

NOTE

Interventi

Eventi stressanti e psicofarmaci.

Uno studio osservazionale condotto nelle farmacie territoriali della Regione del Veneto

di Paola D’Incau, Monia Donati, Corrado Barbui, Anna Carreri, Jacopo Tubini, Anita Conforti*

Introduzione

Secondo le statistiche nazionali ed internazionali, i disturbi emotivi, come la depressione e l’ansia, sono in continuo aumento e diffusione.

Studi epidemiologici hanno stimato che i disturbi depressivi colpiscono circa il 5-10% della popolazione italiana. La distribuzione percentuale è più ele-

vata al Nord del paese (51.2%) rispetto al Centro (26.2%) ed al Sud (22.6%) (Infrasca, 2007).

Una persona su tre soffre di disturbi mentali; ciò rappresenta un importante problema per la salute pubblica (Duetz, 2003; Hatch, 2007; WHO, 2011). Inoltre, questi disturbi sono più comuni tra la popolazione femminile: l’incidenza di eventi depressivi è circa il doppio rispetto a quella maschile (Nolen-Hoeksema, 2002) e tali eventi si verificano in misura maggiore con l’aumentare dell’età.

Mentre nel secolo scorso la depressione è stata spesso collegata ad eventi del ciclo riproduttivo della donna (Cooperstock, 1976), la medicina moderna si è spostata verso una contestualizzazione socio-culturale della malattia, attribuendo l’origine di tali problematiche ad una condizione di debolezza psicologica della donna, che si traduce in alterazioni a livello del sistema nervoso centrale.

La ragione di quella che può essere definita una “epidemia” della depressione, soprattutto in riferimento alla

* Paola D’Incau, dottore di ricerca in Scienze farmacologiche, Università degli studi di Verona; Monia Donati, assegnista di ricerca in Farmacovigilanza, Università degli studi di Verona; Corrado Barbui, ricercatore e psichiatra, Università degli studi di Verona; Anna Carreri, dottoranda in Sociologia Università di Trento; Jacopo Tubini, medico e specializzando, Università degli studi di Verona; Anita Conforti, ricercatrice in Farmacologia, Università degli studi di Verona.

Corresponding author: Paola D’Incau, pdincau@sfm.univr.it

popolazione femminile, può essere associata a due fattori principali. In primo luogo il contesto sociologico contemporaneo dimostra come i cambiamenti legati al ruolo della donna nella società abbiano portato ad un aumento di eventi stressanti, con conseguente aumento dell'incidenza delle malattie psicosomatiche o psicotrope e maggiore utilizzo di farmaci psicotropi (Cooperstock, 1976; Manninen, 2006). Numerosi studi hanno dimostrato come le donne mostrino una maggiore sensibilità verso lo stress (Manninen, 2006). Diversi fattori di rischio socioeconomici e biologici sono stati proposti per spiegare questa fragilità: le problematiche all'interno della famiglia, tra cui la malattia di un parente stretto, la perdita di una persona cara, la violenza fisica o sessuale, la povertà, la discriminazione, l'atteggiamento cognitivo negativo, l'eccessiva dipendenza dagli altri, i cambiamenti ormonali (Keita, 2007; Howland, 2009).

Secondariamente, come riportato da Horwitz, questa "epidemia" può essere attribuita ad un riadattamento della definizione di disturbo depressivo, che spesso porta a non porre la giusta attenzione nella distinzione tra stato patologico, la depressione intesa come malattia, e condizione emozionale, la tristezza (Horwitz *et al.*, 2009). Le tecniche di prescrizione degli psicotropi obbligano i medici a distogliere il loro sguardo dalle cause psichiche dei disturbi mentali e dai contenuti dei racconti dei pazienti o del loro ambiente, per occuparsi piuttosto del reperimento e del conteggio dei segni. Questi segni hanno la particolarità di poter essere considerati indipendentemente dall'esperienza individuale e dalla storia del paziente: è questo il segreto della medicalizzazione dei disturbi mentali (Pignarre, 2010).

L'approccio medico alla gestione delle emozioni naturali e della tristezza

possono fare a meno dello psichismo (Pignarre, 2010). Ha il vantaggio di fornire un modello dal potenziale considerevole: può essere adottato dai medici generici e può estendersi in modo universale (Pignarre, 2010). Nel senso che può essere applicato ad ogni individuo indipendentemente dal contesto socio culturale ed economico. Attualmente, solo il 15% dei pazienti affetti da depressione è seguito da uno psichiatra e nella maggior parte dei casi la patologia viene diagnosticata e gestita, durante il trattamento, dal medico di medicina generale (Pignarre, 2010).

Inoltre, l'accessibilità alle cure specialistiche, in particolar modo in ambito psichiatrico, è strettamente correlata al livello socio-economico ed allo stile di vita della popolazione (Bucchi *et al.*, 2001). Le donne consultano più frequentemente i medici generali ciò che rende verosimilmente più a rischio di ricevere una prescrizione di psicofarmaci (Hohmann, 1989).

Da questo punto di vista, il sesso femminile può sembrare un fattore di rischio per le disomogeneità socio-economiche: rispetto agli uomini le donne non hanno pari opportunità nella distribuzione delle risorse e dei benefici o nell'accesso ai servizi (WHO, 2004).

Tra tutti i farmaci prescritti in Italia, gli psicofarmaci occupano il terzo posto, sia per spesa che per consumo (Rapporto OSMED, 2008).

Sulla base di queste premesse il Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità ha condotto, su iniziativa della Commissione Pari Opportunità della Regione del Veneto, uno studio osservazionale con l'obiettivo di ampliare la conoscenza sulla relazione tra gli eventi stressanti di vita nelle donne e l'uso dei farmaci ansiolitici ed antidepressivi. Nello specifico, è stata confrontata la frequenza e l'impatto degli eventi di vita stressanti nelle donne a cui sono stati prescritti farmaci ansio-

litici e antidepressivi e nelle donne a cui non sono stati prescritti. È stato descritto il pattern d'uso dei farmaci ansiolitici ed antidepressivi; infine è stata valutata l'associazione tra l'uso di questi psicofarmaci e la presenza di potenziali fattori socio-demografici e di salute.

Lo studio è stato condotto nelle farmacie territoriali. La scelta di questo ambiente di studio è motivata da vari aspetti. Prima di tutto, la letteratura internazionale ha più volte evidenziato come i farmacisti, quali operatori sanitari, sono in una buona posizione per contribuire alla gestione dei disturbi mentali (Bell *et al.*, 2005; Bell *et al.*, 2006; Scheerder *et al.*, 2008). Le farmacie sono geograficamente ben distribuite e di facile accesso, possono offrire un ambiente informale (Lambert, 1996; Scheerder *et al.*, 2009). Allo stesso tempo i farmacisti possono supportare la terapia del paziente fornendo loro informazioni, monitorando e controllando il consumo, migliorando l'aderenza, identificando gli effetti avversi e collaborando con il medico (Scheerder *et al.*, 2009). Sebbene i farmacisti abbiano quindi le potenzialità per migliorare gli esiti sanitari delle persone con disturbi emotivi, solo un numero limitato di indagini li hanno inclusi in attività di ricerca (Black *et al.*, 2009). La maggior parte di questi studi sono stati descrittivi, di natura qualitativa e hanno coinvolto un numero limitato sia di farmacisti che di pazienti (Bell *et al.*, 2006; Finley *et al.*, 2003). A nostra conoscenza, nessuna di queste è stata condotta in Italia.

1. Metodo

Lo studio¹ è stato effettuato nel corso del 2008 in 100 farmacie territoriali della Regione del Veneto da parte di 249 farmacisti. I dati sono stati raccolti nei mesi di maggio e ottobre, poiché i sintomi dei disturbi dell'umore esordiscono prevalentemente in ottobre/novembre, riappaiano in febbraio/marzo e si aggravano in primavera (Howland, 2009). La ricerca è stata promossa nell'ambito di un programma di formazione sul campo dedicato al farmacista e focalizzato sulla salute psico-fisica delle donne, intitolato "*Stili di vita: stato della salute psicofisica delle donne*".

Popolazione studiata

Durante i mesi d'indagine ciascun farmacista territoriale doveva selezionare in modo casuale 1 donna diversa al giorno (di età ≥ 18 anni) per un totale di 48 donne. Di queste, 16 avevano una prescrizione personale di un farmaco ansiolitico e/o antidepressivo, definite "utilizzatrici", mentre 32 si erano recate in farmacia per un qualsiasi motivo ma non per l'acquisto di uno psicofarmaco, e comunque riferivano di non essere in terapia ansiolitica e/o antidepressiva, definite "non-utilizzatrici". Ciascuna donna "utilizzatrice" è stata confrontata per età (± 5 anni) con due donne "non-utilizzatrici". Al momento dell'indagine i farmacisti hanno svolto una breve intervista su alcuni aspetti farmacologici generali (tabella 1). In seguito le donne hanno compilato un questionario contenente una serie di domande relative ad

1. Gli autori ringraziano tutti i membri della Commissione Pari Opportunità della Regione del Veneto, per aver finanziato e sostenuto la ricerca in ogni sua fase, in particolare Simonetta Tregnago, quale presidente della Commissione. Si ringraziano altresì tutti i farmacisti partecipanti per l'assidua collaborazione e l'impegno dimostrato. Inoltre si ringraziano Federfarma e gli Ordini Professionali dei Farmacisti delle province partecipanti per l'appoggio alla ricerca.

Tab. 1 - Gli strumenti dell'indagine: l'intervista condotta dal farmacista e il questionario compilato dalle donne

Intervista del farmacista

Si tratta di un questionario semi-strutturato con domande chiuse (sì/no) suddiviso in due sezioni:

la prima sezione, dedicata solo alle donne "utilizzatrici", riguardava la terapia ansiolitica ed antidepressiva: tipologia di farmaco assunto (per gli antidepressivi – antidepressivi triciclici; MAOI; SSRI; SNRI; per gli ansiolitici – Benzodiazepine, altro –), durata della terapia (da questo momento, da 1-6 mesi, da più di 6 mesi); soddisfazione (sì, no).

la seconda sezione, dedicata sia alle donne "utilizzatrici" che "non-utilizzatrici", comprendeva: un elenco dei possibili farmaci assunti classificati secondo il I livello ATC (Classificazione Anatomica Terapeutica Chimica); se le donne assumevano prodotti erboristici, omeopatici o integratori; se le donne erano conosciute di persona da parte del farmacista, quali consigli aveva dato il farmacista in seguito all'intervista.

Questionario donne

Si tratta di un questionario auto-somministrato dalle donne identico sia per le "utilizzatrici" che per le "non-utilizzatrici", comprendeva:

una serie di domande riguardanti gli aspetti demografici e sociali (zona di provenienza, stato civile, convivenza, occupazione, gravidanza, se seguita da uno psicologo/psichiatra o da un assistente sociale, capacità di svolgere le normali attività quotidiane) e una lista di eventi stressanti estratti e adattati dai seguenti questionari: Life Questionnaire (LEQ) (Prince *et al.*, 1997), Interview for Recent Life Events (IRLE) (Paykel, 1997) e List of Threatening Experiences (LTE) (Brugha *et al.*, 1990). Gli eventi stressanti di vita sono stati classificati in 6 categorie che riguardavano:

Violenza (I categoria): violenza subita da parte di un estraneo; violenza subita da parte di un familiare; un parente stretto ha subito violenza da parte di un estraneo; un parente stretto ha subito violenza da parte di un familiare.

Morte (II categoria): morte di un genitore, figlio/a, marito; morte di un caro amico o un altro parente.

Salute (III categoria): grave malattia o infortunio che ha colpito la donna partecipante; grave malattia o infortunio che ha colpito un parente stretto.

Famiglia e parenti stretti (IV categoria): aborto o figlio nato morto; problemi seri con un caro amico, un vicino di casa o un parente; rottura di un rapporto affettivo duraturo; separazione coniugale.

Aspetti finanziari (V categoria): difficoltà finanziarie; disoccupazione o ricerca con difficoltà del lavoro da più di 1 mese; licenziamento; disagio/discriminazione nel lavoro; difficoltà finanziarie; perdita o furto di qualcosa di importante.

Altro (VI categoria).

Se si presentava l'evento la donna doveva:

- a) barrare la casella corrispondente al mese in cui si era verificato, in un range di 6 mesi precedenti l'intervista oppure oltre i 6 mesi;
 - b) barrare la casella corrispondente al grado d'impatto negativo dell'evento sul proprio stato di benessere classificato in: "molto", "abbastanza", "poco" e "per nulla".
-

aspetti socio-demografici e una lista di eventi stressanti di vita (tabella 1). Queste interviste sono state poi imbucate dalle donne in un contenitore dedicato all'interno di ciascuna farmacia. Alla fine dell'indagine le donne hanno ricevuto una lettera di ringraziamento per la partecipazione al progetto.

Analisi

Per tutte le variabili è stata condotta un'analisi descrittiva. Le donne selezionate come "utilizzatrice" sono state confrontate con le "non-utilizzatrici" sugli eventi di vita stressanti e sui fattori demografici/sociali, attraverso il calcolo dell'odds ratio non aggiustato (OR) con intervallo di confidenza del 95% (IC). È stata condotta la regressione logistica non condizionata per stimare l'associazione tra il rischio di utilizzo di ansiolitici e/o antidepressivi e tutti i fattori potenziali, espresso come odds ratio (OR) aggiustato al valore $p < 0.05$, considerando un intervallo di confidenza del 95% (IC). Tutte le analisi sono state effettuate con il software Epi-Info (versione 3.5.1).

2. Risultati

Caratteristiche della popolazione

Dei 283 farmacisti territoriali che avevano aderito inizialmente 249 (88%) hanno completato tutte le fasi del progetto, arruolando, 11.475 donne, con una media di 46 donne selezionate sia in maggio che in ottobre. Da questo campione sono state escluse 118 donne in quanto non erano stati reperibili (non compilati o mancanti) i loro questionari. Quindi, il campione su cui è stata condotta l'analisi è risultato di 11.357 donne, il 34% ($n = 3.848$) incluse come "utilizzatrici" e il 66% ($n = 7.509$) come "non-utilizzatrici". Il 33% del campione

aveva un'età compresa tra 50-64 anni, il 33% tra 35-49 anni, il 21% maggiore di 65 anni e il 12% inferiore ai 35 anni. Il 66% per cento delle donne proveniva da aree urbane e il 34% da quelle rurali.

Frequenza ed impatto degli eventi di vita stressanti

Nel 90% delle "utilizzatrici" e nel 74% delle "non-utilizzatrici" sono stati riportati uno o più eventi stressanti di vita (OR = 3,19; 95% CI = 2,83-3,60). Delle sei categorie di eventi stressanti riportati nella tabella 2 i più frequenti erano la morte e i problemi con la famiglia e i parenti stretti. All'interno di queste due categorie, la tipologia di eventi più frequenti nelle donne "utilizzatrici" e "non-utilizzatrici" riguardavano la "morte di un parente stretto" (36% delle utilizzatrici e 29% delle non-utilizzatrici; 95% CI 1.36 (1.25-1.48)) e la "grave malattia o infortunio che ha colpito un parente stretto" (25% delle utilizzatrici e 22% delle non-utilizzatrici; 95% CI 1.21 (1.10-1.33)).

Per la maggior parte di questi eventi si è riscontrata un'associazione significativa con la prescrizione dei farmaci ansiolitici e/o antidepressivi. Tutti gli eventi mediamente sono avvenuti oltre 6 mesi prima dell'intervista e, al momento dell'intervista, avevano ancora un impatto negativo sul loro stato di benessere: nel 69% delle donne che assumevano farmaci psicotropi e nel 55% delle donne che non li assumevano è stato considerato "grave".

Pattern d'uso dei farmaci ansiolitici e/o antidepressivi

Tra le donne "utilizzatrici" gli ansiolitici rappresentano gli psicofarmaci maggiormente acquistati. Nello specifico il 48% ($n = 1.839$) di questo gruppo

Tab. 2 - Numero e percentuale della tipologia di eventi stressanti (N = 11.357) e odds ratio non aggiustato (sono state permesse risposte multiple)

Categoria di eventi di vita stressanti	Utilizzatrici (3.848)		Non- utilizzatrici (7.509)		OR (95% IC)
	N	%	N	%	
Violenza	303	8	348	5	1.76 (1.50-2.07)
Morte	1.814	47	3.167	42	1.22 (1.13-1.32)
Salute	919	24	1.102	15	1.82 (1.65-2.01)
Famiglia e parenti stretti	1.922	50	3.008	40	1.49 (1.38-1.62)
Aspetti finanziari	1.186	31	1.905	25	1.31 (1.20-1.43)
Altro	408	11	421	6	2.00 (1.73-2.31)

di donne assumeva solamente ansiolitici, il 33% (n = 1.277) sia ansiolitici che antidepressivi e il 19% (n = 732) solo antidepressivi. Le Benzodiazepine (BDZ) (94%) e gli Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina (SSRI) (57%) erano le molecole più prescritte. La distribuzione delle età variava tra questi tre sottogruppi: mentre nel 34% delle donne che assumevano solo ansiolitici l'età prevalente era di 50-64 anni, nel 36% delle donne che assumevano sia ansiolitici che antidepressivi e nel 41% delle donne che assumevano solo gli antidepressivi l'età prevalente era di 35-49 anni. Sia per gli antidepressivi che per gli ansiolitici le terapie duravano da oltre sei mesi e le donne ne erano soddisfatte.

Fattori di rischio associati all'uso di ansiolitici e/o antidepressivi

Dopo l'analisi di regressione logistica non condizionata, dei 19 eventi di

vita stressanti, 10 sono rimasti associati con l'utilizzo dei farmaci ansiolitici e/o antidepressivi. Ciò è dimostrato dai valori significativi di odds ratio e dagli intervalli di confidenza molto ristretti. Analizzando tutte le variabili demografiche e sociali (tabella 3), tra le donne "utilizzatrici" è stata osservata l'associazione con i seguenti fattori: separazione/divorzio, vivere da sola, vivere con la famiglia o con gli amici, la disoccupazione, essere seguita da uno psicologo/psichiatra, assumere contemporaneamente farmaci per l'apparato gastrointestinale e il metabolismo, per il sistema cardiovascolare ed per il sistema nervoso.

3. Discussione

Sulla base delle nostre conoscenze, questo studio rappresenta uno dei primi esempi di ricerca epidemiologica condotta in Italia nelle farmacie territoriali attraverso un percorso formativo sul campo.

Tab. 3 - Rischio di utilizzo di ansiolitici e/o antidepressivi e fattori socio-demografici e di salute determinata attraverso la regressione logistica non condizionata (OR aggiustato al valore $p < 0.05$ dopo la regressione logistica)

Variabile	Utilizzatrici (3.848)		Non- utilizzatrici (7.509)		OR aggiustato (95% IC)
	N	%	N	%	
Separata/Divorziata	507	13	665	9	1.21 (1.03-1.42)
Da sola	781	20	1.125	15	1.18 (1.01-1.37)
Con altri (familiari o amici)	458	12	773	10	1.29 (1.10-1.52)
Disoccupata	222	6	222	3	1.54 (1.34-1.77)
Seguita da uno psicologo/psichiatra	1.015	26	201	3	2.66 (2.45-2.89)
(A) Farmaci che agiscono sull'apparato gastrointestinale e metabolismo*	724	19	1.142	15	1.09 (1.02-1.17)
(C) Farmaci che agiscono sul sistema cardiovascolare*	1.220	47	1.965	39	1.11 (1.04-1.18)
(N) Farmaci che agiscono sul sistema nervoso*	189	7	118	2	2.00 (1.71-2.35)

* Classificazione secondo il primo livello di ATC (Anatomical Therapeutic Chemical - classification system)

Nel complesso, i dati suggeriscono come la frequenza degli eventi di vita stressanti sia alta ed il loro impatto sullo stato di benessere della donna sia negativo. Questi risultati emergono sia dalle donne che assumono farmaci ansiolitici e/o antidepressivi, sia dalle donne che non li assumono. Ciò è in linea con quanto è stato fino ad oggi riportato dalla letteratura internazionale. Viene infatti sottolineato il profondo impatto negativo degli eventi di vita stressanti, traumi e perdite importanti sullo stato di salute fisica e mentale delle donne (Kendler *et al.*, 2001; Leserman *et al.*, 1998; Ormel *et al.*, 2001).

I fattori sociali sembrano svolgere un ruolo importante nel determinare la salute mentale delle donne (Dentona *et*

al., 1990). La pressione creata dai molteplici ruoli (lavoratrice, madre, moglie, ecc.) associata a fattori quali la solitudine, la povertà, la violenza, colpisce le donne rendendole fragili, frustrate e deboli, insicure di fronte al proprio futuro (Keita, 2007). Ne consegue un indebolimento della loro salute mentale che addirittura può ammalare (The Women's Health Council, 2010; Sandmark, 2007). Le donne, infatti, si sentono in prima linea responsabili della propria famiglia: il rapporto con il marito o convivente, la salute e la tranquillità dei propri figli e dei nonni, la stabilità economica (Keita, 2007). In molti paesi europei inoltre, le donne ricevono un salario ridotto e sono meno coinvolte nei processi decisionali (WHO, 2004).

Attraverso questa indagine è stata osservata un'associazione tra eventi di vita e l'uso dei farmaci ansiolitici e/o antidepressivi. Ciò è particolarmente significativo sia per gli eventi relativi alla sfera affettiva e familiare che per quelli connessi alla sfera economica e lavorativa.

Dai nostri dati appare come vi potrebbe essere una tendenza verso la "medicalizzazione" degli eventi stressanti di vita, che si traduce nella prescrizione di farmaci psicotropi: non è così ovvio che le difficoltà lavorative, economiche o i problemi riguardanti la sicurezza personale possano portare alla prescrizione e all'uso dei farmaci psicotropi (Eurispes, 2001).

Sebbene esista una vasta letteratura sugli eventi stressanti quali fattori di rischio per lo sviluppo della depressione (Brown *et al.*, 1989), pochi e comunque non recenti studi mostrano che: (a) esiste un'associazione tra la prescrizione dei farmaci psicotropi e gli eventi stressanti di vita e (b) che tale associazione è correlata con un maggior impatto negativo sulla salute mentale delle persone.

D'altro canto, essendo uno studio condotto dai farmacisti in un setting di "comunità", non ospedaliero né ambulatoriale, non è stato possibile effettuare una diagnosi formale di depressione e/o ansia e di conseguenza non è possibile esprimere giudizi sull'appropriatezza delle terapie.

Possiamo, però, commentare circa la durata del trattamento: si osserva infatti come le terapie ansiolitiche ed antidepressive sono di fatto molto simili. Per entrambe il periodo di assunzione supera i 6 mesi di trattamento. Nel caso degli ansiolitici ciò è chiaramente in contrasto con le recenti linee guida che suggeriscono un trattamento per un breve periodo (NICE, 2004). È stato inoltre osservato che il 34% delle donne esposte ai farmaci ansiolitici presen-

tavano un'età compresa tra i 50 e i 64 anni e il 30% oltre i 65 anni. L'uso di ansiolitici in età avanzata, così come è stato già documentato in molti altri studi, è associato ad effetti avversi tra cui la sedazione diurna, l'atassia, il rallentamento della performance psicomotoria ed il rischio di frattura dell'anca (Fourrie *et al.*, 2001; Lechevallier *et al.*, 2003; Gleason *et al.*, 1998, Johnell *et al.*, 2007).

I farmaci antidepressivi e ansiolitici più prescritti erano rispettivamente gli SSRI e le BDZ. Gli SSRI sono stati e sono i farmaci più utilizzati nel trattamento della depressione per il loro effetto sul sistema della regolazione della serotonina: la depressione sembrerebbe infatti essere indotta da una carenza di questo neurotrasmettitore (Moynihan *et al.*, 2005). Tuttavia, nell'ambito della medicina specialistica questa teoria è stata ormai ritenuta semplicistica e superata (Moynihan *et al.*, 2005). Solo il 26% delle donne in trattamento con farmaci psicotropi era seguito da una figura specializzata (psichiatra o psicologo).

Come ha riportato Harman, l'aumento del trattamento di salute mentale potrebbe essere dovuto al cambiamento del "locus" di cura, da quello specializzato a quello delle cure primarie; alla disponibilità di SSRI (la maggior parte dei farmaci prescritti nel nostro campione); e alle pressioni di contenimento dei costi (finanziari difficoltà sono state segnalate dal 16% degli utenti donne) (Harman *et al.*, 2002).

A tal proposito non si può evitare di pensare che per l'industria farmaceutica la depressione possa rappresentare un mercato (Pignarre, 2010). In tal senso, la medicalizzazione della psichiatria fornisce una nuova chiave per comprendere come la depressione sia potuta divenire un'epidemia. Essa mostra come si è costituito quel che si può ormai chiamare il complesso medico-industriale (Pignarre, 2010).

Tuttavia, spesso i processi biologici più naturali e normali vengono venduti come malattie da curare con i farmaci; nello stesso tempo, tali campagne promozionali vengono rese ancora più efficaci ricorrendo alla sottile magia della pubblicità (Moynihan *et al.*, 2005).

Analizzando sempre il pattern d'uso dei farmaci ansiolitici ed antidepressivi, è stata osservata una forte associazione con l'utilizzo contemporaneo dei farmaci cardiovascolari e di quelli che agiscono sull'apparato gastrointestinale e sul metabolismo. Ciò è in linea con i dati sul consumo dei farmaci in Italia del 2008 (Rapporto OSMED, 2008). Dalla stessa letteratura (Robert *et al.*, 1998; Gorman, 2007) viene riconosciuta una sostanziale associazione tra la depressione e il rischio di mortalità cardiaca, ma anche tra depressione e deficit cognitivo, aumento del peso, diminuzione della densità ossea, ipertensione e diabete di tipo 2.

Tra i limiti dello studio, oltre alla mancanza di diagnosi di partenza del campione di donne circa lo stato ansioso o depressivo, è possibile annoverare anche l'inevitabile bias di selezione dovuto al reclutamento da parte dei farmacisti ed associato all'auto-compilazione dei questionari.

Conclusioni

Attraverso questo studio si è potuto constatare come il disagio femminile e le problematiche psico-sociali rilevate dalla presenza e dall'impatto di una serie di eventi stressanti di vita sia associato in una certa misura all'uso dei farmaci antidepressivi ed ansiolitici. Tra i vari fattori, la sfera affettiva e familiare incide maggiormente sullo stato di benessere della donna.

Considerando la complessità dell'argomento trattato, è auspicabile che future ricerche vengano promosse per in-

dagare sulle motivazioni dell'utilizzo dei farmaci ansiolitici/antidepressivi in relazione alla manifestazione di eventi di vita stressanti, e l'associazione del loro utilizzo con i cambiamenti psicologici o psico-sociali del paziente.

In questo contesto, la farmacia e il farmacista rappresentano rispettivamente un potenziale "ambiente" e un valido "mediatore" nella promozione della ricerca epidemiologica anche nell'ambito della salute mentale.

Bibliografia di riferimento

- Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (2008). *L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2008 (2008)*. [Online] Available from www.agenziafarmaco.it/allegati/rapporto_osmed_2008.pdf [Accessed 21st January 2011]
- Anecchino C. (2010). Psicofarmaci: a che punto siamo?. *Informazioni sui Farmaci*, 5
- Bell J.S., Whitehead P., Aslani P., Sacker S., Chen T.F. (2006). Design and implementation of an educational partnership between community pharmacists and consumer educators in mental health care. *Am J Pharm Educ*, 70: 1-6
- Bell S., McLachlan A.J., Aslani P., Whitehead P., Chen T.F. (2005). Community pharmacy services to optimize the use of medications for mental illness: a systematic review. *Aust New Zealand Health Policy*, 2: 29-39
- Black E., Murphy A.L., Gardner D.M. (2009). Community pharmacist services for people with mental illnesses: preferences, satisfaction, and stigma. *Psychiatr Serv*, 60: 1123-1127
- Brown G.W., Harris T.O. Depression (1989). In: Brown G. W., Harris T. O. *Life Events and Illness*. London: Guilford Press, 49-93

- Brugha T.S., Cragg D. (1990). The List of Threatening Experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scand*, 82: 77-81
- Bucchi M., Neresini F. (2001). *Sociologia della Salute*. Roma: Carocci
- Cooperstock R. (1976). Psychotropic drug use among women. *Can Med Assoc J*, 115:760-763
- D'Incau P., Gangemi M., Tubini J., Careri A., Vetore L., Conforti A. (2009). La formazione come ricerca nella pratica quotidiana del farmacista. *Dialogo sui Farmaci*, 3: 116-117
- Dentona M., Walters V. (1990). Gender differences in structural and behavioural determinants of health: an analysis of the social production of health. *Soc Sci Med*, 48: 1221-1235
- Eurispes (2010). *Rapporto Italia 2010*. [cited 2010 March 15]. Testo disponibile al sito: www.eurispesitalia.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1095:rapporto-italia-2010&catid=47:rapporto-italia&Itemid=222
- Finley P.R., Crismon M.L., Rush A.J. (2003). Evaluating the impact of pharmacists in mental health: a systematic review. *Pharmacotherapy*, 23: 1634-1644
- Fourrier A., Letenneur L., Dartigues J.F., Moore N., Bégaud B. (2001). Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population. Characteristics of users and factors associated with subsequent use. *Eur J Clin Pharmacol*, 57: 419-425
- Gleason P.P., Schulz R., Smith N.L., Newsom J.T., Kroboth P.D., Kroboth F.J., Psaty B.M. (1998). Correlates and prevalence of benzodiazepine use in community-dwelling elderly. *J Gen Intern Med*, 13: 243-250
- Gorman J.M. (2006). Gender differences in depression and response to psychotropic medication. *Gen Med*, 3: 93-109.
- Harman J.S., Rollman B.L., Hanusa B.H., Lenze E.J., Shear M.K. (2002). Physician office visits of adults for anxiety disorders in the United States, 1985-1998. *J Gen Intern Med*, 17: 165-172
- Hohmann A.A. (1989). Gender Bias in Psychotropic Drug Prescribing in Primary Care. *Medical Care*. 1989, 27: 478-490
- Horwitz V.A., Wakefield C.J. (2009). The medicalization of sadness: how psychiatry transformed a natural emotion into a mental disorder. *Salute e Società*, 2: 49-66
- Howland R.H. (2009). Somatic therapies for seasonal affective disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*, 47: 17-20
- Johnell K., Fastbom J., Rosén M., Leimanis A. (2007). Inappropriate drug use in the elderly: a nationwide register-based study. *Ann Pharmacother*, 41: 1243-1248
- Keita G.P. (2007). Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond. *J Manag Care Pharm*, 13: S12-S5
- Kendler K.S., Thornton L.M., Prescott C.A. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am J Psychiatry*, 158: 587-593
- Infrasca R. (2007). *Donne e depressione. I perché di una sindrome al femminile*. Milano: Bruno Mondadori
- Lambert B.L. (1996). Face and politeness in pharmacist-physician interaction. *Soc Sci Med*, 43: 1189-1198
- Lechevallier N., Fourrier A., Berr C. (2003). Benzodiazepine use in the elderly: the EVA Study. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 51: 317-326
- Leserman J., Zhiming L., Yuming J.B.H., Drossman D.A. (1998). How multiple types of stressors impact on health. *Psychosom Med*, 60: 175-181

- Manninen B.A. (2006). Medicating the mind: a Kantian analysis of overprescribing psychoactive drugs. *J Med Ethics*, 32:100-105
- Moynihan R., Cassels A. (2005). *Farmaci che ammalano e case farmaceutiche che ci trasformano in pazienti*. Modena: Nuovi Mondi Media
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. Dicembre 2004. Testo disponibile al sito: <http://guidance.nice.org.uk/CG22>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression: management of depression in primary and secondary care – NICE guidance*. Dicembre 2004. Testo disponibile al sito: <http://guidance.nice.org.uk/CG23>
- Nolen-Hoeksema S. (2002). *Gender differences in depression*. Handbook of Depression. New York, NY: Guilford Press, 492-509
- Ormel J., Oldehinkel A.J., Brilman E.I. (2001). The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *Am J Psychiatry*, 158: 885-891
- Paykel E.S. (1997). The interview for recent life events. *Psychol Med.*, 27: 301-310
- Pignarre P. (2010). *L'industria della depressione*. Torino: Bollati Borin-ghieri
- Prince M.J., Harwood R.H., Blizard R.A., Thomas A., Mann A.H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. *The Gospel Oak Project VI. Psychol Med*, 27: 323-32
- Rapporto OSMED. *L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto nazionale anno 2008*. Roma 2008. Testo disponibile al sito: www.agenziafarmaco.it/allegati/rapporto_osmed_2008.pdf
- Robert H.F., Wittchen H.U., Pfister H., Lieb R. (2002). Life events and changes in the course of depression in young adults. *Eur Psychiatry*, 17: 241-53
- Sandmark H. (2007). Work and family: associations with long-term sick-listing in Swedish women – a case-control study. *BMC Public Health.*, Oct 11,7: 287
- Scheerder G., De Coster I., Van Audenhove C. (2008). Pharmacists' role in depression care: a survey of attitudes, current practices, and barriers. *Psychiatr Serv.*, 59: 1155-1160
- Scheerder G., De Coster I., Van Audenhove C. (2009). Community pharmacists' attitude toward depression: a pilot study. *Res Social Adm Pharm*, 5: 242-252
- The Women's Health Council. *Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Marzo 2010. Testo disponibile al sito: www.whc.ie/publications/26
- WHO. *Gender and women's mental health*. Testo disponibile al sito: www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/
- World Health Organization, editor. *Improving Access and Use of Psychotropic Medicines*. Ginevra, 2004. Testo disponibile al sito: www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index1.html

Oltre i riduzionismi scientifici sul consumo di droghe

di Alessia Bertolazzi
e Nicola Strizzolo*

Da tempo, il gruppo di ricercatori coordinato dal professor Costantino Cipolla si occupa del fenomeno del consumo di droghe, portando avanti ricerche a metodologia integrata, avvalendosi di tecniche qualitative e quantitative. L'intento è di far emergere non solo le dimensioni dei consumi di sostanze psicoattive, ma altresì i significati simbolici attribuiti a tale pratica, tanto a livello micro-individuale, quanto a livello macro-sociale (Cipolla, 2007a; 2007b; 2007c; 2008; Cipolla, Mori, 2009; Cipolla, Martoni, 2009; Bertolazzi, 2008; Guarino, 2010; Lovaste, Corposanto, 2009).

Non è possibile, difatti, prendere in esame il fenomeno del consumo di droghe legali ed illegali, a prescindere dal più ampio contesto socio-culturale in cui si realizza.

Pertanto, l'articolo di Keyes *et al.*, qui commentato, apparentemente intende portare all'evidenza l'influenza che le norme sociali esercitano sui livelli di consumo, sostenendo che maggiore è il livello di disapprovazione che si verifica entro una certa coorte di nascita, minori saranno i consumi di cannabis. Tuttavia nello studio esaminato possono essere individuate alcune criticità.

A livello metodologico, resta poco chiaro l'effetto della disapprovazione

considerata per il periodo storico, anziché per la coorte di nascita, seppure siano presenti valori statistici significativi per chi ha consumato marijuana nell'ultimo anno (OR 0.87, IC 0.86-0.89, $p < 0.01$) e ci sia una correlazione tra l'effetto di disapprovazione del periodo storico e l'effetto della coorte di nascita (coefficiente di correlazione 0.78). L'analisi multilivello ha come limite intrinseco quello di verificare separatamente gli effetti indipendenti di variabili che invece – come gli stessi autori ammettono – risultano interconnesse.

Inoltre, la scala che misura il livello di disapprovazione presenta alternative piuttosto sbilanciate in favore della disapprovazione (*don't disapprove, disapprove, strongly disapprove*).

Più in generale, gli studi statistici rivolti a sondare l'effetto che norme sociali diffuse all'interno di specifiche coorti di età hanno sui comportamenti possono perdere di vista l'influenza che altri fattori micro e macro contestuali agiscono nei gruppi sociali.

A livello teorico, Keyes *et al.* non citano la letteratura corrente sulla tesi della normalizzazione dell'uso di droga (Parker *et al.*, 2002) e le sue successive rielaborazioni. Da un lato, con normalizzazione si intende che oggi il consumo di alcune droghe si sta diffondendo in ragione di una maggiore accettazione verso tale pratica, tanto a livello individuale, quanto a livello della società globale.

Dall'altro, secondo alcuni studi (MacDonald, Marsh, 2002; Shildrick, 2002) sarebbe più corretto parlare di *normalizzazione differenziata*, in quan-

* Alessia Bertolazzi ha redatto la prima parte dell'articolo; Nicola Strizzolo è autore del secondo paragrafo.

Alessia Bertolazzi è ricercatrice presso la facoltà di Scienze della Comunicazione dell'Università di Macerata, alessia.bertolazzi@unimc.it

Nicola Strizzolo è ricercatore in Sociologia dei processi culturali e comunicativi e professore aggregato presso l'Università degli studi di Udine, nicola.strizzolo@uniud.it

to differenti pattern di consumo si normalizzano all'interno di specifici gruppi di giovani, spesso dipendenti dalle opportunità e dai vincoli strutturali con cui gli attori sociali si confrontano.

Ancora, Pilkington (2006) sostiene che occorre superare l'effetto della "pressione del gruppo dei pari" e considerare l'importanza dei micro contesti culturali e socio-economici in cui si verifica l'uso di droghe. In un altro studio qualitativo condotto da Hunt *et al.*, i consumatori dichiarano di adottare numerose strategie per massimizzare il piacere e ridurre il più possibile i rischi quando decidono di assumere una sostanza psicoattiva. Le persone intervistate si ritengono esperte (*drug-wise*): acquisiscono informazioni e accumulano esperienze sulle proprietà delle droghe e sulle modalità di utilizzo, sia dal gruppo dei pari, sia attraverso altri canali come Internet. Il processo decisionale che porta ad usare determinate sostanze risulta pertanto mediato da aspetti micro e macro-sociali (Hunt *et al.*, 2007).

Tuttavia, anche la tesi della normalizzazione del consumo di droga, considerata su scala globale o circoscritta a realtà subculturali, rischia di cadere in un riduzionismo sociologico al pari della tesi avanzata dallo studio di Keyes *et al.* Sulla supposta influenza delle norme sociali, sia sfavorevoli sia favorevoli al consumo di droghe, non viene proposta alcuna ipotesi sulle origini, né tanto meno sul perché gli orientamenti cambino nel corso del tempo.

Il rischio è quello di assumere i risultati statistici sugli atteggiamenti sociali delle persone come principale parametro di valutazione, senza tenere nel giusto conto fattori che possono intervenire non soltanto nella elaborazione delle norme sociali, ma altresì nel

complesso sistema in cui si inserisce un comportamento come il consumo di droga.

Le nuove frontiere degli studi sul consumo di droga

Risulta, pertanto, assai difficile un confronto del consumo tra coorti di nascita così distanti tra loro, in considerazione dei profondi cambiamenti politici, economici e socio-culturali che hanno interessato le società contemporanee durante il periodo considerato dallo studio di Keyes *et al.*

Si consideri soltanto il caso della diffusione del villaggio globale digitale e l'impatto che tale innovazione ha avuto in relazione al consumo di droga. Pur considerando le tesi più moderate sui cambiamenti dovuti a Internet, non si può non riconoscere che esiste un'ampia possibilità di scambio di informazioni sul consumo, sugli effetti delle sostanze e sull'acquisto delle stesse. «I cannabinoidi sintetici sono la varietà più diffusa di una vasta gamma di droghe che imitano gli effetti delle sostanze illegali (...) In pochissimi anni, grazie a Internet, è nata una complessa catena di approvvigionamento che produce, confeziona e distribuisce in tutto il mondo una quantità smisurata di narcotici. Questa catena si è ritagliata una fetta di mercato delle cosiddette droghe ricreative che oggi vale 121 miliardi di dollari solo in Nordamerica, secondo le stime di Jeffrey A. Miron, professore di economia ad Harvard, e del Cato Institute»¹.

Studi internazionali hanno cercato di approfondire la correlazione tra fruizione della rete e diffusione dell'abuso di stupefacenti tra gli adolescenti (Boyer,

1. Cfr. articolo *Il boom delle droghe sintetiche* di Ben Paynter, da "Bloomberg Businessweek", Stati Uniti, in "Internazionale", 8-14 luglio, n. 905.

Shannon, Hibberd, 2005), facilitata quest'ultima dall'acquisto on line (Katz, 2007; Maxwell, 2004). Altre ricerche hanno valutato possibili riduzioni del danno per mezzo della divulgazione in Internet (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004) e fatto emergere lo scambio di informazioni sull'uso illecito e sulla produzione di droga per il traffico delle stesse sostanze e per l'organizzazione della struttura narcotrafficante².

Vanno, inoltre, considerati i cambiamenti avvenuti nei pattern di consumo delle droghe. Per esempio, la diffusione della poliassunzione, per cui l'avvento di altre droghe può aver modificato pratiche ed aver rimpiazzato l'uso della cannabis. O, ancora, è necessario tenere conto della maggiore o minore disponibilità delle sostanze, che possono incidere sui consumi: si consideri il recente caso dell'aumento della produzione di oppio afgano e di eroina e la sua esportazione, pare in conseguenza all'invasione dell'Afganistan da parte della coalizione³.

Si tratta di elementi di cui non si tiene conto all'interno dello studio esaminato, che non si risolve alfine un problema cruciale (peraltro, segnalato dagli stessi autori): sono le norme sociali che influenzano i modelli di consumo di droghe delle persone o il contrario? Non solo, la domanda appare malposta, ma l'articolo di Keyes *et al.* non affronta la questione, affidandosi nelle conclusioni ad una teoria di impostazione cognitivista piuttosto datata (*ob-*

servational learning theory), a rinforzo dei risultati ottenuti dal modello multilivello di analisi.

Sarebbe forse meglio chiedersi in quale sistema si generino le norme sociali e i comportamenti delle persone. Riduzionismi scientifici di qualunque natura (economici, sociologici, psicologici, neurobiologici) non riconoscono l'esigenza di costruire modelli esplicativi più complessi, dove tutti i livelli interagiscono tra loro, da quello sub molecolare, fino a quello ambientale e sociale.

Bibliografia di riferimento

- Bertolazzi A. (2008). *Sociologia della droga. Un'introduzione*. Milano: FrancoAngeli
- Boyer E.W., Shannon M., Patricia L. (2005). The Internet and Psychoactive Substance Use Among Innovative Drug Users. *Pediatrics*, 115; 302-305 (accessibile all'indirizzo: pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/115/2/302.pdf, ultimo accesso 28.10.2011)
- Cipolla C., a cura di (2007a). Il consumo di sostanze psicoattive oggi, *Salute e Società*, a. VI, suppl. al n. 1
- Cipolla C. (2007b). Come studiare una società di "drogati" e per quali sostanze psicoattive?, *Salute e Società*, a. VI, Suppl. al n. 2: 188-207
- Cipolla C. (2007c). Il consumo di sostanze psicoattive in Europa ed il loro significato per il soggetto fruito-

2. «I gruppi che fanno traffico di droga, utilizzano le ICT in due modi distinti: per migliorare l'efficienza della distribuzione del prodotto attraverso mezzi di comunicazione istantanea e sicura; e per proteggere loro stessi e le loro operazioni illecite dagli organismi preposti all'applicazione delle leggi sulla droga, qualche volta usando tecniche di controspionaggio» (Tradotto dall'autore dell'articolo) (International Narcotics Control Board, 2001, p. 2).

3. Cfr. Lacouture M. *Narco-Terrorism in Afghanistan: Counternarcotics and Counterinsurgency* in "International Affairs review", www.iar-gwu.org/node/39, ultimo accesso 28.11.2011.

- re, *Salute e Società*, a. VI, n. 2: 172-203
- Cipolla C., a cura di. (2008). *La normalità di una droga*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C., Mori L., a cura di (2009). *Le culture e i luoghi delle droghe*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C., Martoni M., a cura di (2009). *Droghe nella notte*. Milano: FrancoAngeli
- Guarino G. (2010). *Alcol e stile giovane. Un'interpretazione sociologica*. Milano: FrancoAngeli
- Hunt G.P., Evans K., Kares F. (2007). Drug Use and Meanings of Risk and Pleasure, *Journal of Youth Studies*, 10, pp. 73-96
- Katz N. (2007). *Safe and Effective Opioid Prescribing in the Internet Age*, atti del convegno "Pain, Opioid, and Addiction: An Urgent Problem for Doctors and Patients Natcher Conference Center National Institutes of Health", 5-6 Marzo 2007 (accessibile all'indirizzo: pediatrics.aappublications.org/cgi/rapidprint/115/2/302.pdf, ultimo accesso 28.10.2011)
- Lacouture M., Narco-Terrorism in Afghanistan: Counternarcotics and Counterinsurgency, *International Affair review*, (accessibile all'indirizzo: www.iar-gwu.org/node/39, ultimo accesso 28.11.2011)
- Lovaste R., Corposanto C., a cura di. (2009) *Uso occasionale e dipendenza da sostanze psicotrope. Pazienti e professionisti a confronto*. Milano: FrancoAngeli
- MacDonald R., Marsh J. (2002). Crossing the rubicon: youth transitions, poverty, drugs and social exclusion, *International Journal of Drug Policy*, 13, pp. 27-38
- Maxwell J.C. (2004). *Patterns of Club Drug Use in the U.S.*, 2004, The Gulf Coast Addiction Technology Transfer Center (accessibile all'indirizzo: www.utexas.edu/research/cswr/gcattc/Trends/ClubDrug-2004-web.pdf, ultimo accesso 28.10.2011)
- Parker H., Williams L., Aldridge J. (2002). The Normalization of "Sensible" Recreational Drug Use, *Sociology*, vol. 36, no. 4, pp. 941-964
- Pilkington H. (2006), Beyond 'peer pressure': Rethinking drug use and 'youth culture', *International Journal of Drug Policy*, 18, pp. 213-224
- Shildrick T. (2002), Young people, illicit drug use and the question of normalization. *Journal of Youth Studies*, 5(1), pp. 35-48
- Strizzolo N. (2009), *Party on line: estensioni dei luoghi della drog@*, in C. Cipolla, L. Mori (a cura di) (2009). *Le culture e i luoghi delle droghe*. Milano: FrancoAngeli
- United Nations Office on Drugs and Crime (2004), *INTERNET using the internet for drug abuse prevention*, Vienna (accessibile all'indirizzo: www.unodc.org/pdf/youthnet/action/message/handbook_internet_english.pdf, ultimo accesso 28.10.2011)

Disapprovazione sociale e uso di marijuana: un commento critico¹

di Luca Mori e Linda Lombi*

Uno stereotipo assai diffuso vuole i sociologi costantemente intenti a scoprire l'acqua calda. È forse per questa ragione che la sociologia ha da sempre rappresentato un terreno di conquista per le discipline che in un modo o nell'altro si sono percepite, per una ragione o per l'altra, affini ad essa. Psichiatri, epidemiologi, psicologi, economisti ed esperti di marketing si sono spesso (e volentieri) avventurati con disinvoltura nella ricerca sociologica, convinti di poterne agilmente maneggiare gli strumenti concettuali. I risultati ottenuti sono sati, a nostro avviso, a dir poco deludenti. Non fa eccezione lo studio di Keyes e colleghi intitolato *Social Norms of Birth of Cohorts and Adolescent Marijuana Use in the United States, 1976-2007* pubblicato nell'Ottobre 2011 da *Addiction*, rivista particolarmente propensa ad ospitare le spensierate escursioni sociologiche da parte di scienziati biomedici.

L'articolo che, accanto alla firma di Katherine Keyes, epidemiologa della Columbia, vede quella di psichiatri,

anestesisti di altri epidemiologi, denuncia sin dalle sue prime battute una certa insensibilità nei confronti della letteratura sociologica. Nell'introduzione, gli autori, in perfetto stile "americano", dichiarano lapidariamente che l'uso di marijuana tra gli adolescenti è stato sempre spiegato a livello individuale, mentre quasi mai sono state tentate interpretazioni del fenomeno a livello collettivo. A nostro avviso si tratta di un'affermazione come minimo imprudente. Data l'estrazione disciplinare degli autori, è assai comprensibile che vi sia tra loro una scarsa conoscenza dell'enorme massa di studi etnografici prodotta, a partire per lo meno dagli anni Sessanta del secolo scorso, sul tema del consumo di marijuana². Tuttavia a stupire seriamente è la totale mancanza nell'articolo (a quanto pare con il placet dei *referees* di *Addiction*) di un confronto con gli studi quantitativi condotti nel Regno Unito dal gruppo di sociologi che ruota attorno alla figura di Howard J. Parker (Parker, Aldridge, Measham, 1998; Parker, Williams e Measham, 2002; Parker, 2005; Aldridge, Measham e Williams, 2011). Questo non solo perché, contrariamente a quanto frettolosamente decretato da Keyes e collaboratori, i lavori di Parker rappresentano un tentativo assai noto e particolarmente riuscito di appropinquare il consumo di marijuana a livello collettivo; non solo, inoltre, perché questi

1. Nel maggio 2011 il Dipartimento Antidroga ha presentato ed elogiato uno studio longitudinale di matrice sociologica volto ad analizzare il legame tra disapprovazione sociale e uso di marijuana tra giovani studenti americani. Dato l'orientamento prevalentemente di natura epidemiologica e medica del Dipartimento, con interesse abbiamo seguito il commento alla ricerca i cui risultati sono stati richiamati a supporto dell'indirizzo politico del Governo in materia di controllo del consumo di sostanze psicotrope.

* Luca Mori è ricercatore in sociologia generale presso l'Università di Verona. luca.mori@univr.it. Linda Lombi è assegnista di ricerca presso l'Università degli studi di Bologna. linda.lombi2@unibo.it

2. In inciso va comunque detto che, in un testo dedicato al rapporto tra norme sociali condivise a livello di coorte generazionale e il consumo di cannabis, un accenno anche minimo ad un classico come *Outsiders* (Becker 2007) non avrebbe affatto stonato.

studi sono basati su rilevazioni longitudinali dal design affine a quello che caratterizza il sondaggio Monitoring the Future (MTF) da cui Keyes e colleghi traggono i loro dati³; ma anche e soprattutto perché le tesi sviluppate da Parker sul finire degli anni '90, e in seguito ampiamente discusse dalla letteratura sociologica internazionale (Duff, 2005; Anttilla e Kuussaari K., 2005; Cheung e Cheung, 2006; Pilkington, 2007), ricalcano sopravanzandole per raffinatezza e per capacità esplicativa quelle proposte da Keynes e colleghi.

Tuttavia, prima di scendere nel dettaglio, sarà meglio riprendere per sommi capi quanto posto in evidenza nello studio in oggetto. Il nocciolo della questione riguarda la centralità dell'appartenenza alla coorte generazionale come fattore predittivo del consumo di cannabinoidi. I soggetti (in questo caso gli studenti) appartenenti a coorti generazionali caratterizzate da una bassa disapprovazione nei confronti di queste sostanze sono più a rischio di sperimentarne il consumo; il contrario può essere detto per coloro che appartengono a coorti dove regna un'alta disapprovazione della cannabis. E tutto ciò a prescindere dal livello individuale di disapprovazione, dalle norme sociali percepite e dalla disponibilità della sostanza. Questo significa che se per esempio aumenta la disponibilità di una droga, ma resta alta la disapprova-

zione sociale entro la coorte generazionale di appartenenza, i consumi di questa sostanza non dovrebbero essere destinati ad aumentare.

Innanzitutto va segnalato che le conclusioni dello studio sono in linea con quanto altre ricerche hanno già da tempo detto e ridetto. Per esempio, alcuni studiosi hanno rilevato come gli attuali trend di riduzione del consumo di tabacco siano associati alla maggiore disapprovazione sociale verso i fumatori (Bayer, Stuber, 2006; Alamar, Stanton, 2006). Per restare sempre nell'ambito degli studi sul tabagismo non si possono non ricordare i lavori condotti Christakis e Fowler (2008) in cui si dimostra chiaramente come lo smettere di fumare sia spesso una scelta profondamente influenzata dalla partecipazione a precise cerchie sociali.

Inoltre, nell'ambito degli studi sulla promozione della salute, l'effetto della disapprovazione sociale sulle azioni individuali è oggetto di ricerche da decenni. Già nei lontani anni Settanta, Fishbein e Azjen (1975) avevano sostenuto, attraverso la nota *Reasoned action theory*, come le azioni siano correlate direttamente alle intenzioni le quali a loro volta dipendono in parte dall'atteggiamento personale verso una data condotta e in parte dalle norme sociali condivise, ovvero dal grado di approvazione/disapprovazione degli altri significativi.

3. Si tratta infatti uno studio anch'esso longitudinale (il *North West England Longitudinal Study*) portato avanti a partire dal 1991 al 1996. La ricerca si è svolta su di un campione di 700 studenti medi del Nordovest inglese intervistati ogni anno (dai 14 ai 18 anni) tramite questionario. Oltre ai questionari, l'indagine ha anche raccolto al quarto anno di svolgimento 86 interviste in profondità e svolto al quinto 8 studi di caso. L'obiettivo era quello di osservare come adolescenti ordinari incontrassero nel corso della loro crescita possibilità di consumo di alcool e stupefacenti e come alcool e stupefacenti s'introducessero nei tradizionali luoghi di *loisir*. In uno studio successivo iniziato nel 1999 (Parker, Williams e Aldrige 2002) i ricercatori ripresero contatti con circa 500 dei casi del campione d'intervistati e proseguirono su di essi la loro ricerca per altri 5 anni. Il risultato è un ritratto processuale della socializzazione alle sostanze e dei motivi che stanno alla base delle scelte di consumo nel ciclo di vita di una popolazione compreso tra i 14 ed i 23 anni.

Tuttavia, questo argomento non pare affatto scevro da problemi. Va infatti ricordato come, contrariamente a quanto sostenuto da Keyes e colleghi, secondo diversi ricercatori la percezione di disponibilità e di diffusione dei consumi rappresenta un fattore in grado di influenzare notevolmente la disapprovazione individuale. Per esempio, nello studio condotto da Perkins e Berkowitz (1986) sul consumo di alcolici tra le popolazioni studentesche, si potuto dimostrare come i giovani studenti siano portati a sovrastimare il consumo di alcolici da parte dei coetanei. Fattore quest'ultimo che non solo li renderebbe più permissivi nei confronti di coloro che bevono alcol, ma parrebbe al contempo spingerli verso un maggior consumo di bevande alcoliche poiché tale condotta verrebbe ad essere percepita come "normale"⁴. Insomma, sebbene lo studio di Keyes e colleghi prenda in considerazione un arco temporale enorme e sia basato su di un'imponente consistenza campionaria, a nostro avviso esso si limita a ribadire – senza problematizzarle – tesi ormai note da tempo, mancando così di far compiere alla discussione progressi apprezzabili.

Un discorso a parte va fatto in merito alla concezione di coorte generazionale avanzata in questo studio. Tagliando fuori più di un secolo e mezzo di dibattito sociologico sulla questione, agli autori dell'articolo bastano un paio di righe per stabilire che «le coorti generazionali possono essere concettualizzate come veri e propri agenti collettivi (...) caratterizzati da attributi che non hanno analoghi a livello individuale» (Keyes *et al.*, 2001). A nostro av-

viso si tratta di un'idea piuttosto naif. Senza stare a scomodare Mannheim e senza scendere nel dettaglio della distinzione tra generazione e coorte generazionale, basti ricordare ciò che gli studi di Parker e colleghi (Parker, Aldridge, Measham, 1998) poco sopra citati hanno da tempo mostrato. A loro avviso, le coorti generazionali possono essere oggi intese come contenitori al cui interno si ritrovano appartenenze culturali estremamente diversificate. Come sa chiunque abbia fatto un minimo di ricerca tra i giovani e gli adolescenti, la cultura giovanile odierna è un universo frastagliatissimo in cui è possibile riscontrare in merito alle sostanze una pleora enorme di posizioni, atteggiamenti, opinioni, ecc. Sostenere che esistano coorti generazionali in cui la disapprovazione verso la marijuana è alta o bassa ci sembra una posizione assai riduttiva, incapace di tenere in considerazione il brulichio di sottoculture presenti al loro interno nonché l'incessante processo di negoziazione sui significati via via attribuiti alle diverse droghe⁵. E tutto ciò risulta una lacuna ancor più grave dato che gli autori si propongono esplicitamente di stimolare con il loro studio l'elaborazione di politiche di prevenzione tarate sulle specifiche esigenze dei diversi segmenti di popolazione giovanile.

Inoltre, sotto il profilo metodologico, traspare dall'articolo una sorta di reificazione delle realtà generazionali. Più chiaramente sembra che la cultura che caratterizza una determinata coorte non solo sia una, ma che sia anche destinata a non cambiare mai. A detta degli stessi autori, gli individui crescono e maturano entro coorti generazionali

4. Sulla questione cfr. anche Perkins (2003).

5. A riguardo rimandiamo al lavoro curato da C. Cipolla e L. Mori (2009), *Le culture e i luoghi della droga*. Si tratta di una raccolta di studi etnografici dove appunto emergono molto chiaramente processi di differenziazione e conflitti tra le svariate rappresentazioni delle sostanze psicoattive che popolano l'universo giovanile.

caratterizzate da certe opinioni nei confronti della cannabis. Che la cultura della coorte possa trasformarsi reagendo a mutamenti di natura storica e sociale è un'idea non contemplata dai nostri. Tant'è che sebbene all'inizio del lavoro Keyes e colleghi affermino che il consumo di marijuana potrebbe variare in seguito a mutamenti nel plesso delle norme sociali, e poco oltre essi ammettano che periodi storici e atteggiamenti generazionali nei confronti delle sostanze rappresentano due elementi difficilmente separabili, non si incontra in tutto il lavoro nessun tentativo di approfondire la questione.

Infine un ultimo commento va riservato ai concetti di approvazione e disapprovazione. Siamo sicuri che queste categorie esauriscano i possibili atteggiamenti nei confronti della sostanza? Siamo certi cioè che approvazione e disapprovazione siano gli unici atteggiamenti da mettere in connessione con un eventuale comportamento di consumo? A nostro avviso certamente no. È per esempio probabile che la maggioranza degli italiani disapprovi l'evasione fiscale, eppure non si può di certo dire che essa rappresenti un comportamento raro. Come già accennato poco sopra la parola chiave qui è quella di normalizzazione (Parker, 2005; Cipolla, 2008). Come è stato efficacemente scritto diverso tempo fa, «in un sistema sociale ad elevata complessità, dove la norma tende a diventare più flessibile e meno rigidamente determinata, l'idea di devianza va incontro ad una perdita di significato derivante dalla polverizzazione dei confini che la separano da quella di normalità» (Neresini e Ranci, 1992: 21) Detta diversamente, in virtù di alcuni contenuti trasmessi dai mass media, in virtù di particolari assetti del mercato degli stupefacenti, e/o ancora in virtù delle trasformazioni incorse nell'offerta del *loisir*, pur disapprovando l'utilizzo di certe sostanze è possi-

bile che gli adolescenti lo considerino come un comportamento normale. Quanto questi processi di normalizzazione incidono sul consumo? Ulteriore questione d'importanza centrale in rapporto al problema della prevenzione che lo studio di Keyes lascia del tutto inesplorata.

Bibliografia di riferimento

- Alamar B., Stanton A.G. (2006). Effect of Increased Social Unacceptability of Cigarette Smoking on Reduction in Cigarette Consumption. *Am J Public Health*, 96: 1359-1363
- Anttila A., Kuussaari K. (2005). The Normalisation of Drug and Alcohol Use in Finnish Youth Magazines. In Lalander P., Salasud M. (2005), a cura di, *Drugs and Youth Culture. Global and Local Expressions*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research
- Bayer R., Stuber J. (2006). Tobacco Control, Stigma and Public Health: Rethinking the Relations, *American Journal of Public Health*, 96(1): 47-50
- Becker H. (2007). *Outsiders. Studi di sociologia della devianza*. Torino: EGA
- Cheung N.W., Cheung Y. W. (2006). Is Hong Kong Experiencing Normalization of Adolescent Drug Use? Some Reflections on the Normalization Thesis. *Substance Use & Misuse*, 41, 14: 1967-1990
- Christakis N.A., Fowler J.H. (2008). The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *New England Journal of Medicine*, 358, 21: 2249-2258
- Cipolla C. (2007a), a cura di. Il consumo di sostanze psicoattive oggi. *Salute e Società*, a. VI, suppl. al n. 1
- Cipolla C. (2008), *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle*

- società occidentali*. Milano: FrancoAngeli
- Cipolla C. e Mori L., a cura di (2009), *Le culture e i loghi della droga*, Milano: FrancoAngeli
- Duff C., a cura di (2005), Party drugs and party people: examining the normalization or recreational drug use in Melbourne, Australia. *International Journal of Drug Policy*, 16: 161-170
- Fishbein M., Ajzen I. (1975), *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Addison-Wesley: Reading, MA
- Keyes K.M., Schulenberg J.E., O'Malley P.M., Johnston L.D., Bachman J.G., Li G., Hasin D. (2011). The social norms of birth cohorts and adolescent marijuana use in the United States, 1976-2007. *Addiction*, Oct., 106(10): 1790-800
- Neresini F., Ranci C. (1992). *Disagio giovanile e politiche sociali*, Roma: NIS
- Parker H. (2005). Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons. *Addiction Research and Theory*, 13, 3: 205-215
- Parker H., Aldrige J., Measham F. (1998). *Illegal Leisure. The Normalisation of Adolescent Drug Use*, London: Routledge
- Parker H., Williams L., Measham F. (2002). The normalisation of sensible recreational drug use, *Sociology*, 36, 4: 941-964
- Perkins H.W., a cura di (2003), *The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse: A Handbook for Educators, Counselors, and Clinicians*, San Francisco: Jossey-Bass
- Perkins H.W., Berkowitz A.D. (1986), Perceiving the Community Norms of Alcohol Use Among Students: Some Research Implications for Campus Alcohol Education Programming, *International Journal of the Addictions*, 21: 961-976

Quali indicatori per valutare l'associazionismo dei medici di medicina generale e pediatri?

di Cleto Corposanto*

Introduzione

Le forme associative della Medicina Generale nel nostro paese sono oramai prossime al trentesimo compleanno: risalgono infatti agli anni '80 i primi, isolati, esperimenti, tutti concentrati nell'Italia settentrionale. Così come, di pari passo, sono sempre degli anni ottanta i primi parziali riconoscimenti legislativi (all'interno degli accordi collettivi nazionali sulle convenzioni) dell'81, dell'84 e quindi del '96.

Ma anche se va rilevato che in quegli accordi vi erano espliciti riferimenti alle forme associative, è solo nel 2000 che le stesse trovano pieno riconoscimento normativo all'interno del DPR 270/2000: con la cosiddetta riforma ter del ministro Bindi, infatti, il medico di medicina generale entra a pieno titolo nell'organizzazione del distretto e l'assistenza primaria trova il riconoscimento

* Cleto Corposanto, Professore Ordinario di Sociologia alla Università Magna Græcia di Catanzaro. cleto.corposanto@unicz.it

to della sua centralità nell'ambito dei suoi rapporti con la medicina specialistica e ospedaliera. Si tratta in buona sostanza di una vera e propria rivoluzione rispetto al ruolo del medico di medicina generale nell'ambito del Sistema sanitario nazionale, che genera ovviamente ricadute importanti anche nell'ambito della medicina in associazione.

Ancora oggi, comunque, a distanza di quasi trent'anni dall'apparire delle prime forme e a quasi dieci dal DPR 270/2000 permangono alcuni dei problemi che hanno caratterizzato questa modalità lavorativa: da un lato quello degli elementi motivazionali (per il miglioramento della professionalità e della qualità del lavoro), dall'altro alcune problematiche di carattere generale come ad esempio la ricerca di strutture adeguate, le spese, i rapporti con i pazienti.

Ricordiamo che qualche anno fa ci siamo direttamente occupati di associazionismo e di rapporti fra pazienti e MMG all'interno della prima, importante ricerca sociologica sui medici di medicina generale in Italia. Fra i molti risultati di quella ricerca (Cipolla C., Corposanto C., 2006) segnaliamo quello che riguarda l'individuazione di tre profili di MMG così come sono scaturiti dall'analisi dei dati: i "disaffezionati" (oltre 41%), caratterizzati da "valutazioni tendenzialmente negative sulla professione e sulle relazioni intrattenute con i pazienti e i colleghi" (Corposanto C. e Molteni L., 2006), che considerano la professione come prevalentemente burocratica, insoddisfacente e faticosa, con rapporti più conflittuali con i pazienti e più problematici con i colleghi, in gran parte convinti che i cambiamenti in atto nelle professioni sanitarie finiranno per rendere conflittuali i loro rapporti con i medici. Da segnalare anche che fra i "disaffezionati" prevalgono MMG che operano nelle regioni meridionali e in quelle del

Nord-Est del nostro paese (Corposanto C., 2009). Gli altri due profili individuati riguardano, appunto, gli "entusiasti" (quasi il 36%), i quali fra l'altro hanno buoni rapporti di scambio professionale con gli altri colleghi, e i "distaccati" (22,7%), i quali esprimono una maggior presa di distanza sia dai pazienti che dai colleghi stessi.

Ma al di là dei tre profili, come è possibile avviare un modello di valutazione della bontà dell'associazionismo dei MMG? Si può in qualche modo monitorare la situazione per verificare attraverso un insieme di strumenti idoneo quale sia, in qualche modo, il "valore aggiunto" che le forse associative forniscono al disegno complessivo dell'assistenza di base? In questo contributo ci occuperemo di fornire una serie di indicazioni che riguardano proprio questa possibilità.

1. La metodologia

Su queste premesse, supportate da un'ampia letteratura scientifica, si è costruito il percorso metodologico: obiettivo principale, lo ricordiamo, quello di costruire un set di indicatori che possano aiutare a valutare la bontà del servizio di medicina generale offerto nelle sue varie forme associative. Si tratta quindi di co-istituire l'insieme di strumenti operativi che possano tradurre in variabili le differenti componenti dalla quali risulta essere composto il concetto di "qualità della prestazione erogata", che è di per sé un concetto multidimensionale e complesso. Bisogna in buona sostanza operare nel senso di dare corpo ad entrambe le funzioni che possono essere previste all'interno di un percorso di valutazione classico: da un lato quella di *accountability*, ossia di rendiconto ai decisori di ciò che hanno fatto gli attuatori, gli esecutivi. Ma oltre a questo, il percorso di valutazione si ca-

ratterizza anche come strumento di crescita di tutti i soggetti coinvolti nelle attività soggette a valutazione: ed è in questa prospettiva, quindi, che possiamo far riferimento alla funzione cosiddetta di *learning*, strettamente connessa sì all'esigenza dei responsabili dei programmi di tenere sotto controllo la loro attuazione, ma anche a quella della necessità di apprendere. È proprio in questa prospettiva che il gruppo di lavoro¹ ha inizialmente usato lo strumento del *brainstorming* per provare a chiarire i confini semantici del proprio lavoro: nel corso di alcuni incontri, si sono quindi chiarite le dimensioni, a livello generale, all'interno delle quali andare ad indagare per la definizione degli indicatori di qualità dell'associazionismo medico.

Il passo successivo è stato quello di allargare le riunioni di *brainstorming* ad una fascia di cittadini interessati – e coinvolti in qualche modo nel discorso da affrontare per la loro appartenenza alle diverse associazioni del volontariato sociosanitario che operano nella provincia di Trento, cosa questa che li rendeva certamente “base di lavoro interessante” – che sono stati inizialmente edotti sulla tematica oggetto di riflessione per mezzo di alcune presentazioni che hanno riguardato in particolare lo svolgimento del servizio di medicina generale alla luce dei contratti vigenti. Questa operazione ha avuto come scopo quello di partire da una base di discussione con un gruppo di “cittadini esperti” (in virtù della loro sensibilità in primis, e poi grazie proprio alla presentazione analitica del problema), una sorta di gruppo di testimoni privilegiati.

Il *brainstorming* con i cittadini esperti aveva come scopo quello di ar-

rivare ad una ipotesi condivisa di “aree tematiche”, di dimensioni attraverso le quali poter indagare sulla qualità delle prestazioni erogate dai Medici di medicina generale e dai Pediatri di libera scelta in forma associativa rispetto ai professionisti che lavorano singolarmente.

Dopo un lavoro fatto inizialmente in gruppo, poi trasferito nelle diverse associazioni prima di essere definitivamente riportato al gruppo di lavoro, si è giunti alla costruzione di uno strumento di rilevazione condiviso, una scheda da compilare, con un duplice obiettivo: da un lato quello di “pesare” l'importanza di alcune innovazioni introdotte dalla medicina in associazione rispetto a quella singola (e naturalmente utilizzando una integrazione metodologica quali-quantitativa a garanzia di un miglior risultato interpretativo), dall'altro quello di raccogliere elementi di criticità vs punti di forza della situazione oggetto di indagine. La scheda somministrata alle associazioni è quella riportata in allegato a questo contributo.

In parallelo, si è operato sul secondo attore fondamentale del progetto, vale a dire i Medici e i Pediatri che oggi lavorano in Trentino in qualche forma associativa. Sulla base di un campionamento che ha tenuto conto di alcune variabili di fondo (tipologia dell'associazione, ambito territoriale coperto, tipologia di pazienti seguiti, radicamento nell'esperienza dell'associazionismo) si sono individuate alcune realtà – otto in totale – che sono state coinvolte nel lavoro per mezzo di altrettante interviste semistrutturate ai responsabili. Nella tabella 1 sono riassunte le informazioni relative alle strutture interessate:

1. Del gruppo di lavoro hanno fatto parte anche Arrigo Andrenacci, Lucia Bombarda, Marina Mastellaro e Adriano Passerini.

Tab. 1 - Associazioni coinvolte nella ricerca

Distretto	Associazione tipologia	N. medici	MMG	PLS
Trento Valle dei laghi (città)	Associazione pediatri	5		5
Giudicarie e Rendena	Rete	3	3	
Trento Valle dei laghi (città)	Gruppo	2		2
Trento Valle dei laghi (cembra)	Associazione periferica complessa	8	8	
Alta Valsugana	Gruppo	4	4	
Alta Valsugana	Gruppo	4	4	
Alto Garda e Ledro	Gruppo	4	4	
Trento Valle dei laghi (città)	Gruppo	5	5	

Le interviste hanno avuto come scopo quello di indagare nelle medesime aree tematiche individuate con i precedenti *braistorming*, con la finalità di evidenziare aree di sovrapposizione (e quindi di concordanza di dimensioni sulle quali poter avviare un discorso valutativo condiviso) fra erogatori e fruitori delle prestazioni sanitarie; oltre, naturalmente, ad aree di discordanza, interessanti indicatori a loro volta di “mancata comprensione” da una parte o dall’altra del servizio erogato/fruito.

Una volta raccolte tutte le schede che sono state compilate dalle diverse associazioni che hanno partecipato alla ricerca, le dimensioni analizzate sono state nuovamente discusse in gruppo per giungere ad una loro definitiva validazione. La restituzione è infatti momento centrale nel processo di valutazione, considerato nella duplice accezione di *accountability* e di *learning* così come prima descritte.

2. I principali risultati

2.1. Il punto di vista dei cittadini

Le schede compilate dalle diverse associazioni del volontariato sociosas-

nitario sono state prima discusse nelle varie sedi associative e poi restituite in forma anonima: in totale sono state 15 le associazioni che hanno partecipato alla fase di costruzione delle scale di priorità relative agli indicatori per valutare l’associazionismo di medici di medicina generale e pediatri.

Le risposte – in una logica qualitativa – sono state di indicazione numerica su una scala di accordo relativo ad alcune affermazioni e hanno comunque lasciato intatta la possibilità di chiarire in modo qualitativo il punteggio assegnato se ve ne fosse stata la necessità.

Gli *item* sottoposti a valutazione da parte degli utenti sono stati suddivisi in quattro macroaree, rispettivamente: la conoscenza del fenomeno, la qualità organizzativa, la qualità della prestazione sanitaria, il rapporto medico/paziente. A ciascuna macroarea fanno riferimento un numero di *item* differenti. L’ambito della conoscenza del fenomeno, ad esempio, è caratterizzato da un’unica affermazione: su scala 1-5 (massimo disaccordo – massimo accordo), ottiene un punteggio medio di 2.2, con un *range*² pari a 4. Un valore me-

2. Il *range* è ottenuto sottraendo il valore minimo attribuito a quello massimo. In una scala 1-5 il valore 4 segnala che sono stati usati entrambi gli estremi degli intervallo possi-

dio basso, quindi, che suggerisce come una campagna informativa più mirata presso la popolazione per far conoscere l'opportunità di scegliere forme associative sia quanto mai opportuna³.

La seconda macroarea indagata è quella relativa al miglioramento della qualità che abbiamo definito organizzativa: appartengono a questo ambito 6 differenti item (orario, telefono, gestione visite, collaboratori, spazi, tempi di attesa). In questo caso gli indici di centralità e variabilità restituiscono una si-

tuazione ben diversa: i punteggi medi di *item* vanno da un accordo minimo pari a 3.6 ad un massimo di 4.2 (cfr tabella 1 riassuntiva) denotando una variabilità ridotta, pari nella fattispecie a 0.6. Il valore medio dell'accordo con gli item proposti in questo caso risulta essere quindi più alto, pari a 3.85 (per inciso, si tratta del valore medio più alto di tutta l'indagine).

Terza macroarea indagata quella relativa al miglioramento della qualità dal punto di vista della prestazione sanita-

Tab. 2 - Valori medi dei punteggi ai diversi item

Macroarea	Item	Punteggio medio	Punteggio medio di area
Conoscenza	Conoscenza	2.2	2.2
Qualità organizzativa	Orario apertura	3.6	
	Risposta telefonica	3.8	
	Gestione visite	3.9	3.85
	Collaboratori in studio	4.0	
	Spazi e confort	3.6	
	Tempi di attesa	4.2	
Qualità della prestazione	Migliori informazioni	3	
	Presa in carico condivisa	3.4	
	Continuità assistenziale	3.5	
	Lavoro integrato	4.1	3.65
	Assistenza dom. integrata	3.5	
	Accesso alle urgenze	4.4	
	Qualità risposta complessiva	3.9	
	Gestione cronicità	3.4	
Rapporto medico/paziente	Rapporto fiduciario	3.0	
	Problemi di privacy	1.5	2.62
	Tempo dedicato al paziente	2.8	
	Contatto con il proprio medico	3.2	
Media generale			3.08

bile, denotando quindi il livello massimo di difformità di opinione al riguardo fra le associazioni che hanno risposto. Lo scarto è, forse, spiegabile con la variegata natura stessa delle associazioni, che presentano livelli di contiguità con i professionisti della salute molto differenti e, per questo, il livello di conoscenza del fenomeno può essere forse molto diverso uno dall'altro.

3. Il dato deve far riflettere in maniera ancora più significativa in considerazione del fatto che scaturisce da un campione di "cittadini informati" e che in ogni caso circa 2/3 dei medici che lavorano nella provincia di Trento lo fa, appunto, utilizzando qualche forma di associazione.

ria *tout court*. La lettura dei valori in questo caso restituisce una situazione che denota ancora qualche elemento di criticità a livello dell'informazione (valore minimo di gruppo, pari a 3) mentre fa registrare un accordo maggiore per quello che riguarda il miglioramento della situazione a livello di regolazione dell'accesso alle urgenze (valore massimo pari a 4.4). Anche in questo caso la media di gruppo risulta essere medio-alta, attestandosi sul valore di 3.65.

Quarta ed ultima macroarea indaga quella forse ritenuta più problematica già a partire dalle prime discussioni in sede plenaria con il gruppo di cittadini esperti, vale a dire il miglioramento (eventuale) della qualità del rapporto medico-paziente nelle associazioni rispetto ai professionisti che operano ancora singolarmente.

In questo caso il punteggio medio dell'area scende a 2.62, frutto di una variazione che oscilla fra 1.5 (valore minimo registrato in assoluto, relativo all'accordo circa il superamento di problemi connessi alla privacy dei cittadini nelle forme associative) e un valore massimo di 3.2 per quello che riguarda il contatto con il proprio medico. Un segnale forte, in questo caso, che fa emergere una situazione nella quale i cittadini sembrano mostrare ancora qualche problema nell'accettare il passaggio alle forme di associazionismo: le perplessità riguardano anche il tempo dedicato dai professionisti ai singoli pazienti (giudicato evidentemente esiguo) e una lettura qualitativa delle risposte in questo caso precisa come sia l'assenza del "care" – più che del "cure" – l'aspetto che preoccupa maggiormente una fascia significativa di cittadini.

Oltre alla valutazione su scala così come appena descritto, alle associazioni è stato chiesto anche di indicare in una apposita tabella – libera da alcuna indicazione al riguardo, e quindi con "parole proprie" – le eventuali criticità

e i punti di forza dell'associazionismo medico rispetto alle prestazioni erogate da professionisti a livello singolo.

Vi è da segnalare in prima battuta che la tabella relativa ai punti di forza contiene in valore assoluto un numero maggiore di segnalazioni; segno questo che i cittadini intravedono alcune delle qualità migliorative complessive che l'associazionismo medico può fornire. In particolare, citiamo in questa sede il miglioramento degli orari di apertura degli ambulatori (più segnalazioni), così come la possibilità di maggior confronto fra professionisti (anche in questo caso segnalazione plurima); ancora, il miglioramento dell'accesso alle urgenze, l'organizzazione generale e i tempi di attesa (tre segnalazioni ciascuna), mentre in ordine sparso vengono citati anche la gestione dei casi complessi, la presenza di collaboratori in studio, una generica migliore gestione dei pazienti, il miglioramento della continuità assistenziale e dell'ADI.

Minore in valore assoluto, come detto, ma con una concentrazione maggiore di risposte il settore che riguarda le criticità. Segnalazioni multiple in questo caso per il problema della violazione della privacy, della poca conoscenza dei pazienti da parte dei medici in associazione, degli spazi non sempre adeguati, della gestione del rapporto con più professionisti e, *last but not least*, del rapporto fiduciario con il proprio medico. Qualche segnalazione infine anche per il timore di tendenza all'accentramento verso i centri maggiori (con conseguente minor servizio nelle vallate) e per la tendenza a non visitare da parte dei medici durante gli appuntamenti con i pazienti.

2.2. Il punto di vista dei medici

Va innanzitutto segnalato che tutte le associazioni contattate in base al di-

segno di campionamento effettuato hanno accettato di buon grado di essere coinvolte nel lavoro di ricerca. Tutti gli incontri si sono svolti presso le strutture dislocate sul territorio provinciale, in modo da prendere visione anche degli spazi e dell'organizzazione delle stesse. Intanto una considerazione di carattere generale: tutti i professionisti intervistati hanno manifestato grande attenzione al problema del lavoro in forma associata, sia quelli che possono oramai vantare una esperienza pluriennale sia coloro i quali vantano una "anzianità" associativa minore.

Per il resto, praticamente tutti gli intervistati hanno convenuto che il diverso modo di organizzare il lavoro rappresenta sicuramente uno dei punti di forza dell'associazionismo:

Gestiamo quattro ambulatori distinti sul territorio, e naturalmente la rete informatica diventa imprescindibile. Valutiamo positivamente anche l'utilizzo di strumenti di comunicazione innovativi, quali ad esempio l'uso dei programmi di messaggiera istantanea per dialogare con i pazienti (intervista n. 1).

Ufficialmente l'orario di apertura dei nostri ambulatori è 8-13/16-19, ma in realtà di finisce con il garantire il servizio praticamente ininterrottamente dalle 7 alle 20 (intervista n. 3).

La presenza di infermieri professionali nei locali dello studio permette di dare risposte immediate ai primi bisogni della gente (intervista n. 4).

Si finisce con il coprire con una organizzazione come la nostra un arco temporale molto più ampio, anche se molti sembrano non accorgersene (intervista n. 5).

Detto brevemente della valorizzazione dell'associazionismo dal punto di vista dell'organizzazione del lavoro, passiamo in rassegna i punti di forza e le criticità di questa modalità organizzativa così come sono emerse, in ordine sparso, dalle interviste con Mmg e Pls.

Una prima notazione riguarda il maggior numero di segnalazioni che riguardano i punti di forza rispetto agli elementi di criticità dell'associazionismo così come risulta dalle opinioni dei professionisti. Per ciascun elemento, inoltre, abbiamo riportato l'ambito specifico con riferimento alle macroaree precedentemente ricordate per quello che riguarda la scheda compilata dalle associazioni (rispettivamente conoscenza, qualità organizzativa, qualità della prestazione, rapporto medico-paziente)⁴.

Va rilevato come gran parte degli aspetti segnalati come "punti di forza" da parte di Mmg e Pls pertengano alla cd "qualità della prestazione": vi è insomma consapevolezza che le forme organizzative nuove abbiano una ricaduta importante sulle prestazioni erogate. E ciò anche se le maggiori criticità sembrano riguardare proprio la macroarea 2, vale a dire quella della qualità organizzativa (appendici sulla quantità di lavoro e sulle problematiche fiscali incluse, se vogliamo). Ultima notazione: la macroarea 4, quella che riguardava i rapporti medico-paziente, che aveva messo in luce a livello numerico le maggiori problematiche per quanto riguarda il punto di vista dei cittadini, non sembra appartenere alle categorie valutative dei professionisti. Tutto ciò deve forse far riflettere sulla necessità di ripensare a questo rapporto anche alla luce delle nuove

4. Più una quinta categoria, altro, che raggruppa le segnalazioni che non rientrano in alcuna delle macroaree precedenti.

forme organizzative per erogare una prestazione che sia allo stesso tempo di qualità ma che soddisfi il paziente anche dal punto di vista del “prendersi cura” oltre che del curare.

Conclusioni

Il lavoro svolto ha messo in luce che esistono certamente aree di convergenza nelle valutazioni della qualità delle prestazioni erogate da Mmg e Pls fra gli stessi soggetti erogatori e cittadini/fruitori, segnalando altresì che il Trentino si conferma territorio idoneo alla sperimentazione di forme di collaborazione fra istituzioni e società civile volte al miglioramento della qualità delle prestazioni erogate⁵. Accanto però alla ovvia considerazione che riguarda una maggiore informazione su aspetti organizzativi che in qualche modo rivoluzionano un rapporto storicamente consolidato specie per le fasce di età più avanzate (che sono fra l'altro quelle che ovviamente fanno un maggiore ricorso alle prestazioni dei medici) va rilevata la “lontananza” di valutazioni circa il complesso rapporto medico-paziente, sia nei suoi aspetti meramente organizzativi che in quelli, più complessi, che riguardano etica, privacy e condizione di ‘naturalzza’ del rapporto stesso.

Su questi aspetti forse si deve intervenire in maniera più decisa al fine di evitare che la scollatura che oggi appare abbastanza evidente possa in ultima analisi minare alle basi un processo che appare viceversa determinato e importante da portare a termine in maniera compiuta.

5. Un esempio per tutti delle collaborazioni che in passato hanno portato a conclusioni molto interessanti: quello della costruzione partecipata della Carta dei servizi dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Per il percorso metodologico si veda Corposanto C., Passerini A. (2004), *La costruzione partecipata della carta dei servizi in sanità*, Milano, FrancoAngeli.

Bibliografia di riferimento

- Baumann Z. (2000). *La solitudine del cittadino globale*. Milano: Feltrinelli
- Cipolla C., Corposanto C., Tousijn W., a cura di (2006). *I medici di medicina generale in Italia*. Milano: FrancoAngeli
- Corposanto C., Passerini A., a cura di (2004), *La costruzione partecipata della carta dei servizi in sanità*. Milano: FrancoAngeli
- Corposanto C., Molteni L. (2006). Il campione dei Medici di medicina generale: le principali caratteristiche in: *I Medici di medicina generale in Italia*. Milano: FrancoAngeli
- Corposanto C. (2009). Health and illness, between culture and territory: on the practice of Medical profession in Italy at the beginning of the third millennium. *IJSA - International Journal of Sociology and Anthropology*, Vol. 1, n. 1.
- Corposanto C., a cura di (2007). *Metodologia e tecniche non intrusive nella ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli
- Corposanto C. (2004). Gli indicatori di qualità dei sistemi sanitari. In: Cipolla C., a cura di, *Manuale di sociologia della salute. Vol. II. Ricerca*. Milano: FrancoAngeli
- Pawson R. (2002). Evidence-based Policy: In Search of a Method. *Evaluation*, Vol. 8: 157-181
- Venneri E. (2007), Indicatori sociali e valutazione. In: Corposanto C., a cura di, *Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari*. Milano: FrancoAngeli