anzi, immergerci, nel paziente. Dovunque esso si trovi nell'universo, il suo corpo potrà smaterializzarsi e rimaterializzarsi magicamente nel nostro studio sotto forma, questa volta, di impalpabile ologramma (28).

In conclusione

Lungi dal demonizzare *tout court* la tecnologia e dall'ignorare le interessanti prospettive offerte dal Web, la presente riflessione intende problematizzare, estremizzando, il tema di una medicina sempre più tecnologica e impersonale, dominata da routine e procedure standardizzate finalizzate alla produttività, dove il ruolo del medico appare sempre più simile a quello del videoterminalista.

Il Web accelera i fenomeni descritti, che inevitabilmente incidono sulla psicologia e sulla prassi medica, e parallelamente carica sul sistema sanitario un variegato spettro di dipendenze digitali (*facebook-addiction; cyberchondria; ecc.*) e un incremento di neoplasie radioindotte dallo spreco e abuso di imaging e dalla sovraesposizione all'elettrosmog (29-31).

L'*homo sapiens*, colto, coscienzioso e responsabile dovrà tener conto delle tendenze che minano le antiche fondamenta ontologiche, epistemologiche e metodologiche della medicina, opponendo ad un sistema mercificante ed alienante una controcultura intrisa dei rivoluzionari ed immateriali valori della Decrescita (32).

Tenere Igea ingiustamente relegata nella prigione sotterranea dell'Olimpo, a mio parere, non giova infatti a nessuno (33).

BIBLIOGRAFIA

1. Maturò A. La medicalizzazione dell'infelicità nella società americana. In Scienze sociali e salute nel XXI secolo. Milano: Franco Angeli; 2008 pp135-149.
2. Cipolla C, Maturò A. Sociologia della salute e web society. Milano: Franco Angeli; 2014.
3. Andreoli V. La vita digitale. Milano: Rizzoli; 2007.
4. Maturò A. La società bionica. Saremo sempre più belli, felici, e artificiali? Milano: Franco Angeli; 2012.
5. Simone R. La terza fase. Forme di sapere che stiamo perdendo. Bari: Laterza; 2000.
6. Galimberti U. Psiche e techne. Milano: Feltrinelli; 2000
7. Arunima S.K. Medicalization: a growing menace. Delhi Psychiatry Journal 2012; 15:255-261.
8. Conrad P. The medicalization of society. Philadelphia: John Hopkins Univ. Press; 2007.
9. Domenighetti G. Medicalizzazione della vita, comunicazione sanitaria e conflitti di interesse. rMH 2009; 1-3:34-39
10. Blaxter M. Health. Baltimore: Wiley J & sons; 2010.
11. Kelleher S, Wilson D. The hidden Torino: Einaudi; 1998.
13. Zola I.K.. Medicine as an institution of social control. Soc. Rev. 1972; 20:487-504.
14. Parsons T. Il sistema sociale. Milano: Ed. Comunità; 1965.

15. Ardigò A. Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria. Milano: Franco Angeli; 1997.
16. Valastro A. Internet e medicalizzazione della vita. Quale direzione? Tendenze Nuove 2014; 2-3:101-116.
17. Barker K. Electronic support groups, patients-consumers and medicalization: the case of contested illness. J Health Soc Behav 2008; 49: 20-36.
18. Miah A, Rich E. The medicalization of cyberspace. New York: Routledge; 2008.
19. Alvesson M., Spicer A. The stupidity paradox. London: Profile Books; 2016
20. Dimonte M. Lo spreco e l'abuso di imaging nell'era degli schermi e della modernità liquida. Rivista SIMG, 2014 3:7-10.
21. Baumann Z. Modernità liquida. Bari: Laterza; 2002
22. Bauman Z. Modus vivendi. Bari: Laterza; 2012.
23. Sassatelli R. Plasticità, corpo e potere. Una rassegna della "politica del corpo" come problematica sociologica. Rassegna Italiana di Sociologia 1999, n. 4
24. Sartori G. Homo videns. Bari: Laterza; 2000.
25. Fiderspil G. Logica clinica. I principi del metodo in medicina. Milano: McGraw-Hill; 2000.
26. Cavicchi I. Filosofia della pratica medica. Torino: Bollati Boringhieri; 2002.
27. Fox NJ et al. The birth of the e-Clinic. Soc Sci Med 2005; 61: 1454-74
28. Kharat A.T., Kaira R, Shah A, Singh A. Exploring the potential use of holographic imaging in radiology. Applied Radiology 2016, dicembre: 19-22.
29. Bardone-Cone AM, Cass KM. What does viewing a pro-anorexia website do? An experimental examination of website exposure and moderating effects. J Eat Disord 2007, 40: 537-48.
30. Kuss DJ, Griffiths MD. Online social networking and addiction. A review of the psychological literature. Int J Envir Res and Public Health 2011; 8: 3528-3552.
31. Dimonte M. Progresso, electrosmog, salute. Bari: Levante; 2004.
32. Latouche S. La scommessa della decrescita. Milano: Feltrinelli; 2007.
33. Remuzzi G, Maturò A. Tra Igea e Panacea. Riflessioni su medicina e società. Milano: Franco Angeli; 2005, p. 159

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Percorsi di empowerment per celiaci neodiagnosticati e familiari

Empowerment programs for “new” celiac and their family

Emilia Guberti, Paola Navacchia, Elena Centis, Lauretta Bianco, Francesca Celenza, Silvia Bertini, Chiara Rizzoli, Francesca Visani

Unità Operativa Complessa Igiene Alimenti e Nutrizione Dipartimento di Sanità pubblica Az. USL di Bologna

Parole chiave: celiachia, dieta senza glutine, promozione ed educazione alla salute

RIASSUNTO

Obiettivi: la celiachia è una intolleranza permanente al glutine, presente nei cereali di uso più comune, che danneggia la mucosa intestinale con importanti sintomi a carico dell'apparato gastroenterico e sistemici. Si stima che ne sia affetta una persona su 100 nel mondo, nel 2013 erano quasi 165.000 i casi diagnosticati in Italia (10.000 in Emilia-Romagna, oltre 2.000 a Bologna). L'unico trattamento possibile per i celiaci è l'adesione rigorosa a una dieta priva di glutine. Pertanto il nostro obiettivo è stato promuovere e supportare l'adesione rigorosa alla dieta senza glutine nei celiaci neo diagnosticati della provincia di Bologna.

Metodi: il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN) dell' Az. USL di Bologna, aderendo al dettato della Legge 123/2005, ha promosso momenti di formazione e controlli nella scuola, ospedali e luoghi di lavoro per rendere disponibile la dieta senza glutine ed ha realizzato percorsi di empowerment per celiaci neodiagnosticati e loro familiari. Diversi professionisti (medici igienisti, nutrizionisti, dietisti, psicologi ed educatori) hanno collaborato alla realizzazione dei percorsi educative (6 incontri più uno di follow up) per promuovere l'adesione rigorosa ad una dieta senza glutine sicura varia e ben bilanciata dal punto di vista nutrizionale.

Risultati: sono stati realizzati sette corsi per celiaci e loro familiari che hanno coinvolto 151 persone. Durante i corsi si sono accolti e raccolti problemi e necessità dei celiaci, il grado di adesione alla dieta e il gradimento del percorso. Aderendo alle richieste dei partecipanti è stato realizzato sul sito web dell'Az. USL di Bologna uno spazio dedicato alla “Celiachia” con informazioni per i celiaci, le imprese che producono senza glutine ed un numero verde. I corsi hanno registrato un elevato gradimento da parte dei partecipanti. Restano margini di miglioramento relativamente alle modalità e strumenti di monitoraggio dell'adesione stretta alla dieta senza glutine.

Autore per corrispondenza: emilia.guberti@gmail.com

Conclusioni: l'esperienza maturata evidenzia come la sanità pubblica possa identificare e contribuire a risolvere i problemi dei pazienti come i celiaci con modalità proattiva. Dal canto loro i celiaci si sono fatti "ingaggiare" diventando a loro volta promotori di salute e benessere. I percorsi di empowerment per celiaci neodiagnosticati sono divenuti parte integrante del piano della prevenzione 2015-18 della Regione Emilia Romagna.

Key words: Celiac disease, gluten-free diet, empowerment, health education

SUMMARY

Objectives: Celiac disease is a permanent intolerance to gluten, a protein found in the most commonly used cereals, which can damage the intestinal mucosa, with serious gastro Intestinal and/ or systemic symptoms. It is estimated to affect 1 in 100 people worldwide. In 2013, almost 165,000 cases were diagnosed in Italy (10,000 in Emilia-Romagna, over 2,000 in Bologna). The only treatment for celiac disease is lifelong adherence to a strict gluten-free diet. Therefore, our aim is to promote and support adherence to a strict gluten-free, safe and well-balanced diet for celiac people of Bologna's area.

Methods: the Food Safety and Nutrition Service (FSNS) of the Local Health Unit of Bologna, has promoted training and control measures in schools, hospitals and workplaces to promote gluten-free diets and realized a specially training for celiac people and their family. Different professionals (medicines specialists in hygiene and nutrition, dieticians, psychologist, educator) collaborated to realize food education courses (6 meetings and 1 follow up meeting) to empower strict adherence to a safe, diverse and well-balanced gluten-free diet.

Results: seven food education courses have been realized for celiac people and their families, involving almost 151 newly-diagnosed subjects. This was an occasion to register the problems and the needs of celiac people, the adherence to the diet, and customer satisfaction. In order to answer to celiac needs, a space has been dedicated on the website of the USL of Bologna for Celiac Disease, with an information desk, assistance for enterprises and a free phone line. The class has proven very successful for customer satisfaction. We are still implementing tools to monitor the actual strict adhesion to the gluten free diet.

Conclusions: these measures prove that public health institutions can identify and solve in a proactive way. Celiac people were engaged in this plan and became active promoters of their health and wellbeing. These classes are now a functional part of the Emilia Romagna's Prevention Plan 2015-2018.

Premessa

La celiachia è un'intolleranza permanente al glutine, presente nei cereali di uso più comune, che in soggetti geneticamente predisposti, danneggia l'intestino con diverse manifestazioni sintomatologiche gastrointestinali ed extraintestinali (1).

Si stima che ne sia affetta l'1% della popolazione, nel 2013 erano 164.492 i casi diagnosticati in Italia di cui circa 10.000 in Emilia-Romagna e oltre 2.000 in provincia di Bologna (2). La legge 4 luglio 2005, n. 123 Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia, prevede una serie di interventi finalizzati a migliorare l'alimentazione dei celiaci per i quali un'alimentazione senza glutine costituisce l'unico trattamento efficace (3).

Fra questi sono previsti interventi finalizzati al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- agevolare l'inserimento dei celiaci nelle attività scolastiche, sportive e lavorative attraverso un accesso equo e sicuro ai servizi di ristorazione collettiva;

- migliorare l'educazione sanitaria della popolazione sulla malattia celiaca;
- favorire l'educazione sanitaria del cittadino celiaco e della sua famiglia

Obiettivi

L'Unità Operativa Complessa Igiene degli Alimenti e Nutrizione dell'Azienda Usl di Bologna, da oltre un decennio, assicura gli interventi necessari a garantire l'accesso sicuro dei celiaci alla ristorazione collettiva e pubblica, la formazione degli operatori del settore alimentare e della scuola. In aggiunta a precedenti obiettivi la Unità Operativa (U.O.) Igiene degli Alimenti e Nutrizione dell'Azienda USL di Bologna ha attivato, dal 2012, un programma di interventi rivolti ai celiaci neodiagnosticati e ai loro familiari, per supportare il cambiamento dalla dieta con glutine a quella aglutinata da mantenere nell'ambito di uno stile alimentare e di vita salutare.

Metodi

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto tramite il coinvolgimento attivo dei centri diagnostici della provincia di Bologna e di Imola e le associazioni dei pazienti. Seguire una dieta senza glutine è a oggi l'unico intervento terapeutico possibile per garantire al celiaco di condurre una vita in salute. Il percorso motivazionale di gruppo (4) si è avvalso, sin dalla fase di progettazione, di una équipe multidisciplinare composta da medici, dietiste, sociologo (per l'analisi di contesto), psicoterapeuta e pedagogo esperto in colloquio motivazionale, che si è data l'obiettivo di aumentare nei partecipanti conoscenza e consapevolezza del problema celiachia e accompagnare le persone celiache ad acquisire tutte le conoscenze necessarie per seguire correttamente la dieta senza glutine, con particolare attenzione a tutti gli aspetti ad essa correlati (come evitare la contaminazione, i suggerimenti per gli acquisti, come leggere le etichette ecc.). Ogni percorso è stato strutturato in sette incontri a cadenza settimanale di due ore ciascuno, così organizzati:

I incontro: temi trattati

- Illustrazione progetto: obiettivi e sviluppo
- La malattia celiaca e possibili complicanze
- La dieta come terapia
- Presentazione dei partecipanti e raccolta delle aspettative
- La motivazione al cambiamento di comportamenti dannosi per la salute

II incontro: temi trattati

- La dieta senza glutine
- Come evitare la contaminazione
- Linee Guida per una sana alimentazione
- La piramide degli alimenti e le porzioni.

III incontro: temi trattati

- Aspetti psicologici: dalla diagnosi alla gestione della celiachia
- Conflitti legati al cibo
- Esperienze a confronto

IV incontro: temi trattati

- Suggerimenti per gli acquisti
- Leggere le etichette

V incontro: temi trattati

- Bilancio energetico
- Importanza dell'esercizio fisico
- La piramide del movimento
- Spazio per discussione e domande

VI incontro: Incontro presso una cucina con uno chef esperto che conduce una lezione pratica con preparazione e degustazione di ricette gluten-free

VII incontro: Follow up a 3 mesi

Raccolta e condivisione di esperienze: osservazioni, eventuali difficoltà incontrate ed obiettivi raggiunti. Possibili richieste per incontri individuali.

Il percorso, oltre alla tematica specifica, ha considerato in maniera più ampia tutti i comportamenti legati ai sani stili di vita (ad esempio l'importanza dell'attività fisica associata ad una alimentazione equilibrata) e ha preso in esame anche gli aspetti psicologici legati alla diagnosi e alla gestione della celiachia (5). Su richiesta di alcuni partecipanti è stato programmato un ulteriore incontro, facoltativo, dedicato ad una riflessione su "assertività e celiachia", volto a far emergere e condividere con il resto del gruppo eventuali difficoltà che la celiachia comporta quotidianamente nelle relazioni con gli altri (ad esempio rifiutare il cibo con glutine offerto, saper comunicare la propria condizione di celiachia, chiedere aiuto, affrontare questioni problematiche con gli altri). Il percorso ha, inoltre, fornito l'opportunità di fissare un appuntamento per ricevere una consulenza psicologica individuale. È stato rilevato infatti che, in seguito alla diagnosi, il celiaco e la sua famiglia si trovano a vivere un importante momento di cambiamento che induce uno stato di stress. Si può desumere la rilevanza di un appoggio professionale per superare questo momento di crisi esistenziale che comporta un disagio emotivo conseguente alla metabolizzazione della malattia cronica.

A conclusione di ciascun percorso è stato realizzato un laboratorio di cucina, con degustazione, dove è stato possibile imparare e confrontarsi su ricette e modalità di preparazione di piatti senza

glutine sottola guida di una esperta chef. Infine per verificare la completa aderenza alla dieta e per fornire un reale supporto agli utenti, si è concepito l'ultimo incontro di *Follow up* a tre mesi dal Laboratorio pratico, per continuare il dialogo con i partecipanti e favorire il mantenimento delle buone pratiche. Il percorso, offerto gratuitamente, ha richiesto un'iscrizione obbligatoria. Per ulteriori informazioni e approfondimenti i partecipanti e tutti gli interessati hanno avuto ed hanno a disposizione pagine dedicate alla celiachia sul portale dell' U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione dell'Azienda Usl di Bologna.

Per consentire il monitoraggio dei bisogni espressi dai partecipanti, dei loro comportamenti pre e post intervento e del gradimento si è proceduto ad un'analisi quali-quantitativa che ha utilizzato metodologie di rilevazione di tipo misto:

1. Medicina Narrativa (6) con individuazione bisogni emergenti ad ogni appuntamento;
2. Questionari pre/post intervento somministrato ai partecipanti è finalizzato alla rilevazioni di abitudini alimentari errate o potenzialmente tali (7);
3. Questionario di gradimento su scala Likert (6).

Risultati

Sono stati realizzati sette percorsi completi nel periodo marzo 2012- aprile 2016; date e durata del percorso, numero degli incontri e dei partecipanti sono riportati nella tabella 1:

Tabella 1- I percorsi realizzati

| PERCORSI | 1° 1.3.2012- 27.6.2012 | 2° 17.9.2012- 25.1.2013 | 3° 26.2.2013- 11.9.2013 | 4° 13.9.2013- 19.3.2014 | 5° 4.2.2014- 5.9.2014 | 6° 4.3.2015- 7.10.2015 | 7° 5.4.2016- in corso | TOTALE 7 |
|-----------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------|
| N° incontri | 7 | 7 | 7 | 7 | 8 (7+1 su assertività) | 7 | 7 | 50 |
| N° partecipanti | 25 | 18 | 32 | 30 | 23 | 19 | 14 | 151 |

Individuazione dei bisogni

L'individuazione dei bisogni è stata rilevata durante ogni appuntamento dei percorsi effettuati, con modalità libera e senza la guida di questionari o requisiti già costituiti: ogni partecipante esprimeva con il suo linguaggio il bisogno e/o il problema. Ciò ha consentito di orientare ed adattare alle richieste espresse contenuti e modalità dei diversi momenti formativi, informativi, di ascolto e supporto che hanno caratterizzato il percorso.

I bisogni espressi sono riconducibili a tre aree fondamentali:

- problemi psicologici, sia personali (shock alla diagnosi, difficoltà di accettazione del proprio stato di malattia) sia, e in misura maggiore, riguardo ai figli celiaci (senso di colpa genitoriale, difficoltà ad agire il proprio ruolo)
- timore della contaminazione e della gestione dei cibi a livello domestico e dubbi riguardanti

il proprio modo di operare in cucina e di effettuare gli acquisti

- timore dell'alimentazione fuori casa (ristoranti e soprattutto mense, con particolare riguardo alle mense scolastiche e all'ambiente della scuola in genere)

Da rilevare come le principali preoccupazioni palesate dai partecipanti riguardino:

1. possibili contaminazioni con glutine di alimenti venduti o somministrati come privi di glutine (di gran lunga la preoccupazione maggiore, sia per il consumo domestico che fuori casa)
2. sapere leggere ed interpretare l'etichettatura degli alimenti in funzione dell'assenza di glutine
3. problemi psicologici soprattutto riferiti ai figli in particolare in età adolescenziale.

Mentre per rispondere alle prime due richieste così come a quelle relative a bisogni informativi si è provveduto ad arricchire le informazioni ed i suggerimenti inerenti le strategie per evitare la contaminazione ed utilizzare al meglio la lettura delle etichette, relativamente ai problemi psicologici si è ampliata l'offerta mettendo a disposizione anche uno sportello per appuntamenti individuali. Si è valutata anche l'opportunità di prevedere percorsi dedicati agli adolescenti che hanno maggiore difficoltà ad aderire alla dieta, possibilità che abbiamo scartato anche alla luce della più recente letteratura sul tema, preferendo mantenere la disponibilità di uno sportello psicologico d'ascolto per genitori e familiari.

Valutazione dei comportamenti pre-e post-intervento

Al fine di valutare come sono cambiati alcuni comportamenti a seguito dell'intervento, è stato somministrato il questionario relativo alle abitudini alimentari in occasione del primo appuntamento ("PRE Intervento") e durante l'incontro di *follow up* ("POST Intervento") avvenuto 3 mesi dopo la conclusione del percorso. L'elaborazione dei risultati ha dovuto misurarsi con il fatto che la partecipazione al *follow up* ha registrato con un drop out medio del 50% dei partecipanti che, invece, hanno presenziato con maggiore assiduità ai 6 appuntamenti settimanali del percorso teorico pratico (drop out medio del 25% al 6° appuntamento) mostrando un buon gradimento dello stesso (*customer satisfaction*). Da qui la riflessione circa l'opportunità di anticipare la somministrazione del questionario all'ultimo dei 6 appuntamenti in concomitanza col corso di cucina. Andrà valutata anche l'opportunità di mantenere l'appuntamento di *follow up*. Pur con i limiti sopra ricordati il risultato dell'elaborazione dei questionari ha evidenziato alcuni dati di interesse.

Alla domanda "Le può accadere di assumere volontariamente glutine con la dieta?", i partecipanti al primo incontro di ciascun Percorso, rispondono NO nell'89.6% (valore medio), mentre il restante 10,4% si è attestato su:

- "SI, raramente una porzione normale" = 4 utenti in media distribuiti sui 5 Percorsi;
- "SI, raramente un piccolo assaggio" = 4 utenti in media / 5 Percorsi;
- "SI, spesso un piccolo assaggio" = 2 utenti in media / 5 Percorsi.

Quindi già in entrata è possibile rilevare che i partecipanti riferiscono un grado elevato di aderenza alla dieta che sembrerebbe consolidarsi con della partecipazione ai percorsi (valore

medio 90% sul totale dei percorsi)

Anche relativamente alla domanda *“Quando mangia fuori, dice al ristorante di essere celiaco?”* si evidenzia già in partenza un elevato grado di adesione (mediamente del 95%) che a seguito dell'intervento si è attestata sul 100%.

Infine rispetto ai quesiti *“Controlla le etichette degli alimenti confezionati?”* e *“Consuma solo alimenti confezionati sicuri?”* l'adesione dei partecipanti è passata dal 96% pre- intervento al 100% post intervento.

Customer Satisfaction

Relativamente al gradimento il questionario somministrato agli utenti a conclusione (VI appuntamento) dei sette percorsi realizzati prevedeva tre domande su: Rilevanza, Modalità, Efficacia del Percorso svolto.

Alla domanda n. 1: *“Come valuta la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di informazione?”*. Hanno risposto un totale di 102 persone (67%) sulle 151 che hanno aderito inizialmente suddivise nei 7 percorsi. Gli argomenti affrontati sono stati giudicati al 74,5% come molto rilevanti; al 20,5% rilevanti; 5% abbastanza rilevante; l'opzione poco rilevante non è stata selezionata da alcuno.

Alla domanda n. 2: *“Come valuta la modalità utilizzata per trasmettere le informazioni in questo corso?”*, hanno risposto un totale di 109 persone sulle 151 che hanno aderito inizialmente, ripartite sui 7 percorsi. La modalità di trasmissione delle informazioni utilizzata in questi percorsi di educazione alla salute è stata giudicata al 54% come ottima; 45% buona; 5% soddisfacente; mentre è del tutto assente l'opzione poco rilevante (0%).

Alla domanda n. 3: *“Come valuta l'efficacia del corso rispetto alle sue necessità?”*, hanno risposto un totale di 104 persone sulle 151 che hanno aderito inizialmente suddivise tra i sette percorsi. L'Efficacia del corso rispetto alla percezione soggettiva delle proprie necessità, si è collocata al 52% come molto efficace; 48% efficace; le opzioni abbastanza e parzialmente efficace non sono state selezionate da alcuno. In definitiva l'analisi di *Customer Satisfaction* dei percorsi formativi si è collocata tra valori di elevato apprezzamento: buono-ottimo.

Conclusioni

I partecipanti hanno dimostrato, sia con gli strumenti di rilevazione proposti sia verbalizzando ad ogni incontro il proprio grado di apprezzamento, un elevato livello di gradimento dell'iniziativa, ritenuta tanto più importante in quanto a cura del servizio pubblico dell'Azienda Sanitaria, con la finalità esclusiva di rispondere ai bisogni e alle istanze dei celiaci e delle loro famiglie. I risultati raccolti dall'analisi dei bisogni e dalla valutazione del processo sottolineano l'importanza di continuare sulla strada intrapresa, mantenendo attivi il maggior numero possibile di interventi formativi rivolti non solo al celiaco e ai familiari, ma anche ai ristoratori, alle figure sanitarie di riferimento, agli insegnanti per garantire una conoscenza diffusa della celiachia e una sua

corretta gestione. È stata molto forte la richiesta dei partecipanti di essere presenti sul territorio nel nostro ruolo istituzionale, specie nel mondo della ristorazione pubblica e collettiva, in particolar modo scolastica. Alla richiesta di molti partecipanti di mantenere attivo un canale di comunicazione si è risposto attivando una pagina Facebook: “Celiabò, essere celiaci a Bologna” con info, community, esperto risponde che si aggiunge alla pagina dedicata alla celiachia già presente sul sito web dell’Azienda USL di Bologna.

L’intervento, per l’approccio al problema e la completezza del team operativo, si è dimostrato utile ad affrontare in modo completo la problematica, e rappresenta un paradigma valido per altre patologie croniche correlate all’alimentazione. L’esperienza di Bologna, che ha ricevuto il positivo riconoscimento e supporto dell’assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna, è stata mutuata da altre realtà regionali ed il percorso di empowerment dedicato ai celiaci neodiagnosticati è entrato a far parte delle azioni a tutela dei celiaci nell’ambito del Piano della prevenzione 2015-18 della Regione Emilia Romagna. In particolare tale impegno, in capo ai Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione del Dipartimento di Sanità Pubblica delle Az. USL dovrà consolidarsi e divenire sistematico ed entrare a far parte dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali per i celiaci divenendo di fatto uno dei primi esempi di percorsi preventivo diagnostico terapeutico assistenziali (PPDTA) (8). In tale prospettiva è prevista una revisione della durata e dei contenuti del percorso proposto in termini di sostenibilità ed una rivisitazione degli strumenti di verifica in termini di costo/efficacia.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute Direzione generale igiene sicurezza alimenti e nutrizione Ufficio V Allergie alimentari e sicurezza del consumatore Documento di indirizzo e stato dell’arte; 2013.
2. Ministero della Salute Relazione annuale al parlamento sulla celiachia; 2013.
3. Legge L.4 luglio 2005, n. 123 “Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia”.
4. Accompagnare al cambiamento Il counselling motivazionale breve come strumento operativo per la promozione di sani stili di vita, Ministero della Salute, Azienda Usl di Bologna Dip. Sanità Pubblica 2012.
5. Corposanto C. Celiachia, malattia sociale. Un approccio multidisciplinare alle intolleranze alimentari. Milano: Salute e Società, Angeli; 2011.
6. ORSI W. Qualità della vita e innovazione sociale. Un’alleanza per uscire dalla crisi. Milano: Angeli; 2009.
7. Biagi F, Andrealli A, Bianchi PI, Marchese A, Klersy C, Corazza GR. A gluten-free diet score to evaluate dietary compliance in patients with celiac disease. *British Journal of Nutrition* 2009; 102: 882-887.
8. Regione Emilia Romagna Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Dibattito

Il lavoro dell'OIP: un possibile contributo al cambiamento dei Dipartimenti di prevenzione

The work of OIP: a possible contribution to the change in the Department of Prevention

Francesco Calamo-Specchia

Professore Associato di Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, coordinatore operativo nazionale OIP

Parole chiave: Dipartimento, prevenzione, osservatorio, organizzazione sanitaria, dati quantitativi, rilevazioni qualitative

RIASSUNTO

L'OIP, dalla sua istituzione nel 2010 alle ultime rilevazioni del 2015 riguardanti il 65% dei Dipartimenti di prevenzione italiani, ha costruito un sistema di controllo epidemiologico oggettivo per rilevare assetti organizzativi, dotazioni, attività dei Dipartimenti nel nostro Paese, e un sistema di ascolto e confronto degli orientamenti e atteggiamenti soggettivi dei loro operatori. Il lavoro dell'OIP vuol favorire un cambiamento dei DP, giungendo a delineare una ipotesi di DP forte e condivisa che possa poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del SSN. Ciò sarà tanto più possibile quanto più il lavoro dell'OIP sarà ampiamente conosciuto da tutto il mondo della prevenzione italiana, per fondare su di esso conclusioni condivise, in termini di proposte operative. Per far questo, la sfida che sta ora davanti all'OIP sembra dunque in primo luogo una sfida comunicativa.

Key words: Department, Prevention, Observatory, Health Organisation, Quantitative data, Quantitative surveys

SUMMARY

The OIP, since its creation in 2010 to the latest surveys of 2015 about the 65% of the Italian departments of prevention, have built an epidemiological objective control system to detect organization structures, equipment and

Autore per corrispondenza: fcalamospecchia@libero.it

activities of the departments in our country, as well as a way to discuss and compare the tendencies and subjective attitudes of their operators. The work of the OIP aims to encourage a change of DP, going as far as to outline a Hypothesis of strong and shared DP, which could then be offered to institutional and political representatives of the SSN. This will be possible when the OIP will be widely known all over the world from the Italian prevention, to build on its shared conclusions, in terms of operational proposals. To do this, the challenge facing the OIP thus seems primarily a communicative challenge.

Un osservatorio per la prevenzione

Nel novembre del 2010 ha preso il via una esperienza di costruzione – ampiamente partecipata da parte degli operatori dei DP – di strumenti di valutazione qualitativa e di rilevazione quantitativa di tutte le attività di prevenzione svolte nel SSN, che ha condotto all'istituzione di un *Osservatorio Italiano sulla Prevenzione* (OIP) come centro di monitoraggio stabile sulle attività di prevenzione nel nostro Paese¹.

Tale ardua sfida è stata ritenuta necessaria perché le esigenze di specificità organizzativa negli interventi preventivi dei diversi territori regionali sembravano aver generato qualche sordità verso le necessità imprescindibili di omogeneità del SSN nel suo complesso; e perché una certa scotomizzazione del contesto nazionale degli interventi sanitari pareva venire disegnando per il nostro Paese un nuovo scenario di particolarismi e diseguglianze come quello a suo tempo sanato dalla legge 833.

In un contesto culturale orientato dunque al *rilancio del SSN come promotore del diritto alla salute di tutti i cittadini, che può essere garantito al massimo grado solo rifacendo della prevenzione il centro motore forte e riconosciuto di tutto il sistema sanitario, e della prevenzione primaria il fulcro di tutte le attività preventive*, l'OIP ha individuato tre fondamentali obiettivi strategici:

porci come possibile localizzazione comune e sintesi per le *diverse esperienze geografiche* e per le *diverse appartenenze professionali*, contribuendo con le sue indagini a realizzare un confronto tra le diverse esperienze e i diversi “mondi” della prevenzione italiana;

attivare sia un sistema di *controllo epidemiologico oggettivo* per rilevare assetti organizzativi, dotazioni, attività della prevenzione nel nostro Paese, sia un sistema di *ascolto e confronto degli orientamenti e atteggiamenti soggettivi dei suoi operatori*, sottoponendo ai DP rispettivamente una griglia di rilevazione oggettiva di dati e informazioni, ed un questionario di valutazione e di autovalutazione soggettiva degli operatori;

arrivare infine, analizzando risposte e pareri forniti dagli operatori delle diverse Regioni italiane, alla definizione di «che cosa è» e di «che cosa fa» il DP, ma soprattutto di «che cosa sarebbe auspicabile che fosse e che facesse»; portando in tal modo un contributo al *disegno di una ipotesi di DP forte e condivisa* – e tanto più forte quanto più condivisa – che in maniera forte e condivisa

1. L'iniziativa è stata lanciata dalla Fondazione Smith Kline (Fsk) e tempestivamente raccolta dalla Società Italiana di Igiene (SItI), e poi da Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione negli ambienti di lavoro (SNOP) e Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (SIMEVEP).

possa poi essere proposta ai referenti istituzionali e politici del SSN.

Finalizzazione ultima dell'OIP è dunque *favorire un cambiamento dei DP*, nei termini di un loro miglioramento e rafforzamento sia organizzativo che “politico” ed istituzionale.

Altre attività di rilevazione sulla sanità pubblica italiana

“Esistono già, come è ben noto, una serie di importanti iniziative istituzionali e scientifiche di rilevazione e *monitoraggio epidemiologico* dei servizi sanitari, che sono in genere prevalentemente condotte con un taglio per così dire “*quantitativo*” (ossia basato fondamentalmente sulle rilevazioni provenienti da diversi sistemi informativi basati su dati *oggettivi* di servizio).

Al loro interno può essere ritrovato qualche accenno ai temi della prevenzione (generalmente *più mirato sulla diffusione dei vari comportamenti o fattori di rischio che non sulle attività e gli interventi di prevenzione*); accenni presenti comunque in numero e ampiezza generalmente molto inferiore rispetto alle rilevazioni dedicate al versante diagnostico/curativo/riabilitativo/assistenziale delle attività sanitarie.

Possano essere succintamente citati ad esempio, tra gli altri:

il Siveas, sistema di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria attivato dal Ministero della Salute, che su 34 indicatori ne dedica due ai dati di *copertura vaccinale* (rispettivamente *Mpr e antinfluenzale*), ed uno rispettivamente ai dati degli *screening mammografici* e del *colon-retto*;

Osservasalute, il rapporto annuale dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma sullo stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, che raccoglie dati sulla *copertura vaccinale e gli screening oncologici* – oltre che sulla diffusione di fumo, alcol, stili alimentari, attività fisica, incidenti, inquinamenti ambientali, patologie multifattoriali e infettive, disabilità, dipendenze, fragilità;

il rapporto Era (epidemiologia e ricerca applicata), redatto annualmente dalla Cattedra di Igiene dell'Università di Roma “Tor Vergata” in collaborazione con Istat e Iss, che è centrato sui dati di *mortalità evitabile e di ospedalizzazione evitabile*, che possono fornire indicazioni sugli ambiti più opportuni per iniziative di prevenzione.

Peggior si presenta la situazione nell'ambito di importanti iniziative di *monitoraggio delle ricadute economico-finanziarie* dei servizi sanitari; nelle quali il tema della prevenzione viene non tanto trascurato, quanto quasi integralmente ignorato.

Tra di esse citiamo solo:

- gli annuali Report sanità del Ceis, il Centro di studi economici ed internazionali della Facoltà di Economia dell'Università di Roma “Tor Vergata”, l'ultimo dei quali ad esempio, riferito al 2009 ed intitolato “Sanità e sviluppo economico”, appunta l'attenzione tra l'altro sui servizi ospedalieri, ambulatoriali, domiciliari – oltre che sull'assistenza territoriale e farmaceutica – ma non fa menzione della prevenzione;
- gli studi prodotti dal Cergas (Centro ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale) dell'Università Bocconi di Milano, tra cui il Rapporto annuale Oasi (Osservatorio

sulla funzionalità delle aziende sanitarie italiane), che si diffondono tra l'altro sui costi delle prestazioni di laboratorio e di radiologia, delle strutture residenziali per anziani, dei servizi di assistenza territoriale, delle reti cliniche in oncologia, dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali ospedalieri, e perfino delle cure dentarie, ma trascurano la prevenzione.

Esistono infine anche rilevazioni che scandagliano *la soggettività dei cittadini e degli utenti* del Ssn, e nelle quali, analogamente a quanto accade nelle rilevazioni oggettive quantitative, possono essere ritrovati alcuni accenni ai temi della prevenzione, anche qui però prevalentemente condotti in termini di rilevazione di fattori o comportamenti a rischio.

Tra di esse si segnalano principalmente:

- l'indagine quinquennale multiscopo Istat su "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" (e quella su "Prevenzione dei tumori femminili: ricorso a pap-test e mammografia" da essa desunta), effettuata sia con intervistatori sia mediante l'autocompilazione di un questionario individuale, che nell'ultima edizione 2007 – insieme a dati sulle condizioni di salute della popolazione, il consumo di farmaci, l'obesità e abitudine al fumo e la fruizione dei servizi sanitari – rileva anche dati su alcune attività preventive (*copertura vaccinale, controlli della pressione, della glicemia e del colesterolo, visite per prevenzione*);
- il progetto Passi, Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia (e il progetto derivato Passi d'argento, indagine periodica sulla qualità della vita nelle persone con più di 64 anni), attivato dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Iss, che rileva tramite somministrazione telefonica di un questionario le percezioni dei cittadini, oltre che sul proprio stato di salute e su diversi comportamenti a rischio, anche su *diagnosi precoci tumorali e vaccinazioni*;
- Okkio alla Salute, sistema di sorveglianza del Cnesps su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria, che raccoglie informazioni su abitudini alimentari e sedentarietà tramite un questionario riempito dai bambini in classe ed uno indirizzato ai genitori;
- Hbsc (Health behaviour in school-aged children), studio multicentrico internazionale sui comportamenti a rischio dei ragazzi in età scolare, rilevati grazie a questionari somministrati ad alunni della scuola secondaria dagli 11 ai 15 anni.

Da questa rassegna, pur necessariamente non esaustiva, pare comunque risaltare una certa carenza di rilevazioni *organiche e complete* – sia *quantitative "oggettive"*, sia anche *qualitative fondate sulla soggettività dei cittadini* – che monitorizzino *tutte le possibili attività di prevenzione*; che sono viceversa identificate nella maggioranza dei casi solo con vaccinazioni e medicina preventiva, ossia con gli interventi in qualche modo più "evidenti" e più facilmente computabili. Risalta anche la sostanziale *carenza di studi di economia sanitaria sulla prevenzione*; e infine grande assente dal ventaglio complessivamente scarno dei rilievi è il fattore viceversa unanimemente considerato cruciale nella qualità degli interventi di un moderno sistema organizzativo complesso come la sanità, ossia la *soggettività degli operatori* circa il proprio stesso operare.

Può essere infine utile citare, per quanto molto sommariamente, un progetto del Centro na-

zionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm), in riferimento al quale potrebbe forse essere possibile pensare ad una qualche forma di collaborazione – o nelle cui prime risultanze potrebbe forse essere ritrovato se non altro una sorta di implicita complementarità – con le iniziative dell'OIP.

Il progetto, selezionato dal bando Ccm 2011, supporta l'Azione centrale 5.1 del Piano nazionale della prevenzione, orientata a: “raccolgere, interpretare e diffondere alle istituzioni interessate informazioni sull'assetto e sulle pratiche delle strutture deputate all'erogazione di servizi di prevenzione”, e prevede la presenza di due unità operative, una del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) [Salmaso e Giovannelli 2013] e l'altra dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) [Bellentani e Guglielmi 2013].

Tale progetto “*esplora l'articolazione delle strutture che erogano servizi di prevenzione attraverso la lettura dei progetti regionali all'interno dei Piani Regionali della Prevenzione (2010-2012)*”, e parallelamente “*esplora l'articolazione delle attività di prevenzione attraverso la lettura degli atti normativi e delle indicazioni programmatiche a vari livelli organizzativi*”; aggiungendovi anche una raccolta di dati *ad hoc* attraverso una *web-survey* – campionaria sia per le attività che per le aree geografiche riguardate – destinata agli operatori.

Peraltro, nei risultati preliminari del progetto si afferma che:

- “La lettura dei PRP non sempre aiuta nella comprensione degli attori/responsabili della prevenzione”;
- “Per molte aree della prevenzione primaria poco esiste nelle norme che definiscono le strutture istituzionalmente incaricate della prevenzione”;
- “Le modalità attraverso le quali si dovrebbe erogare la prevenzione sono spesso poco definite”;
- “Esistono confini labili tra la prevenzione e la promozione della salute”;
- “Tale settore ha un mandato vago e difficile da valutare”.

In relazione a tali affermazioni, e all'impostazione complessiva del progetto Ccm, può dunque assumere ancora più senso l'approccio dell'OIP; che, come detto, risulterebbe in qualche modo a tale progetto complementare, essendo mirato: a) sulla rilevazione completamente in campo, b) di tutte le attività preventive, c) che siano effettivamente svolte più che solo previste, d) valutandole nel loro contesto epidemiologico e valutativo oltre che organizzativo, e e) con un taglio geografico che si propone di essere di censimento.

Il progetto del Ccm (come del resto l'OIP) appunta il suo sguardo non esclusivamente sui Dipartimenti né solo sulle loro attività; ma su quelle che nel progetto vengono definite come Strutture che erogano servizi di prevenzione (Sesp), individuandole in quanto tali attraverso la rilevazione dell'espletamento di sette funzioni-chiave².

2. “1. Sorveglianza e monitoraggio, passiva con dati di servizio o attivi con ricerca di informazioni, di malattia, delle condizioni di salute della popolazione, di accesso a servizi sanitari, sociali o scolastici; 2. Informazione, educazione e comunicazione (empowerment) su aspetti di salute, a livello individuale o collettivo, in partenariato con altre istituzioni o gruppi di interesse; 3. Coinvolgimento della comunità su temi socio-sanitari nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute; 4. Sviluppo di progetti, programmi, strategie che

Nei risultati preliminari del progetto si individuano un gran numero di Sesp, ed una “*grande diversità nei ruoli che le Sesp hanno nella realizzazione delle attività di prevenzione*”; e si afferma che per le attività di prevenzione “*non esiste una tipologia organizzativa comune nelle aziende sanitarie, tantomeno per l'attribuzione istituzionale delle attività di prevenzione nei settori identificati dall'indagine*”;

E anche se viene affermato che: “*il Distretto viene indicato come: «l'ambito più appropriato per le prestazioni del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro che persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, gestione delle malattie croniche, miglioramento della qualità di vita dei singoli e della collettività, attraverso interventi che possono superare i confini del settore sanitario e coinvolgere l'intera società civile»*”, e si soggiunge che: “*per diverse aree di prevenzione secondaria (es.: screening tumorali) le responsabilità delle attività è affidata a strutture diverse dal Dipartimento di Prevenzione*”, in realtà si registra una prevalenza del Dipartimento sulle altre Sesp, rispettivamente del 60%, 56% e 43%, nelle tre aree di intervento (prevenzione obesità, promozione attività fisica, prevenzione del rischio disabilità negli anziani) selezionate per l'osservazione nelle due Asl laziali campione; il che conferma il ruolo ormai consolidato del Dipartimento quale asse centrale e irrinunciabile delle attività di prevenzione nel nostro Paese.

Purtroppo, il quadro del mondo italiano della prevenzione che sembra emergere dai risultati preliminari del progetto del Ccm pare però complessivamente caratterizzato da una notevole frammentazione organizzativa³ e da una scarsa chiarezza normativa; il che conferma peraltro quanto già fortemente deprecato dagli operatori dei Dipartimenti nelle valutazioni soggettive richieste loro dall'OIP nel 2011/2012.

Per ovviare al meglio a tale disfunzione, sembrerebbe dunque logico proporsi di ricostruire una forte individuazione – prima professionale/scientifica, e conseguentemente normativa – delle attività di prevenzione, e di una organizzazione che ne sia responsabile: proponimenti che costituiscono esattamente gli intenti per i quali nel 2010 si è costituito l'OIP.

I criteri ispiratori delle rilevazioni

Per un impegno così “alto”, politico ed articolato, non si trattava dunque tanto o solo di attivare un *benchmarking* di modello aziendalistico; *non si trattava cioè tanto o solo di pesare e comparare*

danno supporto o promuovono azioni a favore della prevenzione; 5. Azioni a favore di individui allo scopo di favorirne l'accesso ai servizi in tal modo limitando le disuguaglianze; 6. Attività di supporto, supervisione, formazione del personale operante nei servizi; 7. Valutazione di accesso, qualità ed efficacia dei servizi, ricerca e proposta di nuove soluzioni.” (Salmaso e Giovannelli 2013).

3. “Le attività di prevenzione sono generalmente organizzate in modo assolutamente frammentario. Solo una parte viene esercitata direttamente (o almeno coordinata) dai Servizi di prevenzione, mentre interi segmenti (come ad esempio gli interventi di prevenzione secondaria) sono in genere aggregati a Servizi clinici di diagnosi e cura che agiscono per lo più separatamente senza rapportarsi con i Servizi di prevenzione.” (Bellentani e Guglielmi 2013).

rigidamente quantità, quanto soprattutto di interrogarsi reciprocamente sulla qualità; riaffermando così anche operativamente la convinzione che la salute-qualità non si possa rappresentare in maniera soddisfacente con dati sulla sola quantità-Servizio.

Per tali fini e in tale ottica la costruzione dell'OIP è stata dunque avviata seguendo alcune direttrici principali:

- *partecipazione* degli operatori alla costruzione degli strumenti di rilevazione (le griglie di rilevazione e il questionario di valutazione utilizzati dall'OIP derivano dalle sollecitazioni e segnalazioni proposte dagli operatori stessi dei DP in tre incontri interregionali di partenza dell'iniziativa – Bologna, Roma, Bari – nel 2010);
- *stimolo al confronto* e all'integrazione tra gli operatori per fornire a griglie e questionario risposte unitarie e prodotte collegialmente (sul modello di una “consensus conference” diffusa);
- *stimolo alla soggettività* autovalutativa degli operatori (finora meno esplorata, a differenza della soggettività dei cittadini e degli utenti, analizzata ad es. in programmi nazionali come Passi, Okkio, ecc.). L'OIP può costituire in tal modo una opportunità per costruire una voce politicamente rilevante di tutti gli operatori italiani della prevenzione;
- *originalità* nel richiedere rilevazioni quantitative di aspetti mai prima organicamente indagati (dal turnover dirigenziale di Asl e DP alle dotazioni di risorse strumentali di quest'ultimo, ecc.), e nel prevedere ampio spazio per le rilevazioni qualitative (dalla qualità delle relazioni istituzionali del DP a quella della comunicazione esterna e interna, dalla accettabilità sociale degli interventi di prevenzione alla equità sociale che essi riescono a promuovere, ecc.);
- *completezza* nel monitoraggio di tutte le attività preventive di qualsiasi segno e natura (e non solo delle attività principali e più numerabili – vaccinazioni, screening, ecc. – perciò stesso più conosciute e più monitorate);
- *estensività* nel rilevarle, riferendosi a tutti i loro possibili attivatori (DP, Asl o qualsivoglia altro referente istituzionale, sanitario o extrasanitario, pubblico e/o privato) e a tutto il territorio (e non solo alle strette pertinenze operative del DP, perché è evidente come gli interventi di prevenzione non si risolvano tutti al loro interno);
- *contestualizzazione* nel rilevare le attività preventive, non solo “contandole”, ma seguendole lungo tutto il loro iter: rilevando cioè anche le conoscenze epidemiologiche su cui esse si basano (registri, studi ad hoc, ecc.), le *condizioni organizzative* in cui vengono svolte, le modalità della *loro valutazione* (di risultato, di salute, di gradimento).

Primi risultati

Alle tornate di rilevazioni dell'OIP hanno partecipato 23 DP nel 2011, 60 nel 2012, e 89 nel 2015, pari al 61% del totale dei 147 DP attivi al momento della rilevazione (erano il 13% nel 2011 e il 37% nel 2012). Complessivamente, finora hanno contribuito al lavoro dell'OIP 115

diversi DP in totale.

Ogni interpretazione dei risultati dell'OIP va però condotta tenendo ben presente che le medie elaborate rappresentano solo sintesi grezze e non coordinate di dati provenienti da un gruppo eterogeneo di rispondenti – anche se ormai abbastanza numerosi – non selezionati con intenti di rappresentatività statistica ma autoselezionatisi su base volontaria.

Il DP “medio”

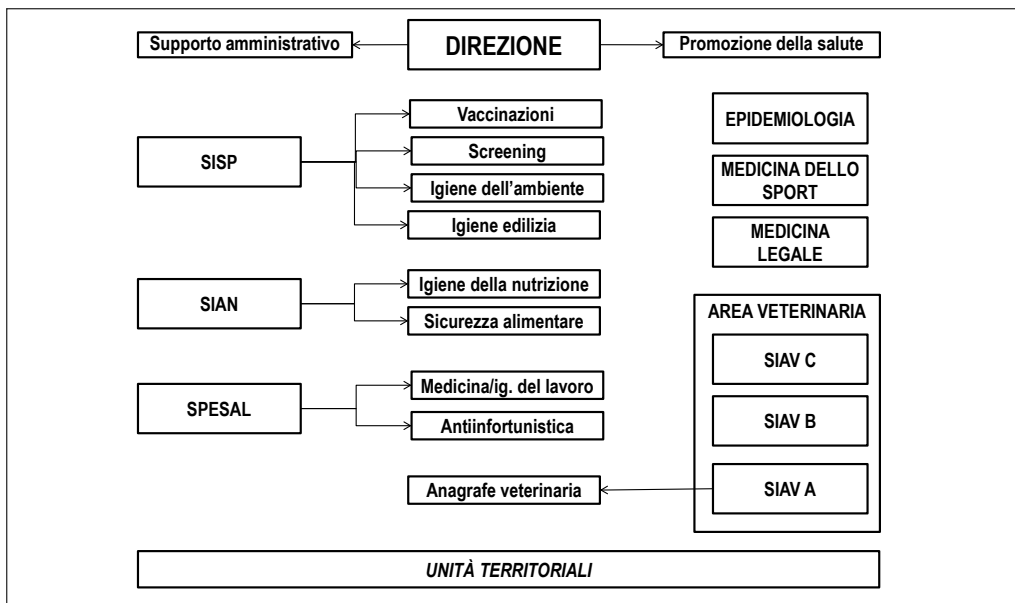
La partecipazione alle rilevazioni dell'OIP 2015 da parte della maggioranza dei DP italiani rende comunque la costruzione di una sorta di “DP medio – per quanto ancora forzata – una ipotesi di lavoro interessante e credibile.

È ben evidente che seppure si avesse – o quando si avrà – a disposizione l'universo statistico complessivo di tutto il territorio nazionale, i dati medi che potrebbero derivarne non costituirebbero di per sé uno *standard*, ma piuttosto una fotografia dell'esistente. Ma disporre di tale fotografia (o anche della fotografia scattata nel 2015 dall'OIP, già forse sufficientemente indicativa) sarebbe peraltro utilissimo; in primo luogo perché l'esistente, per quanto possa apparire strano, ancora non pare completamente conosciuto nemmeno negli stessi DP; ed in secondo luogo perché la conoscenza completa e attendibile di tali dati servirebbe sia a fondare un riferimento appunto per la costruzione di *standard*, non tanto rigidi (per rispettare la variabilità e l'autonomia territoriale) quanto almeno di dotazione minima; sia a poter effettuare incroci di efficienza ed efficacia, calcoli di carichi di lavoro, ecc. Insomma, servirebbe a poter rispondere intanto ai classici quesiti sul *chi - fa che cosa - perché - come - quando - dove - quanto - con quale impiego di risorse - con quali risultati di efficienza, di salute e gradimento*; per poter poi organizzare sempre meglio il lavoro, anche in termini di fissazione di parametri, protocolli, linee guida; come peraltro fortemente richiesto nelle rilevazioni qualitative del 2012 dagli operatori stessi.

Tenendo ben presenti queste considerazioni preliminari, si possono comunque fornire alcune indicazioni di “medietà” desunte dalle risposte dei DP partecipanti nel 2015 alle rilevazioni quantitative dell'OIP. Il DP “medio” è un DP vasto circa 2.200 kmq, con circa 370.000 abitanti e una densità abitativa di 175 abitanti/kmq, e che serve 54 Comuni. Esso si avvale di 17 strutture edilizie (indicizzabili come una ogni 22.500 abitanti o ogni 10 operatori), occupate prevalentemente da Sisp e Servizi Veterinari; è dotato di 38 veicoli (indicizzabili in misura di uno ogni 59 kmq), assegnati prevalentemente a Servizi veterinari e Spesal; ed ha una rete informatica completa. Non possiede però una certificazione-accreditamento regionale, e un sistema di gestione della qualità è presente solo in alcuni Servizi.

È guidato da un Direttore di sesso maschile, medico igienista, sessantenne, in carica da 7 anni; ed è strutturato in sei Servizi più Direzione, più Unità autonome di Epidemiologia, Medicina dello sport e Medicina legale. I tre Servizi veterinari sono organizzati in un'Area funzionale unitaria (figura 1).

Figura 1 - Organigramma “medio”



È dotato di 182 operatori (indicizzabili in ragione di uno ogni 2.300 abitanti o ogni 13 kmq), ultracinquantenni, con un rapporto di lavoro stabile. Essi sono collocati per un terzo nel Sisp e per un quinto nei Servizi veterinari, ed appartengono per tre quarti al ruolo sanitario; nel quale un terzo degli operatori è costituito dai Tdp, e un sesto da assistenti sanitari/infermieri. Nel ruolo tecnico, i laureati sono un quarto del totale.

La Asl in cui è inserito il DP è guidata da un Direttore generale in carica da 3 anni, ha un Recam e una Rss (ma non un Bilancio sociale); partecipa ai programmi Passi e Okkio; ha un registro tumori e uno per le malattie professionali. Essa inserisce le risultanze di tutte queste attività epidemiologiche nella programmazione aziendale e regionale.

Nel quadro dei circa 1.000 interventi segnalati dai DP – che colpiscono per la loro eterogeneità, e spaziano dagli studi e dalla sorveglianza epidemiologica alla redazione di progetti e piani d’azione, dalla formazione alla mediazione linguistica, dalle visite mediche e dall’attività ambulatoriale alla fisioterapia riabilitativa e preventiva, ecc. – le attività prevalenti riguardano vaccinazioni, promozione/educazione alla salute e sicurezza alimentare. Per tali attività il DP indica obiettivi di salute (pur svolgendo poche indagini epidemiologiche pre-intervento) e rileva risultati operativi; mentre ne rileva meno i risultati di salute, e affatto quelli di gradimento. Le vaccinazioni sono effettuate dagli assistenti sanitari, con una copertura intorno al 90%, tranne che per meningococco (80%) papilloma virus (70%) e varicella (55%). Esistono programmi

di richiamo vaccinale attivo, ma non per la varicella.

Il DP accede anche a progetti finanziati dalla Regione e – in minor misura – finanziati da finanziatori istituzionali extra-Regione; ma non accede a progetti con finanziatori commerciali. Questi risultati mettono in rilievo alcuni nodi di riflessione, i principali dei quali riguardano:

- lo sbilanciamento di genere nelle figure dei Direttori (quasi tutti maschi) e la loro età non giovanile, come quella di tutti gli operatori (prevalentemente ultracinquantenni);
- segnali di aumento della quota di operatori con rapporti di lavoro non stabili;
- la mancanza diffusa di certificazione/accreditamento regionale, e di un sistema di gestione della qualità;
- la carenza di progetti con finanziatori esterni o commerciali;
- la carenza di Bilanci sociali nelle Asl di riferimento;
- la scarsità di studi epidemiologici *ad hoc* e di rilevazioni di rischio;
- alcuni livelli non del tutto soddisfacenti nella copertura vaccinale, e nella presenza di programmi di richiamo vaccinale attivo;
- la bassa diffusione delle valutazioni della salute e del gradimento prodotti dagli interventi.

Evidentemente, tali nodi possono essere letti in maniera multivoca. Ad esempio, può non essere del tutto negativa la scarsa presenza di finanziatori commerciali (per i rischi connessi di distorsione nella selezione e progettazione degli interventi); e la valutazione di gradimento ha il massimo valore se viene compiuta senza appiattirsi sulla ricerca di una incongrua *customer satisfaction* aziendalistica, ma operando piuttosto una sorta di “*consapevolizzazione dei consumatori*” nell’analisi e nella discussione della domanda di salute e di prevenzione e delle risposte operative fornite.

Il “comune sentire” degli operatori

Forse ancor più della rappresentazione “media” degli assetti organizzativi dei DP italiani, può risultare interessante il tentativo di costruire una elementare base per un discorso condiviso sulla *soggettività di visione dei diversi DP*, desunta dalle risposte al questionario di valutazione qualitativa sottoposto ai DP nel 2012.

Molte delle consapevolezze emerse nelle rilevazioni OIP erano peraltro già presenti in documenti professionali e acquisizioni scientifiche; se dunque una differenza o un valore aggiunto può esser loro conferito dall’OIP, esso sta nel costituirle non come pareri di esperti o delegati, ma come espressione di una larga base di operatori; e nel tentativo di fondare su di esse la costruzione di un consenso che – se raggiunto – conterrebbe in sé il *plus* dell’essersi formato con un itinerario del tutto trasparente di articolazione collettiva lunga e partecipata.

Primo nodo: integrazione

Nelle risposte al questionario di valutazione la *forte tensione all’integrazione culturale, operativa e in larga parte umana e relazionale* è il primo, il più diffuso e forse il più importante nodo di

riflessione critica. Gli operatori affermano la necessità che il DP esista e che sia uno; che comprenda insieme medici e veterinari, igienisti e medici del lavoro – anzi che tragga una delle sue forze dalla loro integrazione; che non perda nessuno dei suoi settori tradizionali di impegno, ma anzi che integri medicina legale e dello sport, epidemiologia e medicina scolastica, ecc.

Secondo nodo: comunicazione

In tale ottica di indispensabilità dell'integrazione, si manifesta nei DP una diffusa consapevolezza della crucialità assoluta della comunicazione, in tutte le sue accezioni: interpersonale tra colleghi e verso utenti, cittadini e portatori d'interesse, con l'associazionismo e il territorio, tra Servizi Dipartimentali e con tutte le Unità organizzative Asl, con le istituzioni sanitarie territoriali e nazionali, con Università e agenzie formative, con le diverse articolazioni territoriali e funzionali dello Stato.

Inoltre, viene individuato come un grave limite la mancanza – e come una importante risorsa la presenza – di visibilità e riconoscimento dei DP e dei loro dirigenti (che si costruisce soprattutto con strategie comunicative), e di un clima interno collaborativo (che è evidentemente frutto di una buona comunicazione interna).

Peraltro, accanto alle più tradizionali attività di vigilanza e controllo, sembra manifestarsi con grande evidenza nei DP la presenza diffusa di interventi di promozione della salute di varia natura ed argomento, ma che condividono con la formazione, l'educazione alla salute, il *counselling*, l'informazione ai cittadini, l'essere basati sullo strumento comunicazione; e che attraversano trasversalmente la più gran parte delle aree, fino ad evidenziarsi come il metodo di prevenzione non medica probabilmente più usato, e più fortemente segnalato come punto qualificante delle attività.

Terzo nodo: organizzazione

In opposizione alla tendenza, tuttora persistente, a sottovalutare *l'importanza della configurazione organizzativa* del DP rispetto al conseguimento sostanziale di risultati operativi purchessia, da chiunque e comunque prodotti, gli operatori dei DP sottolineano con forza come gli uni rimangano nonostante tutto in larga misura funzione dell'altra.

Essi segnalano come gravi ostacoli al lavoro alcuni assetti organizzativi non accettabili; quali ad esempio la carenza di linee guida e di chiari e stabili riferimenti tecnici e amministrativi, e la mancanza di una pianificazione delle attività, che lasciano spazio ad una burocratizzazione autoreferenziale degli interventi; l'ovvio disorientamento proveniente da un *turn-over* nella dirigenza gestionale e politica delle Asl vorticoso più ancora che accelerato; la frammentazione degli interventi tra diversi referenti e la confusione delle competenze fino a franchi conflitti (da riferirsi anche alla mancata integrazione) e la mancanza di uno sguardo chiaro e unitario sul lavoro; la scarsità di standardizzazioni e protocolli condivisi. Ossia. in una parola, la mancanza di una normazione legislativa e organizzativa di quella integrazione cui sopra si faceva cenno.

Quarto nodo: soggettività autovalutativa

Gli operatori si dichiarano complessivamente fortemente vocati al proprio impegno, fortemente motivati e con buona professionalità; e giudicano gli interventi del DP complessivamente efficaci, efficienti, produttivi in termini di salute; ma non particolarmente promoventi sotto il profilo dell'equità sociale.

La loro sensazione soggettiva segnala peraltro – a fronte di compiti in continuo aumento – la drammatica *diminuzione di risorse*, economiche (strutturali, per la formazione e per l'informattizzazione) e di personale; cui fa fronte una capacità ed una dedizione degli operatori (e una funzione di guida e stimolo dei dirigenti) da essi stessi vista come una risorsa cruciale.

Punti forti, punti deboli, commenti liberi

Infine, tra le più significative segnalazioni inserite dagli operatori nella sezione “punti forti, punti deboli, commenti liberi” del questionario, possono essere ricordati almeno l'auspicio di maggiore *integrazione* con le pubbliche amministrazioni e i Distretti e gli ospedali, la necessità di garantirsi un contesto di *visibilità politica*, la denuncia della *burocratizzazione* e delle sue lungaggini, la necessità di sollecitare la *partecipazione* e il sostegno dei cittadini e di migliorare la *comunicazione*, in particolare esterna, e la necessità di incrementare la *formazione continua/aggiornamento*.

Conclusioni: la sfida della comunicazione e del consenso

Il lavoro dell'OIP sembra particolarmente utile, se si considera della mancanza a livello di Ssn di una “anagrafe” istituzionale della prevenzione italiana, di modalità di *governance* condivise al suo interno, di modelli organizzativi comuni, di momenti stabili di confronto; tutte carenze che l'OIP cerca di contribuire a sanare. E, nei Dipartimenti, l'OIP contribuisce a far avanzare una conoscenza su se stessi che talora non è completa, e che può essere utile per fondare su di essa una programmazione sempre più precisa delle attività preventive.

Ma, al di là dei suoi risultati conoscitivi, l'OIP vuol permettere, attraverso la rilevazione dell'esistente, la configurazione di un modello di sintesi a livello nazionale di organizzazione dipartimentale; e non di un modello purchessia, ma di un modello che sia dotato piuttosto di alcune irrinunciabili caratteristiche di fondo.

Un modello che sia rispettoso delle diversità locali, ma che con un approccio organizzativo forte e una connotazione normativa chiara ed unitaria rilanci il ruolo nazionale del DP come incarnazione visibile della prevenzione e delle sue esigenze; un DP che con la sua stessa esistenza – e verrebbe da dire con la sua stessa denominazione – riaffermi la centralità e la crucialità della prevenzione nel sistema sanitario, come fortemente voluto nel nostro Paese fin dall'istituzione del SSN, e come oggi fortemente richiesto dagli operatori.

Un DP chiaramente orientato, e che chiaramente orienti; all'interno del quale non si risolve,

ovviamente, tutto il panorama degli interventi preventivi possibili, che richiedono modernamente la discesa in campo dei referenti più diversi e delle professionalità più eterogenee; ma che di tale panorama abbia la responsabilità sia di disegnare la mappa, sia – per seguitare nella metafora – di orizzontare al suo interno i viaggiatori.

Un DP che valga a non lasciare la prevenzione solo come funzione residua o occasionale assolta dalle più varie strutture, sanitarie e non – dalle Università della terza età e del tempo disponibile ai Comuni, Enti Locali e Municipi; dalle Associazioni di volontariato alle Unità operative ospedaliere; dagli OER alle istituzioni scolastiche, e via dicendo⁴ – per le quali essa costituisca una ricaduta quasi accessoria di altre attività statutariamente fondanti; ma un DP che viceversa delle attività di queste ed altre strutture sappia stimolare, coordinare e finalizzare le valenze preventive.

Quello dell'OIP non è un lavoro sperimentale che tenda a convalidare o disconfermare delle tesi, quanto una descrizione di uno stato di fatto; non è un lavoro accademico di ricerca pura, quanto piuttosto il tentativo di fondare sulla conoscenza della realtà dei DP un forte stimolo al loro miglioramento.

Al di là dunque di ogni possibile valutazione “da ricercatori” sui suoi risultati, lo sforzo dell'OIP si mostrerà davvero produttivo se tali valutazioni potranno essere condivise nella misura più ampia possibile da tutto il mondo della prevenzione italiana, e se su di esse si riusciranno a fondare delle conclusioni, altrettanto condivise, in termini di proposte operative.

Per far questo, occorrerebbe dunque impegnarsi nel massimo sforzo di diffusione dei risultati (anche per garantire un doveroso ritorno dei dati ai loro produttori): la sfida che sta ora davanti all'OIP sembra dunque in primo luogo una *sfida comunicativa*; ed è una sfida che l'OIP condivide con tutta la prevenzione italiana.

Ad esempio, una delle radici della scarsità della spesa per la prevenzione in Italia può essere considerata senz'altro – a fronte delle ben conosciute mancanze di “spettacolarità” degli interventi e ampia latenza temporale dei loro risultati, connaturate alle attività preventive – la carenza di iniziative che portino l'esigenza e i vantaggi della prevenzione all'attenzione della collettività e dei decisori; e che riescano inoltre a determinare un corto circuito virtuoso tra DP e prevenzione, analogo a quello per cui quando si pensa alla terapia viene in mente a tutti l'ospedale.

Occorrerebbe dunque anzitutto far sapere che i DP esistono, cosa fanno, cosa ottengono; quali sono i loro bisogni, quali le loro potenzialità, come si inseriscono nel sistema meritatorio di protezione della salute su cui si fonda l'esistenza stessa di una società civile. E per far ciò occorrerebbe una forte iniziativa comunicativa, che parta dalla formazione (quanti dei neolaureati in Medicina sanno cos'è un Dipartimento di prevenzione – come lavora, quali sono i suoi operatori, quali i suoi obiettivi – altrettanto bene di quanto sappiano le stesse cose di un ospedale?), e prosegua ad esempio sia con l'attivazione di Conferenze dei servizi dipartimentali annuali

4. cfr. Bellentani, M., Guglielmi, E. (2013), Progetto Ccm. Indagine conoscitiva sulle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione in Italia, comunicazione, Roma 18 gennaio 2013.

aperte all'opinione pubblica e alle sue aggregazioni istituzionali, politiche, sindacali, civili, da trasformare in rendicontazioni del fatto e progettazioni del da farsi; sia con congressi, convegni e gruppi di studio *ad hoc* costituiti da parte di tutte le società scientifiche che raccolgono operatori delle prevenzione, che potrebbero vertere – come stimolo per la discussione e l'approfondimento – sui risultati dell'OIP. Tale approfondimento potrebbe riguardare ad esempio in primo luogo lo sforzo di fornire elementi certi cui indicizzare il finanziamento dei Dipartimenti (*standard* di dotazioni di personale, di strumenti, di strutture; indicatori di attività e di complessità; indicatori di risultato, ecc.).

Occorrerebbe insomma, con queste o altre iniziative, costruire comunque un sistema di conoscenza – e di sua comunicazione – che non lasci spazio all'impressione che i DP possano essere del tutto autoreferenziali, che possano andare avanti sostanzialmente senza sapere nulla di sé né degli altri DP, che possano lavorare per inerzia o per emergenze subentranti, senza programmazione né valutazione.

Occorrerebbe cioè un complessivo rilancio – sia d'immagine, sia culturale, sia politico – della prevenzione, cui i risultati e le attività dell'OIP possono fornire un contributo rilevante. Anche se l'OIP non è nato con intenti primari di promozione alla salute, esso può esserne infatti un importante strumento nel momento in cui le sue rilevazioni vengano utilizzate per aprire un dibattito territoriale forte, come affermato qui sopra.

E anche per dare una forte spinta a questo dibattito si potrebbe pensare, nella griglia di rilevazione del prossimo anno, ad inserire una sezione di domande sul Dipartimento come agente di equità e contrasto delle disuguaglianze e su alcune sue attività innovative, dalla promozione del capitale sociale alla facilitazione all'accesso ai servizi per soggetti svantaggiati e fasce deboli, dal contrasto della violenza di genere e del cyberbullismo alla gestione delle emergenze migranti.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Bellentani, M. Guglielmi E. [Progetto Ccm. Indagine conoscitiva sulle strutture deputate all'erogazione dei servizi di prevenzione in Italia, comunicazione, Roma 18 gennaio 2013
- Calamo Specchia F. Nuovi strumenti per la Sanità Pubblica italiana. *Care* 2009; 3:31-33.
- Calamo Specchia F. Comunicazione profonda in sanità. Senso, verità, desiderio. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore; 2011.
- Calamo-Specchia F, Bassi M, Nicelli A.L. Osservatorio italiano sulla prevenzione - Oip: cronistoria, risultati, prospettive; Milano: Franco Angeli; 2015
- Bassi M, Calamo-Specchia F, et Al. Rapporto prevenzione 2015 – Nuovi strumenti per una prevenzione efficace. Milano: Franco Angeli; 2015
- Calamo-Specchia F, Nicelli AL, Valsecchi M. Osservatorio italiano sulla prevenzione (OIP): verso una copertura completa del territorio nazionale. In: Cislighi C. et al. a cura di Rapporto prevenzione 2013 – L'economia della prevenzione. Bologna: Il Mulino; 2013
- Cislighi C, Giuliani F. La prevenzione nell'ambito dell'organizzazione della sanità pubblica. In: Boccia A, et al. a cura di Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione Bologna: Il Mulino; 2010.

- Costa G, Gelormino E. I determinanti di malattia e le patologie in Italia: passato, presente e futuro. In: Boccia A, et al. a cura di Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione, Bologna: Il Mulino; 2010.
- Guberti E. a cura di Collegio Operatori della Società italiana di Igiene. Linee guida per i Dipartimenti di prevenzione, <http://www.societaitalianaigiene.org/cms/index.>; 2012
- Lagravinese D, Calamo Specchia F. Costruzione dell'osservatorio. In: Boccia A. et al. a cura di Rapporto prevenzione 2010 – La formazione alla prevenzione. Bologna: Il Mulino; 2010.
- Lagravinese D, Calamo Specchia F. Il ruolo dei professionisti della prevenzione t. In: a cura di Boccia A. et al. Rapporto prevenzione 2010 – La formazione alla prevenzione, Bologna: Il Mulino; 2010.
- Lagravinese D, Calamo Specchia F. Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): precisazioni metodologiche e primi risultati. In: a cura di Boccia A. et al. Rapporto prevenzione 2011 – Le attività di prevenzione, Bologna: Il Mulino; 2011.
- Lagravinese D, Calamo Specchia F. Costruzione dell'osservatorio. In: Boccia A, et al. a cura di: Rapporto prevenzione 2010. La formazione alla prevenzione. Bologna: Il Mulino; 2010.
- Lagravinese D, Calamo-Specchia F. Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): precisazioni metodologiche e primi risultati. In: Boccia A. et al. A cura di Rapporto prevenzione 2011 – Le attività di prevenzione. Bologna: Il Mulino; 2011.
- Lagravinese D, Calamo-Specchia F. Osservatorio italiano sulla prevenzione (Oip): conferme sperimentali e prospettive di stabilizzazione. In: Boccia A. et al. a cura di Rapporto prevenzione 2012 – La governance della prevenzione. Bologna: Il Mulino; 2012.
- Meloni C. L'incerto destino dei Dipartimenti di prevenzione. Igiene e Sanità Pubblica 2011; 67: 53-57.
- Panà A, Muzzi A. È necessario e auspicabile un cambiamento non solo funzionale ma anche istituzionale dei Dipartimenti di prevenzione? Igiene e Sanità Pubblica 2017; 67: 3-8
- Salmaso S, Giovannelli I. Risultati preliminari dell'indagine descrittiva sui servizi che erogano la prevenzione. Progetto CCM – Indagine conoscitiva sulle strutture deputate all'erogazione di servizi di prevenzione in Italia. Tendenze nuove 2014; 2-3: 5-100. www.unive.it/media/allegato/School_SSPP/eventi/2012-13/Salmaso.pdf

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Documenti

Documento finale di Senigallia

Convention Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, 31 marzo 2017

I direttori dei Dipartimenti di Prevenzione (DP) delle Aziende Sanitarie d'Italia, riuniti in Convention a Senigallia (An) il giorno 31 marzo 2017, ribadiscono il ruolo imprescindibile ed infungibile dei Dipartimenti di Prevenzione per la tutela della salute e la promozione del benessere dei cittadini e dei lavoratori e per assicurare la piena ed omogenea erogazione delle funzioni, dei servizi e delle prestazioni previsti dal I LEA. La grave e perdurante crisi economica che minaccia direttamente la salute dei cittadini, ha indirettamente contribuito alla progressiva erosione delle risorse destinate al SSN e in particolare alla prevenzione.

Permangono importanti criticità e aspetti irrisolti che ostacolano un'affermazione sufficientemente omogenea nel paese della prevenzione collettiva. Da un lato si pone la questione delle disuguaglianze, dell'emarginazione di milioni di persone (questione ovviamente planetaria), della salute che non è alla portata di tutti, dell'attesa di vita diversa a seconda del territorio o persino del quartiere in cui si vive, del lavoro che non c'è per tutti, e che comunque vede anche tra i lavoratori profonde e drammatiche differenze di diritti. Dall'altro non si possono sottacere i ritardi nella costruzione di un efficiente ed efficace sistema nazionale della prevenzione, a cui Stato e Regioni dovrebbero concorrere armoniosamente.

In molti dipartimenti e servizi anni di blocco del turn-over hanno comportato il progressivo impoverimento delle dotazioni organiche, spesso scese sotto il livello minimo indispensabile a garantire il completo assolvimento del mandato istituzionale.

La rinuncia, in favore di visioni meramente contabili, a programmare e gestire il necessario ricambio, ha altresì generato vistose ed ingiustificabili disomogeneità delle dotazioni di personale tra Regione e Regione, ma anche tra Azienda e Azienda, con inique e intollerabili disuguaglianze nel livello di erogazione dei servizi, a cominciare dalle vaccinazioni.

Alcune leggi di riordino dei servizi sanitari adottate da varie regioni interferiscono negativamente con i livelli di governo dei Dipartimenti di Prevenzione. Si prospettano o si sono già realizzate fusioni tra aziende sanitarie con la conseguenza di creare DP talora di dimensioni tali da ostacolare la funzionalità del sistema.

Il progressivo allontanamento dal (o aumento delle dimensioni del) territorio può attenuare il rapporto con le amministrazioni locali ed in particolare con i sindaci e ne ostacola la stessa ragion d'essere, vale a dire l'integrazione a livello locale dei vari settori della prevenzione al fine di affrontare globalmente e capillarmente i problemi di salute. La stessa funzione di *governance* prevista dal Piano Nazionale della Prevenzione potrebbe risultrne indebolita, per la separazione della direzione strategica dalle interfacce territoriali di riferimento.

Anche su questo aspetto è peraltro in atto un percorso disomogeneo, con la progressiva formazione nelle regioni di ASL che contano quasi due milioni di abitanti a fianco di altre con meno di 200.000.

Sui preoccupanti elementi di contesto sommariamente enunciati si innesta positivamente l'auspicata definizione dei Nuovi LEA, con il DPCM 12 marzo 2017, che rinnovano e ampliano il mandato istituzionale, fornendo una più precisa e puntuale declinazione di attività, funzioni e prestazioni, imponendo ai dipartimenti di prevenzione un ulteriore impegno ed una vera e propria sfida per garantirne piena e omogenea erogazione su tutto l'ambito nazionale.

Pensiamo che a questa iniziativa debba affiancarsi l'avvio di un momento di confronto sulla definizione di standard relativi ai fabbisogni di strutture, tecnologie e personale necessari, di idonee metodologie, di formazione continua.

Accanto alle varie nuove sfide per la prevenzione rappresentate ad esempio dalla diffusione delle malattie croniche degenerative, che richiedono lo sviluppo di nuove strategie d'intervento e l'utilizzo di strumenti e metodi innovativi, rimane, quale importante bagaglio di responsabilità e impegno, la consolidata e sperimentata attività di vigilanza e controllo su importanti e delicati ambiti. Specifiche normative di settore conferiscono infatti ai servizi del Dipartimento di Prevenzione funzione pubblica autoritativa e regolatoria, anche di supporto all'Autorità Giudiziarica. Si ricordano a titolo di esempio i compiti di vigilanza e controllo in materia di sicurezza sul lavoro, le importanti incombenze relative agli aspetti sanitari dell'inquinamento ambientale, le funzioni di autorità competente per la sicurezza alimentare, la vigilanza sulle strutture sanitarie, il controllo in ambito di sanità animale.

Emerge altresì l'esigenza di esplorare nuovi ambiti e nuove modalità di intervento, rafforzando tra l'altro un'efficace comunicazione. Una delle criticità che spesso si manifesta è rappresentata dalla scarsa o quasi assente visibilità all'esterno delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione: da un lato vanno migliorati i siti web ufficiali dei DP nel comunicare programmi, attività, iniziative specifiche, obiettivi raggiunti, nuovi obiettivi emergenti, dati quantificati di outcomes nonché valutazioni di economicità indotta dagli interventi (cost- saving), d'altro lato occorre presidiare i social network, spesso sedi di disinformazione sugli opportuni interventi preventivi. La letteratura scientifica e le principali istituzioni di sanità pubblica maggiormente accreditate a livello nazionale e internazionale sono concordi nell'affermare che il potenziamento delle attività di prevenzione rappresenti un ottimo investimento, particolarmente nei momenti di grave crisi economico-finanziaria. Vadunque ripensata una deriva accentratrice, comprensibile

per le funzioni amministrative di supporto ma in contrasto clamoroso con l'operatività quotidiana dei DP, mentre è del tutto auspicabile l'attuazione di un centro regolatore e di indirizzo e coordinamento, che concorra al definitivo decollo di un Sistema nazionale basato su funzioni, compiti e congruità di risorse in tutti i territori.

Problemi di salute vecchi e nuovi, in un mondo ed in una società che sotto vari profili sono in tumultuosa trasformazione, dovrebbero imporre non già un regresso ma al contrario un rilancio delle attività di prevenzione in tutti i settori che afferiscono ai dipartimenti: in termini strategici e di politica sanitaria appare dunque ingiustificata qualunque decisione di non rafforzare, quando non addirittura di indebolire, tali attività.

Emerge pertanto l'esigenza prioritaria di potenziare a livello nazionale e regionale la collaborazione tra le Società scientifiche (SItI, SNOI, SIMeVeP) riunite a Senigallia, con l'elaborazione di una proposta unitaria sui temi di fondo dell'attività di prevenzione (oltre che su parametri e standard di riferimento sulle dimensioni minime e massime dei DP in termini di targets e di territorio, e su standard di strutture, tecnologie e personale necessari ad assicurare i LEA). Una proposta su cui si auspica di poter attivare confronto e dialogo con le istituzioni competenti di livello nazionale e regionale.

Distretto e cure primarie: contesto, criticità, soluzioni

Rapporto sui lavori del gruppo “Distretti e Cure Primarie” al Quinto Congresso Nazionale di Senior Italia “Corte di giustizia popolare per il diritto alla salute”, Rimini, 18-20 novembre 2016

a cura di Luciano Pletti

vicepresidente CARD Italia, Presidente CARD Friuli-Venezia Giulia

Introduzione

In occasione del Quinto Congresso Nazionale di *Senior Italia - Corte di giustizia popolare per il diritto alla salute* – tenutosi a Rimini dal 18 al 20 novembre, il tema del distretto e delle cure primarie è stato al centro dei lavori di un gruppo, a cui hanno preso parte presidenti regionali CARD, medici di medicina generale, infermieri, medici specialisti, medici della prevenzione ed anche un assessore regionale alla sanità (Val d’Aosta). Il gruppo ha lavorato sull’argomento assegnato nel corso di due mezzeggiornate, producendo un elaborato che è stato presentato in sessione plenaria. Il prodotto conclusivo è stato quindi frutto di un intenso e produttivo confronto di esperienze, opinioni e orientamenti culturali fra i presenti, che hanno ben rappresentato la caratteristica multiformità professionale tipica del settore organizzativo del distretto e delle cure primarie. I lavori si sono sviluppati attraverso la scansione dei quattro punti proposti dall’organizzazione del Congresso: 1) gli obiettivi del gruppo di lavoro distretto e cure primarie; 2) il contesto di riferimento; 3) le criticità; 4) le soluzioni.

Gli obiettivi

Il primo obiettivo individuato è *individuare e definire le specificità organizzative e di offerta dell’area distrettuale e dell’ambito dell’assistenza primaria, stabilendo gli elementi comuni di base indispensabili in tutte le regioni d’Italia*. Una delle caratteristiche della sanità territoriale e del distretto, che ne rappresenta ai sensi della legislazione nazionale, la struttura di principale riferimento, è proprio la multiformità delle soluzioni organizzative adottate nelle Regioni per la

configurazione e dotazione dei distretti e del sistema delle cure primarie. Una multiformità che di per sé non costituisce necessariamente una connotazione negativa, ma anzi trova motivazione nella necessità di contestualizzare i modelli organizzativi alle diverse condizioni sociali, demografiche, orografiche ed economiche dei territori del nostro Paese.

Molto spesso essa è, in realtà, il frutto di scelte politiche sanitarie assai difformi in tema di investimento nelle cure primarie e quindi nell'allocazione di risorse e nella conseguente capacità di risposta ai bisogni dei cittadini. L'avvento dei Livelli Essenziali di Assistenza in area distrettuale ripropone il tema dell'equità di accesso alle cure primarie e costituisce un tema da affrontare con urgenza e, giustamente, è posto in primo piano all'attenzione della confederazione delle associazioni degli anziani che sono confluite numerosissime al congresso di Rimini.

Il secondo aspetto inserito fra gli obiettivi dei lavori è stato quello di *riconoscere e indicare le principali criticità per il raggiungimento degli aspetti definiti al punto precedente, indicando le soluzioni da proporre e da sostenere per lo sviluppo di un sistema di assistenza primaria adeguato ai tempi, che possa garantire equità di accesso e di risposta per tutti i cittadini del nostro Paese.*

In sede di avvio dei lavori si è scelto di seguire una logica principalmente orientata su due questioni essenziali, sinteticamente raffigurabili come una sorta di memento da tenere sempre in vista nello sviluppo della discussione: 1) a CHI servono le cure primarie e 2) COME devono funzionare.

A questo punto, per rappresentare la centralità della persona in tutti i suoi aspetti esistenziali per le strategie di intervento delle cure primarie, nella conduzione del gruppo di lavoro si è voluto esemplificare tale chiave di approccio, con tre sintetiche "storie" in cui i protagonisti fossero degli anziani afflitti dalle medesime patologie, ma con prospettive di cura e assistenza decisamente diverse, in quanto legate a diverse condizioni di vita: la storia di Ugo, Anna e Giuseppe. In tutti i casi la vicenda partiva da una caduta accidentale in casa, seguita da un ricovero per frattura di femore e da una dimissione con prescrizione di trattamento riabilitativo. In tutti i casi le persone avevano la stessa età (80 anni) e le medesime comorbidità (fibrillazione atriale cronica in trattamento con anticoagulanti orali, diabete mellito non insulino-trattato).

Le condizioni di vita però erano nettamente diverse. La figura di Ugo era quella di un ingegnere civile, che vive con la moglie 78enne, autosufficiente, in un appartamento di un piano, in centro città. La sua rete familiare è rappresentata da due figli non conviventi, di cui una figlia, insegnante, che vive poco lontano nella stessa città.

Nel caso di Anna invece, si parlava di una persona con un marito anziano gravemente invalido (non autosufficiente) e con un figlio non convivente, disoccupato e tossicodipendente. Una situazione abitativa modesta e disagiata in termini di accessibilità (un appartamento al terzo piano di un condominio).

La terza situazione era esemplificata da Giuseppe, un operaio in pensione, vedovo con due figli, di cui uno all'estero, e una figlia sposata, residente a qualche chilometro di distanza, con una modesta occupazione (operaia) e due bambini a carico. La sistemazione abitativa di Giu-

seppe era sfavorita dal decentramento (casa vecchia in una frazione di una valle). Le tre storie evidenziavano in modo efficace la necessità di un inquadramento complessivo del bisogno di cura e assistenza che, nel caso delle cure primarie, non può prescindere dagli aspetti sociali, economici, relazionali e abitativi.

Partendo da questi esempi è stato quindi naturale il passaggio all'analisi del secondo punto proposto come scansione dei lavori della sessione, alla luce delle due questioni essenziali poste in premessa nell'analisi del sistema delle cure primarie (per CHI? e COME?).

Il contesto di riferimento

Da fonte CARD è stata fatta una ricognizione della situazione italiana, per quanto riguarda i distretti e in particolare l'evoluzione degli ultimi anni, che ha visto nettamente ridimensionato sia il numero delle Aziende Sanitarie sia il numero dei distretti stessi; essa ha permesso di analizzare anche un aspetto molto rilevante delle cure primarie, quello dell'integrazione socio-sanitaria, che è facilitata dalla coincidenza territoriale fra distretti e Ambiti socioassistenziali comunali.

Tale ricognizione, ancorché non completa per alcuni territori, viene sintetizzata nella tabella 1 (vedi pagina seguente).

Passando poi dall'analisi quantitativa a quella qualitativa, si è voluto richiamare l'attenzione sulle due principali caratteristiche funzioni dei distretti: la funzione di committenza e quella di produzione.

La prima intesa quale capacità di attuare il classico ciclo del miglioramento continuo della qualità (ciclo di Deming) (1), dall'interpretazione del bisogno della comunità del territorio di competenza al raccordo con la direzione strategica aziendale e le strutture operative aziendali (territoriali e ospedaliere) per la programmazione dei servizi e degli interventi, fino alla lettura e verifica dei risultati, per poter dare avvio ad un successivo ciclo.

La seconda come capacità di erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari garantendo i livelli essenziali d'assistenza, direttamente o attraverso le organizzazioni dipartimentali. Per porre le basi logiche della successiva tappa dei lavori di analisi delle criticità e di elaborazione delle possibili soluzioni, la definizione del contesto di riferimento, dal punto di vista funzionale, è stata completata dal gruppo di lavoro con l'identificazione di tre aspetti peculiari del lavoro del distretto e del sistema delle cure primarie, inerenti al "COME": l'integrazione, le cure domiciliari e la configurazione a rete.

Integrazione

Un aspetto essenziale, che i tre esempi di Ugo, Anna e Giuseppe, delineati all'avvio dei lavori, hanno efficacemente richiamato, è costituito dalla costante collaborazione fra soggetti istituzionali del territorio per la lettura multidimensionale dei problemi di salute, l'individuazione dei determinanti su cui agire in modo globale, per l'attuazione delle politiche d'intervento, la realizzazione delle azioni e la verifica dei risultati.

Tabella 1- USL, Distretti e Ambiti Sociali dal 2009 al 2017

| REGIONE | ASL attuali* | DISTRETTI Dal 2009 al 2017 | AMBITI SOCIALI E DISTRETTI |
|--------------------------|--------------|--|-------------------------------|
| Piemonte | 13 | 57 → 33 | 57 x 33 |
| Valle d'Aosta | 1 | 04 → 2 | 4 x 2 |
| Lombardia | 15 | 86 → 24 ASST | 86 x 24 |
| Pr. A. Bolzano | 1 | 20 → 4 Comprensori | 20 x 4 |
| Pr. A. Trento | 1 | 13 → 4 | 16 Comunità di valle X 4 |
| Veneto | 9 | 53 → 25 | 53 x 25 |
| Friuli Venezia Giulia | 6 | 20 → = | 20 x 20 |
| Liguria | 5 | 19 → = | 19 x 19 |
| Emilia Romagna | 8 | 38 → 20 | 38 x 38 |
| Toscana | 3 | 34 (21 società della salute + 13 ambiti distrettuali) → 27 nel 2017 | 34 x 27 |
| Umbria | 2 | 12 → = | 12 x 12 |
| Marche | 1 | 23 → 13 | 23 x 13 |
| Lazio | 10 | 55 → 51 | 55 x 51 |
| Abruzzo | 4 | 24 → 25 | 25 x 25 |
| Molise | 1 | 1 → = | 7 x 1 |
| Campania | 7 | 94 → 72 | ? x 72 |
| Puglia | 6 | 47 → 45 | 47 x 45 |
| Basilicata | 2 | 11 → 9 | 11 x 9 |
| Calabria | 5 | 35 → 15 | 33 x 15 |
| Sicilia | 9 | 55 → = | 55 x 55 |
| Sardegna | 1 | 23 → 10 | 23 x 10 |
| Italia | 110 | 711 → 512 | |

*nel 2009: 145

Cure domiciliari

Può essere definito come il “core business” del distretto: la propria abitazione e la famiglia di appartenenza rappresentano il contesto di cura principale, il più importante, più efficace e più sicuro per le persone afflitte da malattie non trasmissibili di lunga durata (croniche).

Sistema a rete

Il distretto e le cure primarie, in quanto presidi di prossimità, aperti e dedicati alla tutela della persone nei suoi normali contesti di vita, non può riferirsi a modelli strutturali di tipo chiuso, localizzati e centralizzati come gli ospedali, ma deve piuttosto configurarsi secondo forme organizzative a rete cioè costituite da punti di contatto (2) per il cittadino, in grado di intercettare i bisogni in modo tempestivo, laddove si manifestano, e di essere in connessione fra loro per facilitare un approccio globale ai problemi di salute e favorire la presa in carico complessiva.

Le criticità

Ripercorrendo i tre aspetti peculiari sopra descritti, la discussione del gruppo si è sviluppata in modo da identificare gli aspetti critici che nelle diverse realtà regionali devono essere prioritariamente affrontati per pervenire a un'organizzazione che garantisca una maggiore equità dell'offerta sull'intero territorio nazionale.

Integrazione

1. Piani di Assistenza Territoriale (PAT), Piani di Zona (PdZ): il sistema di pianificazione distrettuale, in base alla vigente normativa (DLeg 229/99) si sostanzia in queste due forme, che non sempre possiedono una adeguata forza vincolante per le programmazioni di USL e degli Ambiti Socioassistenziali Comunali, finendo molto spesso per rappresentare più che altro documenti di intento su aspetti ritenuti accessori nelle politiche sanitarie locali.
2. Forte differenza di disponibilità di risorse fra sanità e sociale: la componente sociale dell'offerta, anche quando delegata alle Aziende Sanitarie, come avviene in una parte minoritaria delle realtà locali italiane, rimane nettamente sotto finanziata rispetto ai fondi stanziati per i servizi sanitari, quando, invece, la maggior parte degli interventi efficaci a livello territoriale richiederebbero un investimento più consistente per supportare in modo sufficiente i programmi personalizzati di presa in carico delle situazioni complesse, di lungo termine, soprattutto nel settore della disabilità e della non autosufficienza.
3. Differenza di tempistica fra interventi ospedalieri e territoriali: la gestione efficace della continuità delle cure, che rappresenta uno dei pilastri del sistema delle cure primarie, trova troppo spesso ostacoli nelle procedure che governano i Servizi Sociali, non adeguate alla necessaria tempestività della presa in carico integrata, al momento della dimissione dall'ospedale, di situazioni complesse; diverse esperienze condotte localmente, che sono riuscite a garantire a casi selezionati una presa in carico immediata (un pronto intervento sociale) o una precoce intercettazione delle fragilità sommerse (3), hanno evidenziato la concreta possibilità di programmi sociosanitari- integrati attraverso un pacchetto di prestazioni ed attività sanitarie e sociali - di supportare le famiglie e i care giver nella gestione domiciliare di situazioni di alta complessità sanitaria, mentre non è pensabile che le stesse situazioni possano trovare risposta in interventi esclusivamente sanitari (necessità di assistenza al letto del paziente per 24 ore).
4. Difficoltà di integrazione ospedale/territorio nel caso di grandi strutture ospedaliere: la continuità nel passaggio del paziente cronico fra i setting di cura ospedaliero e domiciliare richiede un processo di valutazione, informazione e integrazione definita e governata, che appare di difficile realizzazione nel caso di strutture appartenenti a diverse aziende (ospedaliere e Territoriali), come avviene di regola per i Presidi Ospedalieri di grandi dimensioni, le Cliniche Universitarie, le Strutture nosocomiali di secondo e terzo livello, che fungono da *hub* per un bacino di riferimento molto vasto, necessariamente comprendente più territori

- aziendali se non addirittura più Province o Regioni.
5. Necessità di potenziamento e valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie delle cure primarie; troppo spesso si continua a identificare le cure primarie come una componente monoprofessionale del sistema sanitario, quando l'orientamento scientifico a livello mondiale e le buone pratiche realizzate in diverse realtà locali anche nel nostro Paese mettono in chiaro che uno dei riconosciuti pilastri del sistema della Primary Health Care sia proprio la multiprofessionalità (2) e che soprattutto nell'ambito delle cure domiciliari, diverse professioni assumono una valenza strategica; fra queste, in primis, l'infermiere, che in alcuni Sistemi vede riconosciuto apertamente la funzione di *primary nursing* (4); non va dimenticato il ruolo degli operatori di assistenza, normalmente garantiti dai Servizi Sociali Comunali, e degli assistenti familiari privati che in Italia hanno assunto ormai una dimensione di assoluta rilevanza (le cosiddette "badanti") e rappresentano un caposaldo del nostro welfare; accanto agli infermieri, altre professioni sanitarie stanno esprimendo il loro significativo ruolo nella gestione della long term care, i fisioterapisti, i dietisti.
 6. Difficoltà dell'organizzazione a livello nazionale e regionale relativamente all'inserimento nel sistema delle cure primarie dei MMG e delle nuove forme di aggregazione della medicina generale, con rischio di frammentazione: la definizione di Accordi a livello regionale per la pianificazione del passaggio della medicina generale dall'attuale ancora prevalente organizzazione per singoli studi alle forme più evolute di aggregazione (AFT, medicina di gruppo), fino alle organizzazioni multiprofessionali espresse in diverse realtà regionali, anche se non compiutamente, dalle Unità Complesse di Cure Primarie, dai Centri di Assistenza Primaria e dalle Case della Salute, rappresenta una ragione di accentuata diversificazione anche nell'offerta complessiva per il cittadino, soprattutto in termini qualitativi.
 7. Incompleta diffusione di strumenti informativi integrati (cartella sociosanitaria) e difficoltà derivanti dall'applicazione rigorosa delle norme sulla privacy: il tema del contrasto di diritti di evidente rilievo, quali il diritto del cittadino a una gestione riservata dei dati personali altamente sensibili, come i dati sanitari, e il diritto parimenti cogente di efficiente trasmissione delle informazioni cliniche fra i soggetti chiamati a dare risposta efficace e tempestiva ai problemi di salute della persona, costituisce un terreno di confronto di estremo rilievo fra i professionisti intervenuti a partecipare alla sessione, la cui soluzione richiede il ricorso a competenze di elevato grado, sia nel settore giuridico che in quello tecnico sanitario ed informatico/telematico, ma sicuramente richiede un'attenzione urgente e fondamentale per riuscire a strutturare un sistema in grado di assicurare la risposta adeguata e fortemente integrata, nell'ambito delle prevalenti patologie non trasmissibili di lunga durata e dei problemi multifattoriali ad esse correlate, che rappresentano il centro di interesse delle cure primarie e dei sistemi sociosanitari.

Cure domiciliari

1. Modalità di strutturazione del rapporto con la comunità, con le organizzazioni di volontariato, con il terzo settore, con il privato. Attualmente tutto questo non trova una specifica regolamentazione e questo rischia di non dare il giusto rilievo e formalizzazione all'apporto, spesso determinante, di questi soggetti sempre più attivi e diffusi nelle comunità.
2. Puntare sul capitale umano (5), attraverso lo sviluppo di nuovi profili di competenza di infermieri e fisioterapisti delle cure primarie e di tutte le professioni sanitarie in generale che operano nei servizi territoriali. Sviluppo di nuove competenze degli operatori delle cure primarie. Deve cessare la consuetudine, ancora troppo spesso osservata in diverse realtà, di assegnare ai servizi territoriali operatori a fine carriera, spesso portatori di problematiche varie, privi di competenze e preparazione specifica per poter essere utilmente e rapidamente operativi nell'ambito delle cure primarie. Necessità di formazione specifica per i professionisti delle cure primarie
3. Eccessiva diversificazione della funzione di *care giver* (familiare, badanti, personale privato, organizzazioni private). Attualmente tale funzione è lasciata alla buona volontà dei singoli e all'improvvisazione, ma la rilevanza che essa presenta per l'efficacia del percorso assistenziale e dei livelli di assistenza erogati è tale da non poter più essere sottovalutata e messa in secondo piano. Tali operatori necessitano di una preparazione strutturata a cui i sistemi sociosanitari non possono più sottrarsi.
4. Indifferenziazione delle cure domiciliari in rapporto alla intensità di cure necessarie. Le cure domiciliari stanno sempre di più assumendo una complessità e una diversificazione tale da dover richiedere una qualificazione a seconda delle problematiche prevalenti: dalle cure palliative, alla riabilitazione e al recupero delle funzionalità compromesse dalla malattia; dalla gestione del paziente con demenza a quella del paziente allettato; dal supporto tecnologico per i soggetti gravemente disabili in condizione di autodeterminazione, alla gestione delle situazioni di estrema indigenza e precarietà abitativa associate a patologie gravemente disfunzionali.
5. Rapporto fra l'organizzazione distrettuale e le nuove forme di aggregazione della medicina generale: uno dei temi sempre più all'ordine del giorno, in considerazione dell'incalzante sviluppo delle nuove forme aggregative, che rischiano di realizzare una difformità di offerta anche all'interno dello stesso territorio, qualora non adeguatamente governate (pianificazione e verifica) a livello distrettuale.

Esigenza di coinvolgimento di ulteriori profili professionali (psicologo, educatore, dietista/nutrizionista, farmacista): il sistema delle cure primarie necessita di un approccio multiprofessionale le cui componenti, per la crescente complessità delle problematiche sanitarie che si vanno diffondendo nella popolazione dei paesi sviluppati e in via di sviluppo, devono ricomprendere competenze professionali sempre più diversificate ancorché collegate tra loro e soprattutto alla funzione del medico di medicina generale, che continua a rappresentare il

ruolo di coordinamento delle cure per il singolo assistito. Tra queste sta emergendo l'esigenza del nuovo profilo dello psicologo delle cure primarie (o psicologo di base: vedi <http://www.psicologodibase.org/psicologo-di-base/psicologo-di-base-i-vantaggi-per-il-ssn.html>) che inizia a trovare attuazione sperimentale in diverse realtà regionali e che può offrire un determinante supporto al lavoro del medico di medicina generale.

6. Scarsa disponibilità di cure intermedie (soluzioni residenziali e semiresidenziali) (6), con conseguente inappropriato ed eccessivo ricorso all'ospedalizzazione; eccessiva diversificazione della tipologia di tali strutture nel territorio nazionale: il panorama delle cure intermedie in Italia appare troppo diversificato sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo. Molto spesso tale carenze provoca un inappropriato utilizzo dell'ospedale ("ricoveri sociali") o tempi di degenza superiori a quanto richiesto dalle strette necessità cliniche. In particolare vi è carenza di strutture ad elevata protezione sanitaria per periodi di media durata (15 gg – 1 mese) che possono svolgere utilmente una funzione di "scivolo" per casi particolarmente complessi, alla dimissione dall'ospedale, o possono essere utilizzati per periodo "respiro" in modo da alleggerire temporaneamente l'impegno assistenziale delle famiglie.

Sistemi informativi

1. Difficoltà nella gestione del dato sanitario con criteri di sicurezza (trasferimento del dato sensibile) attraverso strumenti informatici; esistono molti sistemi informativi (forse troppi) non comunicanti fra loro; si verifica troppo spesso la necessità di replicazione dell'inserimento di dati del paziente in carico dai diversi servizi che intervengono nella sua assistenza, con spreco di tempo/risorsa ampiamente evitabile e sottratto ad attività assistenziali.
2. Difficoltà alla comunicazione fra servizi e professionisti determinata dal timore di ripercussioni legali per il rischio di violazione della privacy.
3. Scarsa interconnessione tra flussi informativi di diversi enti e istituzioni (Ministero/Regione/ASL); organizzazione e implementazione degli strumenti di ICT (9) ancora troppo arretrata e parcellare.
4. Assenza di un sistema di indicatori adatti alle attività tipiche dei servizi del distretto e territoriali: attività collegata alla attuazione dei percorsi di *empowerment* dell'assistito e dei *care giver*; i sistemi di rilevazione del volume di attività dell'assistenza primaria è ancora troppo basata su aspetti prestazionali e poco sugli esiti, quando il numero di prestazioni ed accessi non sempre corrisponde direttamente al livello qualitativo dell'attività (importanza ad esempio dell'educazione terapeutica (7), che vale a svezzare il paziente e la sua famiglia dal ricorso ai professionisti e servizi sanitari per attività eseguibili autonomamente, riducendo la medicalizzazione ed elevando la qualità di vita della persona.

Le soluzioni

Alla fase di analisi delle criticità è quindi seguita, per ognuno dei tre aspetti, l'identificazione di alcune possibili soluzioni, da presentare alla platea generale del congresso.

Integrazione

1. Il momento della pianificazione sociosanitaria non può essere scollegato da una definita organizzazione dei rapporti con i diversi soggetti che intervengono (o possono contribuire utilmente) alla realizzazione dell'assistenza socio-sanitaria integrata; non si tratta solo degli organismi istituzionali, quali in primis Aziende Sanitarie (Distretti) e Ambiti Socio-Assistenziali (Comuni), ma anche gli organismi rappresentativi delle comunità, le organizzazioni di volontariato, le associazioni dei malati presenti nei territori, il privato sociale. Tali aspetti che dai convenuti alla sessione sono ritenuti di estrema rilevanza devono trovare una regolamentazione generale che dia loro riconoscibilità e accreditamento, quali soggetti portanti nel complessivo sistema della *integrated primary care* (8), oggi riconosciuta a livello scientifico quale sistema di risposta ottimale per tutta l'area delle malattie e problematiche di lungo termine, che rappresentano di gran lunga il prevalente campo di impegno dei sistemi sociosanitari.
2. Introduzione quale livello socio-assistenziale essenziale, di pacchetti intensivi di presa in carico nelle fasi più critiche della vita delle persone assistite (es. in dimissione ospedaliera), con specifica definizione di parametri minimi di offerta in rapporto alla popolazione servita. Tali prestazioni potrebbero esser svincolare dai criteri di selezione basata su reddito e garantire una risposta pronta in caso di situazione critica (dimissione ospedaliera, decesso di un congiunto) consentendo di mantenere un livello di accudimento sufficiente a gestire a domicilio il malato. Coincidenza territoriale sociale (ambito) sanitario (distretto); risorse certe per sanità e sociale e chiarezza nell'allocazione (chi è responsabile della gestione). Unica pianificazione PAT/PdZ.
3. Introduzione, fra le prestazioni dovute anche a livello ospedaliero, di percorsi di valutazione multidimensionale, di presa in carico anticipata e di gestione della dimissione protetta, attraverso l'identificazione di professionalità, infermieristiche e mediche, specificamente dedicate. La gestione della dimissione deve diventare parte costitutiva del percorso di cura ospedaliero ed elemento da valutare e comprovare in sede di accreditamento della struttura. Diffusione e implementazione dei sistemi di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati (10) e attivazione di apposite centrali operative territoriali (COT), attive sulle 24 ore, per la regia dei percorsi di presa in carico tempestiva dei malati cronici e per il raccordo con le strutture di degenza ospedaliere e socioassistenziali.

Cure domiciliari

1. Riconoscimento, fin dalla fase di programmazione dell'assistenza territoriale, del ruolo delle organizzazioni di volontariato, nei limiti previsti dalla normativa vigente (obbligo di trasparenza pubblica); avvio di percorsi di accreditamento anche delle associazioni e organizzazioni che svolgono attività solidaristiche.
2. Affermazione del ruolo del distretto quale struttura organizzativa nel cui contesto si pia-

- nificano e si garantiscono le cure domiciliari, qualificate per intensità di cura (definito dal piano assistenziale individualizzato elaborato dall'unità di valutazione multiprofessionale distrettuale).
3. Riaffermazione delle competenze specifiche dell'infermiere e delle altre professioni sanitarie assegnate ai servizi distrettuali (psicologo, educatore, dietista/nutrizionista, farmacista), introduzione del profilo di competenze quale criterio di attribuzione dell'incarico. Sviluppo di nuovi profili di competenza degli infermieri e dei fisioterapisti delle cure primarie e di tutte le professioni sanitarie in generale che operano nei servizi territoriali; definizione di percorsi formativi e di correlate competenze specifiche che il professionista delle cure primarie deve possedere per essere assegnato ai servizi territoriali, in relazione alle funzioni affidategli (cure palliative, case manager, *counselor*, operatore di comunità per la promozione della salute). Inserimento di dette figure, con apposite procedure selettive, nei team di assistenza primaria dei distretti e delle organizzazioni multiprofessionali ivi attivate (case della salute, centri di assistenza primaria).
 4. Riconoscimento, valorizzazione e riqualificazione formativa sistematica per i *care giver* (assistenti familiari); cambiamento di prospettiva (da costo ad investimento) politico-amministrativa nel riconoscere come prioritaria la problematica degli anziani soli e degli anziani non autosufficienti.
 5. Ricondurre a livello distrettuale il governo (ciclo della performances ex D.Leg 150/2009) della nuova medicina generale, nelle sue forme di aggregazione, attraverso la strutturazione di organismi paritetici di coordinamento distrettuale (sezione Medicina Generale dell'UCAD, costituita dai coordinatori AFT e dai referenti delle medicine di gruppo) che concorrono alle predisposizioni dei PAT/PdZ e ai percorsi di verifica periodica dei risultati, rispondendone al direttore del distretto.
 6. Definizione a livello nazionale del fabbisogno e della specifica tipologia delle strutture sanitarie intermedie (RSA, ospedali di comunità, ecc.) al fine di uniformare procedure di presa in carico e definizione dei costi. Sviluppo di soluzioni semiresidenziali e residenziali alternative al domicilio (strutture residenziali e semiresidenziali) classificate per tipologia, intensità e complessità della casistica degli ospiti accolti.

Sistemi informativi

1. Impegno a livello politico-amministrativo nazionale per individuare soluzioni che armonizzino il flusso di informazioni su dati sanitari e sociosanitari necessario a tutelare la salute del cittadino in modo efficace ed efficiente, con il diritto alla riservatezza dell'uso dei dati personali sensibili e con garanzia della multidisciplinarietà.
2. Esigenza di organizzare un'infrastruttura informativa sociosanitaria a livello locale (territoriale e ospedaliero) che consenta la gestione del flusso informativo necessario alla presa in carico globale e tempestiva del paziente complesso. Utilizzo della rete per garantire l'accesso

- unificato e la presa in carico nei servizi sociosanitari (11).
3. Regolare e adottare a livello nazionale e regionale, sistemi costantemente collegati che consentano il linkage (interfacciamento); definizione di caratteristiche comuni dei sistemi informativi (piattaforme) utilizzati nel territorio nazionale; definizione di un «minimum data set».
 4. Necessità di implementare l'uso del fascicolo elettronico, consentendo di facilitare la collezione dei dati sanitari allegati alla tessera sanitaria (Tessera Nazionale dei Servizi - TNS).
 5. Necessità di strumenti informativi che siano fortemente orientati alla verifica di risultati e di qualità (monitoraggio degli esiti in rapporto all'investimento di risorse).
 6. Implementazione diffusa della I.C.T. (Information, Communication, Technology) per la tele-assistenza e telemedicina (9), quale supporto all'integrazione sociosanitaria e alla continuità delle cure (12).
 7. Forte investimento sul miglioramento della qualità assistenziale con inserimento nei LEA delle prestazioni di teleassistenza e telemedicina.

BIBLIOGRAFIA

1. UNI EN ISO 9001, Sistemi di gestione per la qualità – requisiti, UNI, Milano, 2001, pag. 6.
2. Starfield B. Primary Care – Balancing Health Needs, Services, and Technology, New York, Oxford University Press: 1998.
3. Pletti L, Pordenon M, Pecini D, Prati M, Telini G, Zanon C, Giolo S. La mappatura della fragilità Un'esperienza di proattiva e sistematica intercettazione dei bisogni assistenziali degli anziani in un distretto della "Bassa Friulana", *Sistema Salute*, 58, 1, 2014: pp. 87-97.
4. Magon. G, Suardi T. Primary nursing. Conoscere e utilizzare il modello, *L'Infermiere*, 2013; 4: 1-178.
5. Ricciardi W, Atella V, Cricelli C, Serra F. La tempesta perfetta – il possibile naufragio del servizio sanitario nazionale: come evitarlo?, Milano: Vita e Pensiero; 2015.
6. Salsi A, Calogero P. Le Cure Intermedie, *Italian Journal of Medicine*, 2010; 4: 57-62.
7. Pletti L, Pordenon M, Pellizzari M, Grassi D. Infermieristica di comunità e di continuità: l'educazione terapeutica del care giver quale strumento di empowerment nel percorso di dimissione, *Sistema Salute*, 57 1 , 2013: pp. 105-113.
8. Collins C, Lewis Hewson D, Munger R, Wade T. *Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care*, New York: Milbank Memorial Fund; 2010.
9. Da Col P, D'Angelantonio M. L'Information Communication Technology (ICT) al servizio dell'empowerment e della qualità dei servizi integrati domiciliari. Quale possibile impatto per i distretti?, *Sistema Salute*, 58, 2, 2014: pp.212-228.
10. Pletti L, Menazzi P, Pordenon M, Vignola F, Covallero S, Rosaro M, Pecini D. Sperimentazione del Punto unitario di accesso nel Distretto Est – Azienda per i servizi sanitari N.5 "Bassa Friulana" in: Individuazione ed implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità, *Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana*, 2011; 59: 97-102.
11. Vignola F, Pletti L, Menazzi P, Covallero S, Rodaro M, Pecini D, Pordenon M. Lo studio della rete quale strumento di governance locale per l'accesso unificato e la presa in carico nei servizi sociosanitari del distretto

- PUA. Tendenze Nuove, 6, 2011: pp. 527-538.
12. Stellato K, Radini D, Pellizzari M, Pordenon M, Pletti L, Humar F, Apuzzo M, Di Lenarda A. New Frontiers of People-Centered Integrated Care for Complex Chronic Disease: Integrated ICT-supported care. *Journal of Palliative Care & Medicine*, 5, 6, 2015: pp. 1-9.

Marco Cremaschini

con la collaborazione di Roberto Moretti,
Marinella Valoti, Giorgio Barbaglio,
Giuseppe M. Masanotti, Roberto Fiandri

Promuovere la salute nei luoghi di lavoro

L'esperienza della Rete WHP Bergamo

Basi teoriche, aspetti operativi, risultati e prospettive di un programma
con oltre cinque anni di esperienza e cento luoghi di lavoro aderenti



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Bergamo



Cultura e Salute Editore *Perugia*



Cultura e Salute Editore Perugia
Cartaceo 20.00€, e-book 5.00€
per informazioni rivistecespes@gmail.com

Finito di stampare nel mese di giugno 2017

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it



