

NOTE

Attualità

LTC e non autosufficienza in Italia: tra definizioni teoriche e prospettive di spendibilità

di Francesca Guarino

Il bisogno di *long term care*¹ – che tradurremo come assistenza di lungo periodo – recitava già nel 2000 un rapporto stilato dall’Oms, «è influenzato da cambiamenti nelle capacità funzionali fisiche, mentali e/o cognitive nel corso della vita di un individuo, a loro volta influenzate dal contesto» [Who 2000: 1]. Tali capacità, viene in seguito puntualizzato, possono essere perse oppure declinare: quando accade che sia inficiata la possibilità di provvedere

a sé e di sé in maniera “uguale a prima”, “come sempre”, e a volte senza alcun preavviso – si pensi agli incidenti stradali o ad una patologia fulminea – o con decorsi più o meno inaspettati, bruschi e drammatici sono gli effetti sia nella vita del soggetto stesso, che della collettività a lui più o meno prossima. Possiamo forse spingerci oltre osservando come la portata di tali fenomeni riguardi sia il “dato” oggettivo, ossia la necessità a cui le nuove condizioni di vita/salute chiedono di ottenere risposta (soluzioni pratiche e concrete), ma rimandi anche a livelli più sfumati o “soft” che comunque non dovrebbero essere sottovalutati nel prefigurare il quadro del nostro discorso. La condizione di non autosufficienza prevede infatti una inevitabile dipendenza che è inversamente proporzionale alla gravità delle condizioni bio-psico-fisiche e pertanto notevoli possono risultare le rielaborazioni dell’identità

1. Il presente articolo si avvale in parte delle riflessioni e delle acquisizioni in sede della ricerca *Prospettive di Long term care per lo scenario italiano. Verso la definizione di un modello LTC in Italia, tra profili di invecchiamento, protezioni socio-sanitarie e contesto di welfare*. Si rimanda pertanto al rapporto completo [Cipolla, Guarino e Maturò 2006] a cui più volte si farà riferimento in questo scritto. Tale rapporto è completo e disponibile on line, al sito della Fondazione Cesar, che ha originariamente commissionato la ricerca e che si ringrazia per la disponibilità accordata ad utilizzarne, in questa sede, alcune parti. Si deve rimandare anche alle note bibliografiche presenti in tale documento, specificando invece che quelle che si trovano a fondo del presente articolo non sono per ragione di spazio, espressione esaustiva di quanto proposto, e dunque presentano i testi più citati e le nuove acquisizioni che, comunque, questo articolo presenta.

stessa della persona che viene coinvolta (nei casi “migliori”, ovvero in cui sia rimasta più o meno integra la sua capacità cognitiva), ma anche, e al contempo, dei “modi” in cui devono essere ripensate le relazioni tra soggetto e suo mondo vitale (esempio maestro, il rapporto con i figli che possono diventare come nuovi genitori per il ruolo di accudimento che si trovano a ricoprire nei confronti di chi, prima, accudiva loro), sino a rimandare più ancora in generale a come una società gestisce e tutela la dignità dei suoi appartenenti nel ciclo della vita e quale rispetto offre ai diversi ruoli sociali via via corrispondenti.

In questo senso, va individuato un discorso più o meno istituzionalizzato e relativo alle situazioni che necessitano una presa in carico di lungo periodo e indirizzato alla tutela eventuale di persone che perdano la propria autosufficienza. Alcuni Paesi europei, dove lo stato sociale a forte definizione pubblica è presente, hanno già da tempo adottato soluzioni a riguardo. Tra tutti, la Germania, che sin dal 1997 ha provveduto affinché la copertura delle spese per la lungo assistenza, e dovute a non autosufficienza, costituisca un elemento sostenuto da politiche di I pilastro, mediante obbligo assicurativo per tutta la popolazione.

L'Italia, che a differenza della Germania non ha assicurazioni malattia obbligatorie, ma supporta l'adesione ai principi sociali che sorreggono il suo sistema di welfare mediante la tassazione, pare da qualche tempo prefigu-

rare una richiesta di attenzione alla non autosufficienza come vero e proprio “diritto di cittadinanza²”. In questa direzione, il ripristino della possibilità impositiva da parte delle regioni (bloccato negli anni precedenti, e ripristinato con l'ultima finanziaria), e l'avvio concomitante di un programma per l'accantonamento di un fondo pubblico e nazionale per la non autosufficienza, mostra l'attuale epilogo di un dibattito sul campo, in Italia, sin dal 1997. Quello della tassazione è dunque un modo indiretto, ma comunque finalizzato a dare gli strumenti al settore pubblico per rendersi concretamente agente di garanzia per quelli che vengono considerati diritti di salute di cittadinanza. Questo articolo si interessa a mettere in luce come LTC, acronimo che sta per l'inglese long term care, o presa in carico di lungo periodo, rappresenti da un lato un bisogno strutturale abbastanza omogeneo che viene a prefigurarsi per gli stati occidentali coinvolti in processi gerontici senza precedenti, ma costituisca al contempo un terreno abbastanza eterogeneo rispetto alle soluzioni individuate o, come è il caso della nostra nazione, da individuare. Sebbene infatti la strada sia stata in parte aperta, molte sono le lacune che si possono prefigurare per il futuro, nonché al momento attuale in cui l'eventuale perdita di capacità di gestione completa o parziale della propria persona, possibilità non remota e comunque poco prevedibile, accade come un fatto a cui si è generalmente poco preparati, in senso economico, uma-

2. La prospettiva di un *diritto di cittadinanza di salute per i cittadini non autosufficienti* si sta decisamente consolidando in letteratura e nel sentire collettivo. Tra gli altri, si veda una recente ricerca [Aa.Vv. 2004] sviluppata dal Capp (Centro di analisi delle politiche pubbliche), Cer e Servizi Nuovi e commissionata da Spi-Cgil e Cgil; il recente studio OECD; il rapporto Censis [2005], il quale riporta anche l'opinione dei cittadini intervistati in merito e che ribadisce l'attribuzione di responsabilità anche economica del bisogno alla sanità pubblica, nonché le molteplici iniziative popolari e di opinione pubblica [Ferrari 2006] per la sensibilizzazione alla questione e le proposte di legge.

no, e non ultimo, di risorse informative al fine di districarsi in un sistema piuttosto nebuloso e particolarmente rallentato nel suo iter dalla disponibilità concreta di supporto più o meno istituzionale, più o meno affidabile.

Tenendo a mente il monito illuminato che Montesquieu suggeriva già sul finire del XVIII secolo, secondo cui ogni provvidimento deve calarsi in maniera sintonica allo spirito culturale e sociale del contesto, pena la sua stessa capacità di trovare accoglienza, il presente lavoro propone una riflessione di sintesi sullo scenario italiano³, si concentra sull'esperienza del fondo nazionale per la non autosufficienza appena avviata e in particolar modo su quella regionale emiliano-romagnola; ipotizza, a seguito delle considerazioni via via prodotte, un modello per la realizzazione di soluzioni di II pilastro in risposta alla problematica della n.a. come integrazione alle traduzioni che il SSN pubblico riuscirà a dare, si presume in tempi prossimi, e con la convinzione che esso affronterà la definizione della non autosufficienza inquadrandola come diritto di cittadinanza, così come l'Italia pare attendersi da parecchio tempo. Dato il rilievo sociale e umano di una tematica come è quella della non autosufficienza, e dato il contesto pubblico che caratterizza i diritti di cittadinanza in materia di salute, è infatti dalla definizione di un quadro normativo e di indirizzo che si pensa potrà (o dovrebbe) essere affrontato la problematica della non autosufficienza. Detto ciò, la nostra analisi cercherà di mette-

re in luce come tra gli intenti di principio e le prime soluzioni adottate secondo questa logica, nonostante alcune emblematiche e brillanti volontà di cambiamento, resti comunque lo spettro di uno scarto piuttosto drammatico, le cui conseguenze devono essere prese debitamente in considerazione, forse anche richiedendo qualche sforzo in più rispetto al nostro assodato modo di osservare la vicenda, e richiedendo qualche cambiamento adeguato anche ad altri soggetti che non siano il pubblico, ma che per potenzialità potrebbero affiancarlo, se fosse compreso adeguatamente quale il rischio a cui le nostre società sono tendenzialmente esposte.

1. Trasformazioni della struttura sociale e del sistema di salute

La connessione fra sistemi sanitari e sistemi di salute sul finire del secolo scorso ha posto ai sistemi sanitari stessi l'urgenza di affrontare alcune sfide date da cambiamenti strutturali tipici delle società a sviluppo industriale avanzato [Cipolla (a cura di) 2002]. Tra queste⁴, la trasformazione della struttura demografica della popolazione si sostanzia nella riduzione del tasso di natalità da un lato e nella concomitante accresciuta speranza di vita, dall'altro, fenomeno che introduce cambiamenti nei profili di malattia prevalenti o comunque capace di determinare ripensamenti sul modello tradizionale, infetti-

3. Si rimanda al Rapporto menzionato (vedi nota 1).

4. Per un approfondimento sulle cosiddette 4 "sfide ambientali" si deve rimandare al brillante saggio di Giarelli [1998], in particolar modo alla brillante analisi in cui l'autore indica, nella connessione di alcuni fenomeni tipici al finire del XX secolo, le origini di 1) *sfida inflattiva*; 2) *sfida dell'iperspecificità*; 3) *sfida della transizione epidemiologica*; 4) *sfida del consumerismo*. Tali sfide vengono intese come *ambientali* perché si producono tra i sistemi sanitari e i sistemi di salute, intesi appunto quale *ambiente* significante per quei sistemi stessi [Giarelli 1998: 90].

Tab. 1 - Andamento della popolazione in età lavorativa per grandi classi di età, Italia 1970-2000 e proiezioni 2050

Età	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2020	2030	2040	2045	2050
20-39	15.186	15.353	17.080	17.347	15.853	14.014	11.448	10.592	9.041	8.518	8.301
40-59	12.873	14.352	14.368	15.069	16.184	16.935	17.246	13.970	11.462	10.980	10.448

Fonte: dati World Population Prospects. The 2002 Revision, New York 2003 [Golini 2004: 20]

vologico e bio-medico su cui si fonda-va la medicina, poco utile ad accogliere i nuovi fenomeni che lo scenario via via presenta. L'eziogenesi multifattoriale che accompagna le patologie cronico-degenerative e il loro decorso poco incline alla "guarigione" [Giarelli 1998; 2002] diventa pertanto l'oggetto primario di quella che già nel 1972 veniva inquadrata come *transizione epidemiologica* [Omran 1971] e se l'invecchiamento di per sé è da intendersi come indicatore positivo della maggiorata qualità di vita – tendenza che testimonia come migliori condizioni sociali ed economiche abbiano un peso sulla condizione di salute – il fatto che dagli anni '70 del secolo scorso vi sia stato un aumento di oltre il 70% della popolazione anziana residente se è accompagnato, com'è in Italia, da un bassissimo numero di nascite, desta preoccupazione su vari versanti: spesa sanitaria, ripercussioni sulla forza lavoro e, ovviamente, sull'oramai annosa vicenda delle pensioni.

Va in questi termini considerato quello che possiamo definire, e prospettare per il futuro, come una sorta di rovesciamento della piramide tradizionale della composizione della cittadinanza. Il che significa, in altri termini,

prendere in considerazione i cambiamenti nella società e della sua popolazione che, secondo le stime che si proiettano da qui al 2050, comporteranno oltre il 50% di incidenza di pensionati sui lavoratori complessivi, così come indica anche il più recente Rapporto Sanità [2006], completamente dedicato alla tematica dell'invecchiamento. Tale piramide tende dunque ad una suo assestamento numerico tale per cui alla base saranno persone anziane e alla punta i più giovani, dando corpo alla cosiddetta civiltà gerontica, ovvero di misura consistente formata da anziani. Più dettagliatamente, nel radicalizzarsi del processo di invecchiamento, la popolazione con meno di 60 anni si ridurrà della metà, e in assenza di ricambio generazionale⁵, aumenterà di un range compreso tra il 26% e il 33%, quella con più di 60 anni con particolare riferimento alla fascia di età che superano gli 80 anni (la fascia 80-99 aumenta di più del doppio, decuplicano gli ultracentenari). La tabella 1 mostra l'evoluzione demografica della popolazione in età lavorativa, dai 20 ai 60 anni, in Italia fino al 2050. La popolazione lavorativa è stata divisa in due fasce: 20-39 anni e 40-59: al 2005 quest'ultima diventata

5. E questo nonostante i processi immigratori che coinvolgo l'Italia: «per ogni singolo anno che va dal 2000 al 2020 ci si aspetta che, nonostante una immigrazione straniera stimata in 60-65 mila unità all'anno, la popolazione giovanile diminuisca in Italia di 300 mila persone all'anno» [Golini 2004: 19].

più numerosa di quella più giovane (17,2 milioni circa contro 11,5 milioni). Il che significa che se oggi ci sono 3 anziani su ogni 10 persone in media, nel 2050 saranno 7 gli over 65 “dipendenti” dal sostegno di altri 10 in età lavorativa [Giavazzi 2007: 1] e determinare ulteriori intrecci tra politiche di previdenza sociale e copertura sanitaria, sia essa di natura pubblica, privata o mista.

Ecco allora perché si può osservare come *Long term care*, traducibile in italiano come cure a lungo termine, sia in realtà una sorta di locuzione ombrello che rimanda ad un insieme finalizzato di attività per un tipo di bisogno specifico e che senza il contemporaneo chiarimento di cosa si intenda per non autosufficienza – ovvero l’“oggetto” a cui questo tipo di intervento è destinato⁶ – il suo significato possa risultare piuttosto dubbioso. Come altri termini o concetti il cui significato è ampio e generico, ma poi variano e acquisiscono senso più specifico a seconda di come essi riescono ad essere inquadrati o ad esprimersi in un contesto, l’uso della lingua inglese sembra a riguardo prestarsi in maniera più congeniale forse proprio per la sua caratteristica di poter significare più cose con un unico morfema. O così si può osservare una volta che sia stata operata una ricognizione tra le definizioni presenti in letteratura che ci obbliga a considerare la natura bio-psico-sociale della non autosufficienza [Fiocco e Mori 2005; Who 2001] e al contempo a riconoscere come questa ricchezza di sensibilità per le qualità analogiche⁷ del bisogno, di fatto, rendono meno lineare e meno scontato come descri-

verlo e come affrontarlo, ponendo interrogativi su quali siano gli aspetti a cui indirizzare e verso cui praticare l’intervento di long term care. A quanto pare, l’invecchiamento progressivo e relativo della popolazione ha reso questa operazione degna di maggiore attenzione, spostando il peso dalla “possibilità” alla “necessità” sempre più impellente di riscontrare congruenza tra le definizioni teoriche e le indicazioni di spendibilità che i sistemi sanitari, sociali e politici perseguono o dovrebbero perseguire rispetto al problema della non autosufficienza. Il fatto che la possibilità della non autosufficienza si concentri particolarmente nella età anziana e che vi sia un allungamento progressivo della vita umana comporta una riflessione di portata internazionale che ha visto alcuni Paesi occidentali apportare forme di integrazione o correttivi per meglio affrontare l’impatto previsto dalle specifiche transizioni demografiche ed epidemiologiche, e questo in maniera congruente al tipo di stato sociale e al sistema sanitario nazionale esistente.

E l’Italia? Secondo quanto si può osservare in un confronto internazionale e soprattutto europeo⁸ il fatto che sia il paese che invecchia più al mondo e con un indice di vecchiaia altrettanto consistente (indice del 131,4% contro una media europea dell’84%), non pare avere sollecitato eccessivamente una solerte riflessione a riguardo. Nonostante questo, i trend strutturali dei paesi ad alta industrializzazione la investono pienamente e si prevede anche per il nostro Paese un incremento della spesa per le persone non autosufficienti, dovuto a vari fattori

6. Si rimanda per un approfondimento a Laing [1993]; Poli [2007].

7. Si veda in seguito.

8. Si veda il Rapporto – parte II e parte III – nei paragrafi destinati al confronto con altri sistemi sanitari. In particolar modo Francia, Germania, Inghilterra, Usa.

che agiscono tutti nello stesso senso di aggravamento (l'aumento del numero, ma anche dell'età media delle persone che invecchiando avranno più probabilità di sviluppare bisogni legati alla non autosufficienza)⁹. Con qualche attenzione in più, forse: la nostra nazione ormai è consolidata nel dover osservare (e prospettarsi per il futuro) stime differenti da un punto demografico e sociale, e tali per cui al momento attuale è già possibile osservare variazioni di spesa capitaria fra Regione e Regione date da una diversa influenza della composizione per età della popolazione. Secondo l'ultimo censimento, infatti, esisterebbe un divario tra i dati relativi alle persone con almeno 65 anni con una variazione percentuale minima offerta dalla Campania (15,3% di over 65 sulla popolazione) e la Liguria (che arriva ad un massimo del 26,7% di over 65) e dunque richiedere, come rileva il Rapporto Sanità del 2005 nell'ipotesi di un fondo sanitario nazionale per n.a., la previsione di allocazioni differenziate di risorse. A questo aspetto, va sommata la diminuzione della possibilità di assistenza familiare per la contrazione del numero dei componenti della famiglia. Anche qui, il divario tra nord e sud del nostro Paese mette in rilievo una situazione diversificata: a fronte di un numero medio di componenti delle famiglie campane, pari a 3,1 membri, le famiglie liguri sarebbero caratterizzate dal 2,2, componenti, mentre le famiglie unipersonali (i cosiddetti single) sarebbero rappresentate da meno del 20% in Campania, fino ad arrivare ad un 33% in Liguria.

1.2. *Definizioni teoriche ed operative di non autosufficienza*

Sul tema della non autosufficienza vige una certa confusione terminologica. Parole come disabilità, menomazione, handicap, impedimento, vecchiaia o malattia cronica sono state considerate, in alcuni casi, come equivalenti, o parzialmente coincidenti, alla non autosufficienza. Addirittura, secondo alcuni autori anglosassoni, anche la distinzione tra i concetti di malattia cronica e di malattia acuta potrebbe essere più apparente che reale [Bury 2003: 150]. La trasformazione di molte malattie letali in malattie croniche, attraverso il miglioramento delle condizioni di vita e dei trattamenti medici, introduce il bisogno di una migliore comprensione delle caratteristiche di quella "società della remissione" elaborato da Frank [1995]¹⁰ riassume proprio queste caratteristiche: un consistente numero di persone, dopo un periodo di malattia, sembrano vivere vite apparentemente normali, ma in qualche modo la cura non ha raggiunto il suo scopo e la disabilità, da un grado minimo ad un grado massimo, è il risultato di questo percorso. Sebbene il disturbo cronico sia collegato alla disabilità in molti modi, qualsiasi riflessione attorno al concetto di non autosufficienza poi, mostra come tale connessione sia problematica e controversa e come si abbia a che fare con concetti spesso di natura referenziale e graduale, o, come sopra detto, "analogica", nel senso che di rado è del tutto presente o del tutto assente, manifestandosi invece con intensità e sfumature differenti. In questo senso, van-

9. Si indicano – e qui peraltro possono solo essere menzionati, mentre un approfondimento è disponibile sul Rapporto di ricerca più volte menzionato (cfr. nota 1), due prospettive emergenti rispetto ai costi che la non autosufficienza può comportare: una di pressione sui costi (*Cost-pressure*) e l'altra di contenimento dei costi (*Cost-containment*).

10. Per questo paragrafo si sottolinea il contributo di A. Maturo e comunque si rimanda ancora la Rapporto di ricerca per una più ampia disanima.

no senz'altro aggiunte considerazioni sulla natura anche soggettiva del bisogno: così come evidenziato da più parti, le stesse dotazioni individuali, la differenza di genere, la condizione sociale ed economica, e non ultimo la presenza di reti di supporto (famigliari, amici, volontariato, ecc.) incidono in modo intenso su come le persone percepiscono la loro condizione [Vaccaio 2005: 67]. Interessante a riguardo una ricerca del Censis [2004] che indagando le paure e le fragilità della età anziana, mette in evidenza quella che abbiamo definito come “la rete bucata”, ovvero la carenza e comunque la difficoltà di ritrovare, nei tempi attuali, un network di legami più o meno tradizionali per il sostegno della persona, che altrimenti si ritrova “nuda” con una solitudine non sempre vissuta positivamente. A riguardo è il concetto di povertà osservato su più livelli concettuali, a comportare i maggiori rischi: si parla pertanto di povertà da aumento del costo della vita/esiguo importo pensioni; di povertà come conseguenza di costi che l'avanzare dell'età può comportare¹¹; povertà di relazioni, fisiologica in un certo senso (la morte di un coniuge o di amici, con il passare degli anni) ma a volte potenziata anche dalle condizioni del contesto, non sempre a misura di anziano; e non ultima povertà da scambio informativo¹².

Ecco perché ha più senso parlarne come di una categoria eterogenea, che

può raccogliere effetti più o meno prevedibili di patologie, dei disturbi genetici, delle lesioni e di alcuni aspetti del processo di invecchiamento.

Quando si tratta di interventi concreti, meglio allora rifarsi ai concetti operativi, ovvero a quelle indicazioni che consentono di “leggere” e dunque misurare nel concreto il fenomeno. Tuttavia, anche su questo versante le definizioni operative esistenti, sono molteplici. Tra queste, una fra le più consolidate è quella che viene utilizzata in Germania per determinare chi possa accedere ai servizi di LTC e che comunque ha molto influenzato successive riflessioni e ricerche, tanto da essere proposta quasi senza modifiche anche da moltissime altre istituzioni¹³. Secondo questa definizione i soggetti debbono essere valutati “secondo quattro categorie funzionali”:

1. igiene personale;
2. preparazione dei pasti ed alimentazione;
3. funzioni motorie;
4. attività domestiche e di cura della casa.

Al verificarsi di una o più di queste condizioni – tali da generare uno stato di dipendenza certificabile da un medico che specifichi quali e quante prestazioni collegabili alla non autosufficienza siano necessarie nel caso specifico – nasce, in capo al soggetto, una situazione di vero e proprio diritto soggettivo. In considerazione delle capacità o

11. Si pensi ad esempio alle cure odontoiatriche, che non sono garantite direttamente dal SSN (solo per persone con situazioni economiche ingenti o particolarmente ingenti), e non solo a quelli richiesti per una eventuale condizione di non autosufficienza.

12. Per questo ultimo aspetto si menziona in particolare un'indagine condotta dall'Istituto di studi su popolazione e territorio della Cattolica di Milano, per conto del sindacato pensionati Cisl [2006], che oltre a sottolineare una carenza di servizi, evidenzia una sorta di gap informativo quando indica, rispetto al campione della ricerca, ben un «il 53% delle donne non totalmente autonome e il 49% degli uomini che hanno dichiarato di non sapere nulla di contributi economici ad hoc e di non avere mai ricevuto nessuna informazione nemmeno dal loro medico di base».

13. Si deve rimandare al Rapporto di ricerca, I parte.

meno del soggetto di svolgere queste quattro attività, la legge tedesca definisce tre livelli di non autosufficienza¹⁴.

Se dunque manca quindi una definizione chiara e accettata di non autosufficienza, il grado di incapacità di svolgere attività ricorrenti nella quotidianità sembra essere, a livello operativo, un possibile tratto unificante i diversi approcci, sebbene poi i nuclei o le commissioni preposte alla misurazione della non autosufficienza possano ricorrere a scale di misurazione del bisogno anch'esse con diversa struttura di sensibilità. Di seguito ne vengono indicate alcune, tra le principali:

- ADL: *Activities of Daily Life*, ovvero attività della vita quotidiana. Le aree funzionali considerate dall'ADL riguardano: autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare;
- IADL: *Instrumental Difficulties of Daily Life*, ovvero difficoltà strumentali della vita quotidiana: scala di misura formata da quesiti finaliz-

zati alla rilevazione dello stato di disabilità nell'uso di strumenti (come usare il telefono, fare la spesa, preparare i pasti, prendersi cura della casa, fare il bucato, utilizzare mezzi di trasporto, assumere medicine, gestire le proprie finanze);

- BINA, acronimo per "breve indice di non autosufficienza": è una scala di disabilità, particolarmente adatta alla persona anziana. Analizza 10 items, ognuno dei quali dotato di 4 modalità ordinate e di un punteggio (min. 10, max 100), che indica la gravità della disabilità¹⁵;
- Indice di Barthel: la scala originaria è composta da 15 fattori, sui quali deve essere espresso un punteggio a tre livelli¹⁶;
- FIM, *Functional Independence Measure*, traducibile come misura di indipendenza funzionale. Si tratta di una scala che prevede sette livelli gerarchici di autosufficienza. Tale scala è a "patologia indipendente" e pertanto può essere utilizzata da qualsiasi operatore clinico, indipen-

14. Nello specifico: I livello (non autosufficienza rilevante), vi rientrano tutti i soggetti che necessitano di assistenza per un'ora e mezza al giorno per lo svolgimento di due delle prime tre categorie di attività e più volte alla settimana di un aiuto domestico per la cura della casa; II livello (non autosufficienza grave), vi rientrano tutti i soggetti che necessitano di assistenza per 3 volte al giorno per lo svolgimento delle prime tre categorie di attività e più volte alla settimana di un aiuto domestico per la cura della casa; III livello (non autosufficienza gravissima), vi rientrano tutti i soggetti che necessitano di assistenza per 24 ore su 24 per lo svolgimento delle prime tre categorie di attività e più volte alla settimana di un aiuto domestico per la cura della casa.

15. Gli items sono: medicazioni, necessità di prestazioni sanitarie, controllo sfinterico, disturbi comportamentali, comunicazione, deficit sensoriali, mobilità, attività della vita quotidiana, stato della rete sociale, fattori abitativi e ambientali. Il valore dell'indice corrisponde al punteggio totale riportato nella valutazione, tale valore va confrontato col valore soglia, pari a 230. Sono considerati non autosufficienti i soggetti con valore superiore a 230.

16. Gli items sono rivolti a misurare la disabilità nel: bere da una tazza, alimentarsi, vestirsi (relativamente alla parte superiore del corpo), rassettarsi, pulizia personale, controllo degli sfinteri (alvo, vescica), sedersi ed alzarsi da una sedia, sedersi ed alzarsi dal wc, sedersi ed alzarsi dalla doccia o dalla vasca, camminare su un terreno pianeggiante per 45 metri, salire e scendere le scale, muoversi con la sedia a rotelle. Il punteggio più alto che può raggiungere l'indice di Barthel originario è pari a 100 ed indica il livello di indipendenza; il livello più alto di gravità è invece rappresentato dal valore 0.

dentemente dal suo ambito specialistico¹⁷.

In Italia, a seguito della Legge 328 del 2000, che ha riformato l'assistenza sociale, si prevede l'erogazione di «prestazioni di aiuto e sostegno domiciliare, anche con benefici di carattere economico, in particolare per le famiglie che assumono compiti di accoglienza, di cura dei disabili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani» (art. 16). Questo però non ha fatto che intensificare ancora di più il dibattito relativo ai criteri di misurazione della non autosufficienza, che dunque risultano diversificati e proprio per questo, in molti casi, è la vecchiaia ad essere assunta quale determinate utile, almeno per quanto riguarda l'inquadramento del target potenziale di persone a cui rivolgersi, e mediante leggi regionali che delegano a questo compito ai Comuni e alle Asl (che a loro volta danno vita a Unità di valutazione ge-

riatrice, dell'handicap, multidisciplinari, ecc.).

Di seguito, si presenta sinteticamente il caso dell'Emilia-Romagna, ritenuto allo stato attuale uno fra i contesti regionali più avanzati nel panorama italiano per quanto riguarda la definizione del problema e dell'intervento prospettato¹⁸.

1.3. *Modulazioni LTC in Emilia-Romagna: Frna*

L'idea di un fondo nazionale apposito per la non autosufficienza, per il nostro paese, risale già al 1997¹⁹, tuttavia le misure attuative, nei termini di una convergenza economica e di intenti, sul piano nazionale, risultano ancora piuttosto labili, sebbene con la Finanziaria 2006 siano stati adottati accorgimenti specifici che sembrano andare in questa direzione. In assenza o in attesa di questo, la regione Emilia-Romagna,

17. La scala FIM è composta complessivamente da 18 voci a cui viene attribuito un punteggio da 1 a 7 ed è comprensiva di valutazione della cura personale (nutrirsi, rassetarsi, lavarsi, vestirsi dalla vita in su, vestirsi dalla vita in giù, igiene personale), controllo degli sfinteri (alvo vescica), mobilità (trasferimenti letto-sedia-carrozzina, wc, vasca o doccia), locomozione (cammino, carrozzina, scale), cognitiva (soluzione di problemi, memoria). I livelli funzionali ed i punteggi si distinguono in: autosufficienza (completa o con adattamenti), non autosufficienza parziale (supervisione o predisposizione/adattamenti, assistenza con minimo contatto fisico, assistenza moderata), non autosufficienza completa (assistenza intensa o globale).

18. Per il nostro paese sono state infatti rilevate situazioni molto differenziate relative alla presa in carico e gestione di situazioni di non autosufficienza e tali da consentire un giudizio complessivamente insoddisfacente e inefficace sul tipo di considerazione nazionale destinata a questa spinosa tematica [Pavolini 2005]. Secondo quanto stimato, sarebbero infatti solo alcune regioni del nord-est e del Centro Italia (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Valle d'Aosta e Lombardia) a coprire, con i loro sistemi socio-assistenziali, più della metà del fabbisogno di assistenza, mentre le regioni del centro sud riuscirebbero a coprire solo in minima parte la domanda di servizi (Lazio, Molise, Campania, Sicilia, Calabria) [Comino 2003].

19. Ci si riferisce a quanto prospettato dalla Commissione Onori, che prevedeva un Fondo per i non autosufficienti, sul modello di quello istituito in Germania nel 1994, ovvero capace di ampliare il sistema assistenziale italiano con un nuovo istituto. Tale istituto sarebbe stato finanziato con una imposta di scopo che non avrebbe intaccato la pressione fiscale complessiva, ma che si sarebbe ottenuta destinando al fondo risorse progressivamente "liberate" dall'interruzione di altri istituti assistenziali.

dal 2004 si è orientata alla definizione empirica di un Fondo regionale per la non autosufficienza (Frna) e già con un provvedimento finanziario dello stesso anno ha aumentato di 20 milioni circa di euro le entrate destinate per la n.a. Il percorso ha visto il coinvolgimento di Comuni e Ausl e Regione al fine dell'ampliamento dei beneficiari di servizi mirati e nonostante la paralisi impositiva comminata alle regioni (sblocata con la Finanziaria 2006), la Regione Emilia-Romagna ha avviato alcune azioni che anticipano la realizzazione degli obiettivi prefigurati con la legge regionale 2/2003 ("Norme per la protezione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"). In particolare modo, va fatto riferimento alla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 27 (legge finanziaria regionale), e al suo articolo 51, mediante il quale è stato istituito il Fondo Regionale per la non autosufficienza.

Di seguito ne vengono sintetizzati i punti essenziali:

Punto 1) l'istituzione del fondo regionale viene finanziata con quota parte del fondo sanitario regionale, quota parte del fondo sociale e da risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale, ossia per finanziare questo fondo si va verso una fiscalità integrativa regionale (addizionali IRPEF e Irpeg, o altro su cui la regione può avere competenza). Entrano in questo fondo anche altre eventuali risorse nazionali finalizzate al tema della n.a.²⁰;

Punto 2) il fondo è ripartito per ogni ambito distrettuale attraverso le aziende Usl; l'azienda gestisce pertanto il

fondo mediante contabilità separata e autonoma, ovvero le risorse che vanno a costituire tale fondo sono canalizzate dall'azienda per i servizi legati alla non autosufficienza e *non vanno a disperdersi nel finanziamento generale di spesa per gli anziani*. Le risorse di questo fondo finanziano attività decise dal piano regionale, e nello specifico sono vincolate a Piani appositi per la non autosufficienza che vengono approvati dai comuni afferenti ogni distretto assieme al direttore del distretto (in analogia con i Piani di zona). Quindi il piano per la n.a. (ovvero cosa si garantisce alle persone), viene indicato e deciso dalla Regione per le strategie generali poi, per gli aspetti particolari, è di competenza dei comuni e delle aziende sanitarie, nel loro ambito distrettuale.

Punto 3) in ogni ambito distrettuale è individuato uno strumento tecnico comune, utile a rispondere sia ai comuni che al direttore di distretto e che ha il compito di costruire gli interventi per la non autosufficienza (vedere dove e come devono essere impiegate le risorse, fare contratti con i fornitori, ecc.). Tale strumento tecnico corrisponde ad un "ufficio" apposito di gestione comune per le cure di lungo termine.

Al suo avvio, dunque, il fondo regionale è stato costituito con le risorse disponibili, ossia quelle del fondo sanitario e quelle del fondo sociale e la cosa forse più interessante da mettere in rilievo è come si sia giunti a questa allocazione di risorse: ricostruendo le risorse del fondo sanitario che storicamente erano date alle aziende per ripagare genericamente una serie di presta-

20. La Commissione Politiche per la salute e politiche sociali dell'Assemblea legislativa ha dato il parere favorevole alla delibera relativa al Fondo regionale per la non autosufficienza ha in realtà previsto nel 2007 un investimento di 311 milioni di euro (di cui 100 derivano dalla manovra fiscale regionale) e a cui sarà aggiunta la quota parte delle risorse previste dalla finanziaria del Governo (100 milioni a livello nazionale per il 2007; 200 per il 2008; 200 per il 2009).

zioni per gli anziani e per ogni azienda, ovvero quantificando quanto di quelle cifre veniva destinato espressamente per la n.a. in maniera iniziale, tale operazione ha consentito di ricostruire, rispetto al 2005, le spese effettuate per:

- assegni di cura per gli anziani e per i disabili;
- oneri a livello sanitario e socio-sanitario – ovvero pagamento di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie all'interno di un determinato contesto di tipo socio-sanitario;
- le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie legate all'assistenza domiciliare.

Tali risorse sono state dunque “sottratte” al fondo sanitario per essere destinate nuovamente alle aziende e ad esse ripartite in modo vincolante, e già dal 2006 esiste una ripartizione di risorse vincolate espressamente ad alcune attività legate alla non autosufficienza. In pratica, è stata data visibilità ad un percorso già esistente, ma che prima era irriconoscibile: conoscere le spese effettive della n.a. è utile per sapere con esattezza quanto costano prestazioni di cui prima si aveva solo una vaga idea, necessarie per quantificare entità della spesa per quelle attività che sicuramente dovranno essere incluse nel fondo e quanto esse incidono sul bilancio erogato.

Inoltre, a differenza ad esempio di quanto accade nel sistema tedesco o comunque secondo un sistema possibile che si basa su concessione di contributi alla famiglia, la Regione Emilia-

Romagna si sta orientando a garantire i servizi e la presa in carico all'interno di profili per la domiciliarietà degli stessi²¹. La logica prevista è quella incrementale, ovvero si parte dall'attività che è già finanziata, e si presume di aumentarla.

A livello regionale la somma erogata alle aziende nel 2006 per pagare e coprire l'ambito della non autosufficienza ha corrisposto a 211 milioni di euro e sono relative alle attività indicate. Per raggiungere tale cifra complessiva è stato inoltre operato un riequilibrio territoriale nella distribuzione delle risorse ossia, sulla base della spesa quantificata sono state chiarite le risorse spese da ogni azienda, individuando così una sorta di *quota capitaria* per ogni anziano che avesse 75 anni, ovvero quello che spendevano le aziende Usl, è stato diviso per il numero degli anziani ultra 75enni: 430 euro il risultato. Le variazioni di spesa tra diverse Ausl rispetto alla media individuata²² (ovvero la misura di varianza, rispetto alla media) è stata a questo punto considerata: infatti si è voluto mantenere al medesimo livello le aziende che spendevano di più (non si possono dare meno risorse dell'anno precedente), mentre quelle che invece si trovavano sotto la media, sono state potenziate. L'obiettivo era pertanto quello di destinare, per ogni azienda, la stessa quota di risorse per cittadino al di sopra dei 75 anni, in modo tale che ci fosse una sorta di omogeneità e di trattamento unifor-

21. La differenza principale con la Germania rispetto all'erogazione di denaro consiste principalmente nel fatto che sebbene in Germania esistano servizi anche molto qualificati, essi sono gestiti da differenti attori, per cui per loro è maggiormente sensato dare i soldi alla famiglia che acquista il servizio dove preferisce. In Italia tale distinzione avrebbe meno senso, perché oltre ai principi di garanzia delle prestazioni offerte dal SSN, in Italia sono presenti pochissimi servizi privati, mentre la maggior parte sono pubblici.

22. Per fare un esempio, su Piacenza la media territoriale è di 478 euro per anziano non autosufficiente, ma su Rimini è di 342 euro: quindi si tratta di una differenza molto grande di spesa.

me e cosicché, essendo le risorse vincolate, le aziende Usl che riceveranno risorse “in più”, dovranno presentare alla Regione un programma di utilizzo relativamente alla non autosufficienza.

Nel prossimo futuro, la resa visibile delle attività per la n.a. riguarderanno inoltre tutta l'attività residenziale e semi-residenziale (attualmente non ancora stimate e allocate nel fondo). Tale somma sarà inserita a partire dalla definizione di una tariffa, di cui si diceva sopra, mentre attualmente sono erogati contributi sulla base di determinati indicatori (ad esempio, il personale, la gravità dell'anziano, ecc.). Restano inoltre aperte ipotesi di inclusione nel fondo anche per le attività legate alla indigenza psichiatrica.

È inoltre probabile che affinando il sistema informativo il numero dei n.a. vari di conseguenza alla ricostruzione dei dati.

La convinzione della Regione Emilia-Romagna è che le attività e i servizi legati alla n.a. debbano rientrare all'interno di un sistema universalistico, e garantito dal servizio pubblico. Tale protezione universalistica va tuttavia intesa in maniera *selettiva*, ovvero a partire dal reddito e dalla capacità contributiva del cittadino, nonché rispetto alla gravità del bisogno. Il sistema che si sta mettendo a punto vede l'ISE come utile strumento in questa direzione.

Da sottolineare: la Regione Emilia-Romagna per attivare il fondo, è partita da un livello operativo, e non dalla definizione, operazione ritenuta impossibile o comunque capace di alimentare dibattiti sterili e confusioni. Il criterio per la non autosufficienza come si è visto, dunque, per la Regione Emilia-Romagna è stata l'età (i 75 anni), e questo perché è stata considerata la difficoltà di quantificare un fenomeno per cui attualmente, come già osservato, non esi-

ste una valutazione uniforme, e capace di essere riscontrata mediante criteri universalmente accettati e a livello istituzionale. Il sistema informativo che la Regione Emilia-Romagna sta mettendo a punto mira ad entrare maggiormente nel merito di che cosa sia da intendere “bisogno” di non autosufficienza. Attualmente, ogni anziano riconosciuto n.a. è stato osservato mediante la scheda BINA e relativamente ai punteggi che essa consente di quantificare, anche se si prevede di rileggere tale strumento alla luce di una migliore operatività.

2. Le lacune del Servizio sanitario nazionale e delle assicurazioni private: un'integrazione possibile?

Il SSN risponde ad una logica di bisogno sanitario di tipo universale, ovvero a tutti deve essere garantito l'accesso alle prestazioni in base ad un piano specifico, a sua volta modulato nel contesto residenziale e territoriale di riferimento del soggetto. Tuttavia il principio di universalità a cui tende a dare risposta l'attuale sistema di welfare è di tipo selettivo, ovvero aiuta le persone in misura di alcuni criteri vincolanti.

Essi sono:

- la gravità della situazione di n.a.;
- la situazione economica del soggetto.

Ancora più dettagliatamente, il Dpcm 29 novembre, decreto sui Lea ripreso successivamente dalla finanziaria 2003, stabilisce la percentuale per ogni servizio ad elevata integrazione sanitaria: esso stabilisce il 50% a carico del SSN per ogni tipo di servizio ad elevata integrazione socio-sanitaria, fra i quali primeggiano per importanza Rsa, Adi e centri semi-residenziali, se la restante parte dei costi, a carico del cittadino, se può, oppure in caso contrario,

a carico del Comune di sua residenza²³ [Hanau 2005: 106].

L'orientamento del pubblico dunque è quello di garantire i servizi, ma dà anche contributi economici da corrispondere economicamente in maniera selettiva in base al reddito (criterio ISE).

La rete pubblica di offerta di servizi socio-sanitari che sono e verranno messi a punto per la n.a. si scontra dunque con una sorta di dubbio amletico:

1. coprire al meglio i bisogni di n.a. per la persona (banalizzando: tutto per pochi);
2. oppure coprire il bisogno per la collettività intera (banalizzando: poco per tutti).

Dai dati a nostra disposizione, è probabile che la risposta pubblica nei termini della n.a. garantisca, con diversificazioni a livello regionale, una qualità delle prestazioni sanitarie e sociali in linea con gli sforzi perseguiti di integrazione socio-sanitaria; tuttavia la scarsità delle risorse economiche disponibili e l'orientamento al vincolo sul reddito fanno presumere che l'intervento pubblico per la n.a. sarà agevolato per le persone economicamente più svantaggiate, mentre continuerà a gravare con costi onerosi sul resto della popolazione (puntando al sostegno dei familiari dei non autosufficienti e/o alla possibilità di coprire le spese *out of pocket*).

In questo senso, nonostante le premesse auspiccate che sia data risposta alla situazione di non autosufficienza come "diritto" da garantire ai cittadini

da parte del soggetto pubblico, l'incertezza del fenomeno e la scarsità delle risorse mette in evidenza un potenziale contrasto tra l'equità dei principi del welfare e l'efficienza del servizio che si può prospettare. L'Indicatore della situazione economica (ISEE) è infatti la misura che costituisce la base per determinare la capacità del cittadino di contribuire alle spese in un contesto di welfare. Tale misura, in maniera conforme a quanto indicato dal Dpcm 29 novembre 2001, ovvero, nel caso di persone anziane (cfr. decreto legislativo 109 del 1998) e di disabili gravi riconosciuti in base all'art. 3 della legge 104 del 1992 (cfr. decreto legislativo n. 130 del 2000 e legge 328 del 2000) deve essere calcolata prendendo isolatamente la situazione della persona con disabilità senza coinvolgere i familiari²⁴.

A questo punto, a nostro avviso, preliminarmente ad ogni fase di avviamento di soluzioni per LTC è la capacità di chiarire quale sarà l'offerta concreta delineata dal SSN pubblico e regionale, cosa quanto mai ardua allo stato dei fatti presenti e quanto tale offerta sposi le esigenze reali delle persone. Si tratta al momento di un doppio livello nemmeno troppo in sintonia, laddove si considerino come le regioni italiane, e tra esse solo alcune, stiano adottando o definendo predisposizioni per la n.a., ovvero istituendo fondi pubblici finalizzati.

Nell'ipotesi di un SSN che offra un servizio universalistico per la n.a. e da intendersi come da Dpcm 29 novembre 2001 (si veda in seguito), e al con-

23. Il cambiamento di prospettiva è rilevante: nel Dpcm 8 agosto del 1985, la distinzione effettuata era su improbabili distinzioni qualitative tra sanitario e sociale-alberghiero. Il Dpcm citato, invece, sposta decisamente l'inquadramento a favore dell'integrazione tra comparto sociale e sanitario.

24. Sulla disanima tra il dovere di presa in carico da parte dei comuni e su chi deve coprire le spese relative alla n.a. e relativi episodi di contenzioso si deve rimandare al contributo di C. Hanau nel Rapporto Sanità 2005 summenzionato.

tempo garante di universalismo selettivo, ovvero di sostegno per la copertura economica eccedente in favore di categorie più povere, possiamo capire come mai l'attenzione a questa tematica possa rivolgersi anche a forme assicurative di tipo privato. Facciamo un esempio concreto e ipotizziamo che a causa di una patologia invalidante e cronica una persona debba trovare collocazione all'interno di una struttura protetta. Il costo medio, se essa è convenzionata con il sistema sanitario nazionale, si aggira mensilmente intorno ai 1.800 €, che sono a carico diretto del cittadino, mentre l'altra parte verrà finanziata dal sistema sanitario. La spesa è assolutamente ingente (sorpassa di gran lunga lo stipendio medio di un italiano, nel caso egli abbia anche la sfacciatissima fortuna di avere un lavoro a tempo indeterminato, o quanto meno sicuro). Ora vediamo cosa accade, se la suddetta persona dovesse chiedere aiuto economico ossia usufruire di presunti fondi allocati per la sua situazione particolare e dunque stimiamo come criterio di "merito" – ovvero per essere riconosciuti titolari di diritto di prestazioni socio-assistenziali (direttamente o in denaro per acquistarle) – da parte del sistema pubblico, L'ISE. Come accade in Emilia-Romagna, infatti, il sostegno fornito in questi termini riguarderà persone poco abbienti, che nella fattispecie dovrebbero avere un reddito annuale tale da non superare alcuni tetti soglia stabiliti e riscontrabili mediante il calcolo della situazione economica personale: tali parametri è inutile sottolinearlo, sono piuttosto ristretti, ossia circa 10.000 euro (indicazioni del 2006). Ora nel caso la persona superi anche di poco tale limite dovrebbe, non rientrerebbe nella fascia coperta economicamente dal SSN, quindi dovrebbe sborsare di tasca propria (in gergo si dice spesa *out of pocket*, ovvero di tasca propria)

l'importo per i costi di eventuali ricoveri residenziali (per quanto riguarda la parte socio-assistenziale, il vitto e le spese d'alloggio) o quelli di una adeguata assistenza domiciliare. Il problema economico a quel punto diventa effettivo: dove si trovano i soldi? È piuttosto scontato che persone che hanno nel tempo accumulato per lavoro o eredità ingenti somme di danaro o possiedano beni immobili rilevanti, di fronte ad una situazione del genere abbiano risorse per fronteggiarla. E gli altri?

Inoltre non si tratta esclusivamente di valutazioni economiche, perché questa sarebbe una prefigurazione assolutamente distante dalla realtà, in cui altri elementi si frappongono alla eventuale immediata traduzione fra possibilità in denaro ed esigenze che la situazione può richiedere, non ultima l'esistenza di lunghe file di attesa per le case protette, periodi di "buco" reale tra le dimissioni dall'ospedale e lo spostamento in altro contesto, l'esigenza di avere figure più presenti delle personale infermieristico che concede la sua attenzione dovendola dosare tra molte persone, il senso di smarrimento, ecc.

Pertanto, nell'ipotesi futuribile che il legislatore dia concretezza a misure di cittadinanza per la protezione dello stato di n.a. (attualmente sono presenti alla camera 8 proposte di legge), ovvero che siano definiti in maniera chiara i criteri e le garanzie che il SSN può supportare in tale direzione, è possibile, o necessario, sviluppare ulteriori considerazioni.

La principale fra queste è che, anche nell'eventualità auspicata di una direzione pubblica capace di fare della non autosufficienza una problematica di rilievo e di sostegno collettivo, la mancanza di risorse effettive e allargabili a tutte le persone che necessitano di sostegno finalizzato al bisogno occorrente, può far presumere uno scenario in

cui il sostegno pubblico sia talmente restrittivo da dover richiedere lo slittamento concettuale del cosiddetto “universalismo selettivo” in “minoranza selezionata”, come ad esempio pare accadere in Francia, o comunque introdurre, in maniera tutelata, il ricorso al comparto assicurativo, come è il caso tedesco.

L'affiancamento significativo di altri attori al soggetto pubblico non è pertanto un'ipotesi irrealistica, e può essere inquadrata anche come modalità di integrazione da parte di soggetti privati come le compagnie assicurative che, realisticamente, potrebbero rappresentare una soluzione per quelle fasce che saranno esposte al rischio della n.a., ma che non saranno al contempo portatrici di criteri “utili” alla selezione che il pubblico dovrà operare, o già opera. Se i dati dicono che il sistema pubblico italiano copre in media un 3% del bisogno, o meglio che 3 anziani su 100 ricevono e trovano assistenza per non autosufficienza [Pesaresi e Gori 2006], ci si deve domandare: quale destino avranno le persone che hanno un reddito che tendenzialmente le escluderà da formule di copertura a completo carico pubblico?

La risposta che a nostro avviso ne consegue, si interessa ad una possibile messa a punto di modelli di II pilastro mediante l'individuazione di formule assicurative LTC mirate, vale a dirsi di tipo collettivo e di natura integrativa. Di seguito sono in tal senso sviluppate considerazioni su alcune caratteristiche dei principali sistemi finanziari privati di gestione (ramo vita e ramo danni/malattia) nella declinazione LTC, ovvero sottolineando quelle caratteristiche dell'uno e dell'altro che risultano, nel confronto, più adatte a sostenere le esigenze effettive di un bisogno di n.a. che coinvolge così drammaticamente sia la stessa persona che il contesto sociale di riferimento più o

meno intimo. È in questa direzione, nonostante il tema della non autosufficienza possa rappresentare a livello di principio, uno dei diritti di salute che si ritiene debbano essere supportati dal SSN e in misura universalistica, che un sistema assicurativo privato per LTC può essere pensato come supporto alle sue lacune e così come accade in altri contesti che con più o meno successo hanno realizzato, pur a fronte di inquadramento legislativo nazionale, tali forme di supporto.

2.1. *In primis: evitare i rischi di duplicazione*

Il primo elemento da considerare in prospettiva di supporti alternativi a quello pubblico nell'eventualità di un sostegno per la non autosufficienza è senz'altro da inquadrare nel tipo di rapporto che si deve co-stabilire tra offerta del pubblico e eventuale offerta dell'assicurazione privata: tale rapporto va modulato adeguatamente nel senso che vanno evidenziati e possibilmente evitati, i rischi di “duplicazione” che un disegno poco accorto potrebbe sviluppare. Tale rischio si realizza quando la copertura fornita dal SSN e la eventuale copertura privata si sovrappongono, sia dal lato dell'offerta dei servizi, che da un punto di vista economico e dunque quando, per semplificare il discorso, il cittadino si trova a pagare due volte, per medesimi servizi forniti dal pubblico e dall'assicurazione.

In questo senso, ci sono alcuni problemi che non possono essere sottovalutati nella disposizione di soluzioni adeguate, e che qui accenniamo. Essi sono stati presi in considerazione per valutare le ipotesi di un'assicurazione che sostituisca il pubblico, o che viceversa vi si itegri. Ma come?

1. una prima questione: è possibile suddividere tra prestazioni di base, e

prestazioni accessorie²⁵, ovvero un possibile sistema studiato per la LTC potrebbe optare per una suddivisione tra prestazioni di base (offerte dal Sistema pubblico, ad esempio) da quelle accessorie (eventualmente coperte da forme assicurative)? Se si ipotizza, ad esempio, la possibilità di suddividere e ripartire le spese per la n.a. tra prestazioni di base, affidate al pubblico, e aggiuntive, offerte dal privato, si avrebbe infatti il problema di chiarire cosa risulti accessorio nel bisogno espresso dai n.a. che invece, come ribadito già a livello legislativo, è evento ad alto carattere socio-sanitario, e pertanto necessita spesso di forme di sostegno da parte di entrambi i comparti. Inoltre, nell'ipotesi di diritto di cittadinanza al sostegno per la non-autosufficienza ad universalismo selettivo sulle prestazioni (i più poveri), tale operazione equivarrebbe a lasciare scoperti dai servizi assistenziali tutti i cittadini non assicurati.

2. Chiarito che parlare di "prestazioni di base" risulta abbastanza scomodo in ambito di non autosufficienza, e che dunque su questo versante sia meglio prevedere un'integrazione, possibile poi prevedere una modalità di sostegno tra pubblico e privato che prescindendo dal reddito? Se la logica che va prefigurandosi è di tipo solidaristico, integrare soluzioni pubbliche a soluzioni private nel campo della non autosufficienza necessiterà di un inquadramento legislativo quale presupposto che faccia salvi i principi dello stato sociale e di solidarietà, e su cui sia possibile avvitare sistemi di II e III pilastro, per contribuire nell'allocazione di un montante di

risorse adeguato al problema. Per essere più chiari, nell'ipotesi che si prefigura, e formulata a partire dalle osservazioni sul FRNA, così come ad esempio inquadrato per la regione Emilia-Romagna, la fascia più scoperta sarà quella dei lavoratori di oggi, con o senza contratto di lavoro a tempo indeterminato. Nel primo caso (lavoratori senza contratto a tempo indeterminato), stando la situazione ad oggi, essi avranno in prima istanza il problema della casa (come pagare l'affitto con continuità, come eventualmente pensare ad acquistarla con un mutuo), quindi quello della pensione e si presume che una LTC privata non rientri nelle loro priorità. Nella previsione più rosea, essi avranno guadagni elevati tali da consentire formule pensionistiche del III pilastro, ovvero stipulate individualmente, in quella più nefasta, rientreranno nel bacino di riferimento del SSN.

Nel secondo invece di lavoratori a tempo indeterminato, essi avranno una pensione, non sufficiente a coprire le spese per n.a. che potesse gravare, ma nemmeno tanto bassa da rientrare nelle stime dei criteri di sostegno pubblico.

La nostra ipotesi nasce da questo tipo di prefigurazione, e si concentra sui lavoratori dipendenti con contratto di lavoro a tempo indeterminato e soggetti a contrattazione collettiva, o lavoratori autonomi compresi in fondi di categoria. In questo senso, si presume che, quando il tema della non-autosufficienza sarà oggetto di interesse legislativo effettivo e mirato, sarà l'integrazione socio-sanitaria ad influenzarne l'espressione e dunque anche il rapporto eventuale tra sostegno pubblico e

25. Si veda anche nota 23.

privato. Tale aspetto richiederà chiarimenti, tra cui:

- definire cosa offre sulla carta il SSN e cosa l'assicurazione (comparare i criteri di definizione della non autosufficienza);
- definire i limiti e le potenzialità reali del SSN (maggiore aderenza tra quanto può effettivamente l'SSN e non in linea di principio) riguardo al fondo per la non autosufficienza e quelli di una assicurazione;
- approfondire il problema dell'integrazione socio-sanitaria e relative definizioni operative uniformi (Livesas non definiti nonostante presupposti della 328/2000).

2.2. *Quadro emergente per un modello di assicurazione LTC integrativa, privata e collettiva*

Date le considerazioni esposte, di seguito vengono evidenziate alcune caratteristiche di sintesi delle tipologie principali di assicurazione presenti e in qualche modo già disponibili per il bisogno di cure a lungo termine e rintracciabili:

- assicurazione Malattia, II codice assicurazioni;
- assicurazione Vita: ramo I codice assicurazioni.

Ci sono dunque caratteristiche di base che contraddistinguono l'uno e l'altro ramo assicurativo e che si possono prestare, con alcune declinazioni differenti, a supportare un prodotto as-

sicurativo per le cure di lungo assistenza, in gergo tecnico definite di LTC. La tabella nella pagina seguente le sintetizza. Il confronto che segue, è dunque tra caratteristiche che il tipo di assicurazioni Malattia/danni e quello Vita potrebbero garantire rispettivamente per una polizza LTC e considerate in funzione all'intento di introdurre un eventuale supporto per il bisogno di non autosufficienza che si prefiguri all'interno dello scenario sin qui delineato.

In primis, abbiamo considerato la configurazione della assicurazione collettiva²⁶ e non la versione individuale, proprio perché obiettivo di questo confronto è espressamente mirato ad individuare soluzioni per il bisogno di n.a. al di là di chi può provvedere ad esso in virtù di capacità di accumulo personali e volontarie²⁷.

Date le considerazioni sopra sintetizzate, ai fini della situazione di n.a., si pensa che la tipologia di polizza LTC fornita da un'assicurazione ramo Vita sia interessante se collegata ad un piano impostato per corrispondere una rendita pensionistica integrata, o che possa rispondere efficacemente alle esigenze di chi sottoscrive un contratto LTC in forma individuale.

Nel caso di una ipotesi di copertura LTC collettiva, invece, si presume che l'assicurazione LTC ramo Malattia presenti alcune caratteristiche più adeguate ad essere applicate ai non autosufficienti di domani, e attualmente lavoratori.

26. Si intende, con *assicurazione collettiva*, un tipo di assicurazione stipulata ad un soggetto collettivo (in genere un'azienda): il contraente e il decisore d'acquisto che firma il contratto è il soggetto giuridico (l'azienda), mentre gli assicurati, ovvero i beneficiari del servizio, sono i dipendenti dell'azienda (appunto una collettività). La popolazione di riferimento non è quella nazionale, e per questo è definita come gruppo artificiale (ad es.: tutti i dipendenti di una azienda).

27. Il percorso analitico rispetto alla ricostruzione di entrambi i rami assicurativi rispetto a LTC, è documentato e disponibile nel Rapporto di ricerca da cui, in parte, stato tratto questo articolo, e a cui si deve qui obbligatoriamente rimandare.

Tab. 1 - Polizza Vita e Polizza Malattia: principali caratteristiche

<p>Polizza Vita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. logica del risparmio finanziario individuale: se il montante non è elevato (ovvero se non si è versato molto e per molti anni) è poco idonea a coprire le necessità di n.a.; 2. l'assicurazione deve tarare premi, ovvero ritrarre il premio, ovvero "tassare il rischio"²⁸ in modo diversificato per i vari assicurati; 3. costi di copertura onerosi per le persone più a rischio; 4. i soldi di cui beneficia il cliente n.a. non sono vincolati alle prestazioni di n.a. <p>Polizza Malattia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. principio mutualistico e logica meno finanziaria: lavora specificamente in termini di copertura di rischio e ripartizione; 2. per l'assicurazione stessa è più semplice tassare il rischio a seconda degli andamenti di LTC del gruppo di riferimento (così come avviene per invalidità o premorienza); 3. costi non eccessivamente onerosi per chi ha età più avanzata; 4. polizza completamente legata all'evento di n.a. per servizi e/o prestazione economica.
--

Essa tuttavia deve specificare con chiarezza la sua capacità di tararsi sui punti individuati, evitando i pericoli di duplicazione sia nella fornitura di prestazioni che nella copertura economica, che devono tenere conto delle spese e del bisogno del singolo di tipo socio-sanitario e utili alla situazione di n.a. Va inoltre messo in evidenza che l'assicurazione Vita, per le sue caratteristiche di accumulo nel tempo, può rappresentare invece una migliore tutela per l'assicurazione che si accollì un rischio, come si è detto, dalle stime piuttosto aleatorie allo stato attuale.

A queste osservazioni si pensa sia necessario combinare le aspettative principali, ovvero gli elementi che un'assicurazione LTC dovrebbe contenere per rispondere alle esigenze dei beneficiari²⁹:

- rendite accettabili, in grado di sostenere effettivamente i costi che la n.a. implica e tenuto conto che il

SSN garantisce per tutti il 50% dell'intervento;

- garanzia sicura e nota dell'ammontare della copertura al lavoratore, a prescindere che ci siano squilibri tra proiezione dati sulle stime del premio e realtà effettiva di casi di n.a. tra gli assicurati;
- la copertura per LTC fornita deve essere garantita sia durante la fase attiva del cittadino lavoratore che quando il cittadino lavoratore va in pensione, ovvero quando la situazione di n.a. è più probabile che si verifichi;
- la possibilità che i soldi versati e che non vanno a coprire situazioni di n.a. non siano a fondo perduto, ovvero che in caso di eventuali riserve, dovute ad un buon andamento del fondo (e al basso verificarsi di casi n.a.), esse siano disponibili e accantonate costituendo un fondo

28. Vedi nota 24.

29. Tali osservazioni sono state tratte da colloqui specifici, per una loro rassegna più dettagliata si rimanda al Rapporto di ricerca (vedi nota 1).

- per n.a. aziendale permanente e finalizzato a coprire periodi peggiori e/o a migliorare le sue prestazioni³⁰;
- essere un fondo riassicurato, a sua volta coperto dal rischio di non riuscire a coprire le prestazioni garantite al seguito di verificarsi di tassi di disabilità e/o costi superiori a quanto stimato.

Il tutto inquadrato in un comportamento dell'assicurazione adeguato all'esigenza di n.a.: esso deve orientarsi in maniera non prettamente finanziaria³¹, ma deve essere teso a salvaguardare la dignità del singolo eventualmente soggetto a situazione di n.a. possibile?

In Germania, per fare in modo che le persone "costrette" a rivolgersi ad una compagnia assicurativa per il fon-

do di assistenza potessero al contempo essere tutelate e ottenere condizioni contrattuali socialmente eque e sostenibili, il legislatore ha stabilito clausole generali obbligatorie, ovvero deroghe delle consuete condizioni contrattuali tipiche del settore di investimento privato, soprattutto nel calcolo dei premi (ovvero l'importo che il cittadino paga)³².

2.3. *Ipotesi di un modello integrativo per LTC, con principio correttivo a doppio accumulo*

Sulla scorta di quanto accennato si qui, si prospetta un'ipotesi³³ di copertura collettiva LTC, di natura integrati-

30. Tale meccanismo, in gergo tecnico definito di "partecipazioni agli utili", comporta una controparte piuttosto spinosa, in quanto richiama e si oppone ad un pilastro delle assicurazioni danni/malattia, ovvero il cosiddetto "fondo perduto". Tale strumento è importante, perché fornisce un fondo prudenziale alle stesse assicurazioni, che culturalmente è già noto e accettato dal cittadino in altre formule ad indennizzo più comuni (tutte le assicurazioni ai veicoli, ad esempio, funzionano con questa logica, secondo la quale il versato ritorna in forma maggiorata al cittadino solo in caso si realizzi il danno per cui si è assicurato). Anche per la non autosufficienza un fondo prudenziale risulta utile; se infatti è possibile che per un lungo lasso di tempo i soldi versati non siano spesi per situazioni di n.a., non è detto che quelle evenienze non si realizzino in seguito: l'assicurazione copre infatti il beneficiario per tutta la vita, e rispetto ad una condizione che evolve nel tempo, anche solo tenendo conto degli stessi anni che possono coinvolgere una persona in condizione di n.a. La partecipazione agli utili va per questo intesa come modalità per investire in qualche modo i soldi versati, e con massima trasparenza, in base ad un criterio di finalità alle situazioni di n.a., e al netto dei costi di gestione, dei caricamenti e delle spese sostenute per LTC. In questo senso, è possibile pensare anche a modalità di defiscalizzazione o detrazione.

31. Per quanto riguarda il "ricavo" dell'assicurazione, va chiarito che i costi di caricamento e le spese di gestione dell'assicurazione non tengono conto solo della gestione effettiva o degli utili attesi, ma devono sostenere anche un *coefficiente di rischio* che in questo settore, legato alla n.a. appunto e a copertura vita natural durante, è più elevato rispetto ad altri.

32. Va annotato, tali clausole furono inizialmente proposte dalla associazione nazionale delle stesse compagnie assicurative tedesche, al fine di "sopportare" la eventuale concorrenza delle Casse mutue pubbliche. In seguito il legislatore ha ridimensionato e che esse non sono vincolanti per le polizze di assistenza stipulate volontariamente, quali sono le polizze di III pilastro. Per approfondimenti si veda, oltre al nostro rapporto di ricerca, Isvap [2007].

33. Si specifica che si tratta di un'ipotesi e che nell'eventualità, essa deve essere vagliata tecnicamente al fine di definirne i requisiti di fattibilità e lungo prospettive attuariali di stima.

va e vincolata alla contrattazione collettiva (ma potenzialmente allargabile anche ai fondi di categoria). Come “base” di partenza si è optato per la tipologia di assicurazione danni/malattia, in base alle argomentazioni già esposte, su cui sono stati messi a punto alcuni correttivi specifici e tali per cui la proposta suppone un vero e proprio ramo LTC, che sappia sposare la prestazione attraverso il principio della mutualità, ma consenta anche la rivalutazione di ciò che è stato versato e non viene speso, o che sarà speso in futuro e disponibile in maniera migliorata. Pertanto lo sforzo prodotto, è verso l’ideazione di un’assicurazione LTC diversa da quelle tradizionalmente sviluppate dal ramo danni/malattia (ma con alcune sue caratteristiche), così come dal ramo vita. Tale strumento, per avere una diffusione importante e supportare il bisogno di n.a. in maniera peculiare, deve possedere una forte connotazione sociale e allontanare l’ipotesi più strettamente commerciale che accompagna altri prodotti assicurativi.

L’assicurazione è basata sul principio della mutualità e corrisponde agli assicurati un sostegno economico e/o servizi vincolati al verificarsi della situazione di n.a.; tali prestazioni, economiche o di servizi, devono essere adeguate al bisogno, stabilite in anticipo e

note al cittadino, e tali da integrare la prestazione socio-sanitaria garantita dal SSN al momento dell’evento e nel luogo di residenza. Il cittadino lavoratore assicurato riceve le prestazioni di *care* in qualsiasi momento a partire dal quale abbia contratto l’assicurazione LTC, ovvero non è vincolato al raggiungimento di una determinata età, o all’accantonamento diretto delle somme di denaro necessarie.

Il premio è ripartito sulla collettività, su cui è stimata anche una riserva tecnica di senescenza³⁴, per cui l’aliquota dell’importo è identica per tutti, a prescindere da sesso ed età. Ad ogni rinnovo del contratto vi è una revisione dei conti e dell’importo dei premi (dunque vi è una nuova tassazione del rischio) in base alla composizione del gruppo assicurato e dell’incidenza di sinistrarietà legata alla LTC verificatasi.

Nel modello³⁵ che si propone, il premio da corrispondere dovrebbe essere completamente finalizzato alla situazione di LTC, ovvero costituire un fondo per la n.a. aziendale in maniera stabile nel tempo. Il che significa che, se la quota versata per LTC in un periodo di riferimento non viene spesa per la collettività, essa dovrebbe restare disponibile per quell’evento, ovvero essere accumulata³⁶.

34. Misura tecnica assicurativa; essa è individuata dalla distinzione fra premio naturale/artificiale, ovvero l’entità del premio pagato dall’assicurato viene calcolata in base alle caratteristiche dei clienti assicurati e che fanno parte della collettività considerata (nell’ipotesi qui proposta, l’azienda) ed è quindi in questo senso misurato/bilanciato su età, lunghezza del contratto. In questo modo, si paga una cifra stabilita che è uguale da inizio a fine contratto. Questa cifra pertanto prevede una riserva interna già stimata per coprire l’aumento del rischio naturale. Questo elemento di capitalizzazione non viene avvertito dal cittadino, proprio perché paga sempre medesima somma (e questo è anche il motivo per cui non conviene rescindere il contratto prima della conclusione stabilita).

35. Nel rapporto di ricerca prodotto, i modelli originariamente ipotizzati sono 2. Qui si è scelto di riportarne solo uno, per motivi di spazio e di significatività.

36. Le tradizionali polizze LTC-Malattia sono invece solitamente a fondo perduto, ovvero sono caratterizzate dalla perdita di quanto versato a fronte di un rischio che non si è verificato e per il quale ci si è assicurati. Questa perdita è bilanciata dal fatto che, se

Il contratto dovrebbe essere decennale (per garantire una durata) o fino a termine del contratto lavorativo. L'assicurazione è basata sul principio della mutualità e corrisponde agli assicurati un sostegno economico e/o servizi vincolati alla situazione di n.a. Tali prestazioni, economiche o di servizi, devono essere adeguate al bisogno, stabilite in anticipo e note al cittadino, e tali da integrare la prestazione socio-sanitaria garantita dal SSN.

In questa ipotesi, viene stabilito ex ante come ripartire le quote sul premio corrisposto dal singolo ovvero, la parte che va nel fondo non risente delle oscillazioni effettive dell'andamento di non autosufficienza, il che significa che la quota parte dei premi che confluiranno nel fondo per la n.a. non è al netto delle spese affrontate per la n.a., ma viene prestabilita.

Al momento della stipula di contratto, vengono indicate:

- a) la *quota parte del premio* (che in condizioni di normale assicurazione malattia, evapora) che deve andare a *costituire ed alimentare un fondo n.a. dell'azienda*, e secondo il principio di accumulo;
- b) la *quota parte che viene destinata all'assicurazione* e da suddividere in costi di gestione del fondo e carichi;
- c) infine un'ulteriore *quota* potrebbe essere *capitalizzata e rivalutata* e, al primo termine contrattuale, restituita al lavoratore. Va precisato che l'entità sarà piuttosto modesta, ovvero

potrà corrispondere ad un importo per una piccola spesa, una forma di piccolo risparmio maturato. Il tasso di rivalutazione dovrebbe comunque essere vantaggioso, ovvero sostenuto da forme specifiche di agevolazione di investimento tali che, per il lavoratore, sia in qualche modo vantaggioso aderire ad un contratto collettivo che promuova questa formula di assicurazione LTC di II pilastro.

In questo senso, l'opera del legislatore che si prefigura non è simile a quella svolta in Germania a partire dal 1994, ovvero non adotta misure obbligatorie per l'assicurazione LTC, ma predispone affinché la sua adozione sia privilegiata in sede di contrattazione tra le parti, sia perché ritenuta utile al bisogno specifico per cui è attivata, ma anche perché esiste un principio di accantonamento. A scadenza contratto lavorativo la cifra maggiorata sarà disponibile per il soggetto, come si è detto, in forma di piccolo risparmio e corrispondente alla quota parte accantonata negli anni di durata del contratto. Il beneficiario ne potrà usufruire a prescindere dal verificarsi di situazioni di n.a., ovvero quei soldi maturati (da vedere come) possono essere ritirati dal soggetto, se decide di ritirarli, oppure, sempre secondo decisione personale del contraente, che potrà a sua volta anche scegliere di convertirli, accendendo un Fondo pensionistico integrativo individuale. Questa seconda soluzione, in particolar modo, dovrebbe essere sostenuta da una ade-

l'evento si verificasse, la persona godrebbe di un supporto slegato dal suo effettivo peso contributivo e spalmato sulla collettività degli assicurati che si assumono un rischio in questa formula solidale. La possibilità che questo tipo di formula possa sostenersi ha il suo nucleo nel ponderare l'effettiva e vantaggiosa assunzione di rischio che, per una compagnia assicurativa, corrisponde alla valutazione che il numero degli eventi di rischio realizzabili abbia incidenza minore rispetto al numero complessivo degli assicurati, ovvero che l'evento di rischio sia più improbabile del suo verificarsi per ogni assicurato. In base a queste stime vengono stabilite debite proporzioni sulle cifre necessarie per coprire il rischio calcolato, ovvero per la sua tassazione.

guata concertazione legislativa e a fronte di incentivi concreti (ad es. sgravi fiscali³⁷).

Se l'ipotesi fosse sostenibile, la polizza LTC potrebbe diventare un canale per incentivare l'adesione a forme di previdenza complementare. L'ipotesi di sgravi contributivi, come prospettato recentemente dalla Banca d'Italia (cfr. "Sole 24 ore" del 1 giugno 2006) potrebbero andare in questa direzione, con la previsione che vantaggi per i lavoratori di questo tipo compenserebbero la perdita di un canale di finanziamento a costi inferiori a quelli di mercato.

Per cui, in questa ipotesi di principio correttivo a doppio accumulo:

- a) annualmente, parte del premio (che in condizioni di assicurazione malattia evapora) deve andare a costituire ed alimentare un fondo n.a. dell'azienda (da verificare tecnicamente à partecipazione agli utili). Tale soluzione consente di accumulare risorse economiche sia per i lavoratori in uscita, che per il possibile aumento delle situazioni di n.a. nel tempo;
- b) scaduti i 10 anni (o la fine del rapporto lavorativo) quota parte del premio potrà:
 - essere corrisposta alla persona come rendita diretta (su modello libretto di deposito, ad esempio), e risultare utile per "piccole" spese vive;
 - oppure, essere riversata, con agevolazioni sul tasso di interesse, su un prodotto pensionistico com-

plementare (FIP) da accendere ex novo (che potrà poi essere più o meno integrato dal singolo) o già esistente.

Questa ulteriore ipotesi, viene suggerita per incentivare l'adesione ad un'assicurazione LTC. Si presume infatti che l'assicurazione LTC è un tipo di assicurazione che, sia per il periodo storico-economico in cui si trova l'Italia, che per le sue caratteristiche specifiche (prefigura una situazione particolarmente negativa) e quindi per il rischio incerto a cui il soggetto è esposto, può risultare poco appetibile. Il fatto che i soldi corrisposti vengano perduti, ovvero che a fronte di un esborso certo ci sia una relativamente bassa possibilità di beneficiarne, può risultare uno degli elementi deterrenti al suo decollo. In questo senso, va prestabilita la quota per i costi di gestione del fondo da parte dell'assicurazione e i suoi caricamenti (che come più volte ribadito non devono essere di natura speculativa), la quota che invece è a disposizione permanente e ad accumulo per la n.a. ed una quota di rientro al cittadino.

Facciamo un'ipotesi esemplificativa.

Ripartizione annuale del premio LTC versato:

- 50%: destinata al fondo aziendale per n.a.;
- 10%: costi gestione fondo e utili assicurazione;
- 40%: piccolo risparmio maturato e investito su fondi da individuare (da determinare il livello di rischio e il relativo tasso tecnico che si può ga-

37. A riguardo di questo ultimo punto, uno studio del 2001 e realizzato dall'ISVAP [1998], ipotizzava il decollo di un'assicurazione collettiva LTC esattamente opposto, ovvero a partire dai fondi pensione complementari si sarebbe potuta agganciare un'assicurazione per long term care. Esso non è risultato atualizzabile per il fatto che i fondi per la previdenza complementare, contro le previsioni, non sono decollati. Va sottolineato che se attualmente le cose sembrano destinate a cambiare, la LTC declinata così come proposto in questa sede potrebbe di contro rappresentare un possibile incentivo allo sviluppo di questo ambito.

rantire), che può essere corrisposto al soggetto al rinnovo del contratto (o a fine contratto lavorativo) oppure, a sua scelta, essere riversato su un fondo integrativo pensionistico, già esistente o da attivare.

Ad ogni rinnovo contrattuale, si rivedono le stime percentuali a seconda dell'andamento reale di eventi di non autosufficienza verificatisi.

2.4. E il finanziamento?

L'ipotesi che abbiamo appena delineato, richiede tuttavia un passo ulteriore e dunque un ulteriore sforzo immaginativo ovvero indicare chi potrebbe o dovrebbe finanziare il premio LTC. Visto che nel modello proposto l'assicurazione LTC è legata ad un contratto di lavoro ed è in forma collettiva, essa può essere sostenuta sul modello di *co-payment*, o co-finanziamento, realizzato in Germania, dove appunto l'assicurazione ai dipendenti, viene pagata in parte dall'azienda e in parte dal lavoratore stesso.

A prescindere dal modello individuato, rispetto alle possibilità obiettive di *co-payment* per la nostra nazione, vanno messi in evidenza alcuni punti da cui l'Italia si distanzia, laddove in Germania:

- tassi di invecchiamento e incidenza della disabilità sono prospettati più bassi rispetto all'Italia (vedi stime fornite nella I parte di questo rapporto); mentre è da considerare che quelle fornite dalla Germania risultano attualmente le cifre più complete e ritenute affidabili rispetto ai costi di incidenza per n.a.;

- assicurazione LTC è obbligatoria; contribuiscono anche i pensionati;
- ai fini delle prestazioni per la non autosufficienza il finanziamento è misto, pubblico sociale/privato³⁸;
- è agganciata all'assicurazione malattia presso un ente apposito (cassa) stipulata dai lavoratori, ma utile anche per i famigliari a carico.

Sistema sanitario basato sull'assicurazione sociale, contro sistema a tassazione.

Per quanto riguarda il nostro Paese va poi considerata la situazione attuale ed il ristagnare dei tassi di occupazione, così come l'incertezza sulla stessa contribuzione ai fini pensionistici. L'introduzione di un ulteriore aggravio sul costo del lavoro dipendente lascia piuttosto perplessi. Non solo esso non sembra inserirsi armonicamente in uno scenario di "riduzione del cuneo fiscale" così come va prospettandosi, ma aggraverebbe su più fronti lo scenario, ovvero renderebbe ancora meno appetibile l'assunzione di lavoratori dipendenti da un lato, e dall'altro graverebbe ulteriormente sul salario del lavoratore. In Germania tale soluzione è stata individuata abolendo una giornata festiva, e l'importo corrispondente, pari all'1,7 del salario, suddiviso tra datore di lavoro e lavoratore è stato finalizzato alla copertura LTC.

3. Quale contributo sociologico prospettabile

Prima di concludere questa riflessione, come si è visto in parte ipotetica, riteniamo importante sottolineare la necessità che sia dato maggiore

38. Per questa ragione l'ipotesi che sta prospettando l'ISVAP sembra indirizzarsi verso forme di contribuzione diversificate, ovvero con premio tarato sul singolo a seconda di età e sesso e anni di pagamento, perché altrimenti la polizza risulterebbe economicamente insostenibile in un contesto in cui lo stato non interviene.

spazio alla ricerca sociale in questo ambito e questo non solo nell'ipotesi eventuale di modelli integrativi di II pilastro supportati dal settore privato ai fini di un'assicurazione LTC, ma rispetto allo stesso prefigurarsi di una sensibilità collettiva e o pubblica rispetto alla tematica della non autosufficienza, che come più volte osservato, diventa prioritaria in vista del processo di consistente di invecchiamento della popolazione, ma che ovviamente non riguarda solo questo aspetto. Per esempio, ci sarebbe da indagare se esiste una capacità/volontà ad investire in questo ambito da parte del cittadino, e a quali condizioni. Una ipotesi da approfondire in merito è pertanto se esista una sorta di reticenza culturale a pensare alla possibilità futura di n.a. (e questo soprattutto per i giovani e gli adulti attuali), o di contro se un deterrente potrebbe essere individuato "semplicemente" per questioni meramente economiche. Interessante ancora puntualizzare l'assenza di un punto di vista soggettivo rispetto al bisogno da supportare: cosa intendono le persone per non autosufficienza? Se come detto, esistono criteri molto disparati di misurazione del fenomeno (ADL o IADL, tra le altre) e solitamente molto rigidi (3 livelli, come si è visto), per cui il sostegno viene garantito in situazioni di estrema invalidità, è possibile prevedere diverse sfumature, magari più calzanti? Alcuni studi recenti, ad esempio, mostrano aspetti molto interessanti nel ridefinire le esigenze che comporta il bisogno di non autosufficienza a partire dal punto di vista dei soggetti coinvolti [Reuben *et al.* 2004; Landi 2006], cosa che sareb-

be oltremodo utile approfondire, mediante studi di natura qualitativa. E ancora: l'assistenza domiciliare risulta la linea che il pubblico sembra preferire – tendenza europea che si è sviluppata a partire dagli anni '90 e che ha visto ridursi sensibilmente la quota di anziani ad esempio in strutture residenziali – eppure i dati a disposizione mostrano come le situazioni di assistenza con profili più alti, sono proprio quelle di contesti che non hanno trascurato la residenzialità, ma che anzi ne hanno considerato e approntato miglioramenti [Pesaresi e Gori 2006]. In altre parole, i dati presenti mostrano come i due servizi sembrano procedere in maniera parallela e dunque come la sostituzione tout court della residenzialità ad opera di politiche domiciliari si sia dimostrata fallimentare. Su questa scia, bisognerebbe anche chiarire se realmente le persone colpite dal bisogno di n.a. preferiscono la linea dei servizi, o se invece l'erogazione economica potrebbe risultare più confacente alle esigenze del soggetto³⁹ e nel caso, capire quali invece possano essere le resistenze. Inoltre, se il servizio pubblico, per vocazione da un lato, ma anche per esigenza economica, dall'altro, a fronte di una buona offerta socio-sanitaria, opta per la linea dei servizi, l'ipotesi di avvimento di supporti assicurativi, può fare altrettanto? Nel caso, una linea di servizi medico-sanitaria privata che tipo di considerazione ha da parte delle persone, sarebbe ritenuta affidabile? Se ad esempio si valuta che il tipo di servizio più richiesto/utile nella situazione attuale è quello di tipo socio-assistenziale, e in particolare risultano

39. N.B.: rispetto alla questione soldi/servizi, qui estremamente semplificata, va considerato anche il contesto culturale, di modo che la questione non sia semplicemente affrontata in maniera funzionale alle esigenze del sistema esistente, ma miri a capire le reali esigenze del bisogno della n.a. e, nel caso, ad andarvi incontro in maniera adeguata.

richieste le “badanti”, si potrebbe sviluppare o coordinare una rete ad hoc, non solo come smistamento di personale, ma anche come garanzia sul loro operato, e affidabilità, nel senso che va considerato il fatto che tali persone sono spesso accolte ob torto collo nella abitazione che prima era il regno esclusivo della persona e/o dei suoi familiari. In questo compito quale potrebbe essere il soggetto più adatto per organizzare il servizio in modo puntuale, ossia capace di gestione e supporto non aleatorio?

In ultimo, si sottolinea la necessità di potenziare adeguatamente prospettive di *welfare incrementale* [Conticelli 2007], individuando sotto questa dicitura quelle modalità di promozione della salute e della cultura della terza e quarta età. Una vasta letteratura dimostra infatti che non tutte le persone anziane hanno la stessa possibilità di perdere “autonomia” e sembra suggerire come non tutti gli anziani siano o saranno uguali rispetto al rischio di disabilità: bassi livelli di reddito e di istruzione risultano positivamente correlati con il rischio di mortalità e, in caso di sopravvivenza, con il rischio di trovarsi in cattive condizioni di salute [Mappelli 1999 e 2005; Or 2005; Rebba

2006]. Pertanto, malgrado le tendenze demografiche indichino che la popolazione anziana è destinata ad aumentare, e che la questione della non autosufficienza stia diventando sempre di più una questione su cui focalizzare attenzione di responsabilità collettiva, non vanno trascurate le potenzialità di una prospettiva *healthy ageing*, che dunque osservi con spirito positivo, e con esso si adoperi a sostenere concretamente, la possibilità di invecchiare che il miglioramento delle complessive condizioni sociali ha reso possibile⁴⁰ e che un’attenzione lungimirante potrebbe o, meglio, dovrebbe impegnarsi a sostenere.

Riferimenti bibliografici⁴¹

- Aa.Vv. (2004), *Diritti di cittadinanza delle persone anziane non autosufficienti*, editrice liberetà, Roma
- Aa.Vv. (2006), *Fuori dall’ombra*, Sindacato pensionati Cisl, Università Cattolica, Milano
- Aa.Vv. (2007), *Poveri di salute*, Università Torvergata, Roma
- Bury M. (2005), *Sulla malattia cronica e la disabilità*, in Fiocco P. e Mori L. (a cura di), *La disabilità tra costruzione*

40. McKeown [1979] già dimostrava che nell’800 e all’inizio del ’900 i miglioramenti nelle condizioni di salute nei paesi occidentali sono principalmente riconducibili a fattori ambientali (igiene personale, igiene alimentare, disponibilità di prodotti alimentari, miglioramento nella nutrizione, acque rese potabili, abitazioni salubri), mentre di contro il contributo della medicina alla mortalità sarebbe stato modesto fino ai primi anni del nostro secolo e solo a partire dagli anni ’30 il progresso nel campo medico, attraverso l’introduzione di nuovi farmaci, ha avuto effetto nella riduzione del tasso della mortalità e morbilità dei paesi sviluppati (vaccinazioni, cure primarie, attività di prevenzione che hanno ridotto i casi di insorgenza di malattie infettive e parassitarie o di malattie quali la tubercolosi). Tuttavia, anche in questo versante, pare che la riduzione delle malattie infettive sia stata in primo luogo dovuta ad un miglioramento nelle condizioni di vita e di lavoro, e decisamente marginale risulterebbero le innovazioni nel campo della prevenzione e delle terapie. Ancora: è stato evidenziato come il contributo delle attività di prevenzione primaria si sia rilevato di gran lunga più importante rispetto agli interventi di assistenza sanitaria secondaria.

41. Si rimanda a nota 1.

- dell'identità e cittadinanza, "Salute e Società", a. IV, n. 1: 150
- CENSIS, *Rapporto Annuale 2004*, Roma
- Cipolla C. (a cura di) (2002), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, FrancoAngeli, Milano
- Cipolla C., Guarino F. e Maturo A. (2006), *Prospettive di Long Term Care per lo scenario italiano. Verso la definizione di un modello per LTC in Italia, tra profili di invecchiamento, protezioni socio-sanitarie e contesto di welfare*, Fondazione Cesar, Centro Europeo di Ricerche dell'Economia sociale e dell'assicurazione, Bologna – disponibile on line: www.fondazionecesar.it/uploads/tx_useregidoc/LTC.pdf
- CNEL – Gruppo di lavoro Mercato sociale (1998), *L'assistenza ai non autosufficienti: azione pubblica e meccanismi di mercato*, rapporto n. 1 dell'indagine richiesta dalla Camera dei Deputati – Commissione XII Affari sociali
- Comino S. (2003), *Analisi di casi esteri di assicurazione sanitaria complementare: Australia, Francia e Germania*, in Nomisma, *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?*, op. cit.
- Coticelli C. (2007), *I costi della mancata integrazione*, "Salute e Territorio", vol. 27, n. 159: 339-348
- Fiocco P.M. e Mori L. (2005), *La disabilità tra costruzione dell'identità e cittadinanza*, "Salute e Società", anno IV, n. 1, FrancoAngeli, Milano
- Frank A. (1995), *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*, University of Chicago Press, Chicago
- Giarelli G. (1998), *Sistemi sanitari, per una teoria sociologica comparata*, FrancoAngeli, Milano
- Giarelli G. (2002), *Convergenza o ambivalenza? Elementi per un'analisi sociologica comparata dei processi di "riforma" dei sistemi sanitari*, in Cipolla C. (a cura di), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, op. cit.
- Giavazzi F. (2007), *L'occasione sprecata*, "Corriere della Sera", n. 157, 132, 4 luglio, Milano
- Gori C. (2003), *Il finanziamento dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti: strategie a confronto*, in Falcitelli N, Trabucchi M. e Vanara F. (a cura di), *Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devoluzione e valorizzazione delle autonomie*, il Mulino, Bologna: 461-504
- ISTAT (2000), *Le condizioni di salute degli italiani - anno 1999*
- ISVAP (1998), *Long Term Care (LTC) - le prospettive per il mercato assicurativo italiano. Due modelli a confronto: Germania e Stati Uniti*, Quaderno n. 3
- ISVAP (2007), *La non autosufficienza degli anziani: il caso italiano alla luce delle esperienze estere*
- Landi E., *La solitudine tra scelta e condanna: due gruppi di anziani a confronto*, [ww.centromaderna.com/doc_online_detalle.php?num=2322](http://www.centromaderna.com/doc_online_detalle.php?num=2322)
- Nomisma (2003), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?*, FrancoAngeli, Milano
- Nosengo N. (2007), *Poveri di salute*, Rapporto Sanità Ceis, Università Torvergata, Roma
- Pesaresi F. (2006), *Chi paga per l'assistenza socio-sanitaria ai disabili? L'orientamento delle regioni*, "Appunti", n. 5: 8-16
- Pesaresi F. e Gori C. (2003), *Servizi domiciliari e residenziali per anziani non autosufficienti in Europa*, FrancoAngeli, Milano
- Reuben D.B. et al. (2004), *The effect of self-reported and performance-based functional impairment on future hospital costs of community-dwelling older persons*, "The Gerontologist", vol. 44, n. 3: 401-407
- Trabucchi M. (2006), *Low cost nei servizi socio-sanitari: saggezza o malthusianesimo*, "Servizi Sociali oggi", vol. 11, n. 6: 19-21
- Trabucchi M. (a cura di) (2005), *Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari: dalla struttura della rete alla definizione delle tariffe*, Rapporto Sanità 2005, Fondazione Smith Kline, il Mulino, Bologna
- Who (2000), *Home-based Long-term care*, Report of a WHO study group, Geneva

*Master in
“Valutazione della qualità
dei servizi socio-sanitari”:
quali precedenti e quali
prospettive?**

di Agnese Accorsi

**1. Cambiamenti nell'organizzazione
dell'area socio-sanitaria e nuove
proposte formative**

Gli anni Novanta hanno visto, nei Paesi più sviluppati, un'accelerazione dei processi di mutamento dell'organizzazione sociale delle cure per l'effetto di due scenari [Ardigò 1997]: da una parte «l'avanzamento delle globalizzazioni e insieme delle gestioni privatistiche nella produzione e gestione dei beni e servizi sanitari» [ibidem: 31] e dall'altra l'emergere di «nuove insorgenze di “culture della salute” dal lato del paziente, fenomeni socio-culturali, per il recupero di medicine altre, alternative, pur se tra contrasti di ipermedicalizzazione della vita umana e, al contrario, di recupero della prevenzione e cura della propria salute come fenomeno unitario della persona, in anima e corpo» [ibidem: 33].

Lo stesso Sistema sanitario nazionale ha subito, negli ultimi anni, un processo di profonda trasformazione dell'assetto uscito dalla riforma del 1978 e ha imboccato un percorso non senza incertezze e contraddizioni. Da un lato sono richiesti dei cambiamenti nel senso di rapidità, dell'efficienza e quindi anche della standardizzazione e della risposta immediata, dall'altro si

raccomandano e si pretendono mutamenti nel senso di amplificare le interazioni con chi direttamente e indirettamente fruisce di servizi socio-sanitari e di qualificare tali interazioni in modo “più umano”, più sensibile alle specificità. Ciò al fine di recuperare una concezione complessa e complessiva di salute che permetta di affrontare la “questione salute” in termini moderni, muovendosi verso una cittadinanza sanitaria [Cipolla 2002] che ponga al centro del complesso sanitario il cittadino in quanto quest'ultimo ne dovrebbe essere il fine ed il senso.

La proposta di Master promossa dal Dipartimento di Sociologia di Bologna, unica nel suo genere in quanto introduce la valutazione dal lato del cittadino, intende partire da tale scenario di riferimento per offrire un percorso formativo a tutti coloro che sono interessati ad avviare o ad approfondire percorsi di valutazione finalizzati ai processi di miglioramento continuo del sistema-organizzazione basati sulla qualità come strumento di innovazione e di risposta ai mutamenti che l'ambiente esterno costantemente induce.

In particolare, il Master si fonda su quattro presupposti fondamentali formulati sulla base dell'esperienza della Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria e Corsi di perfezionamento attivati negli anni '80:

- la valutazione di qualità nei servizi alla persona costituisce un problema complesso per la diversità degli attori, aspetti, dimensioni e livelli che risultano implicati;
- ciò rende inadeguati i diversi approcci particolari per la parzialità dell'ottica unilaterale adottata da ciascuno di essi: occorre ricomporre

* Il senso di questo lavoro è di essere un pro-memoria di un filone formativo dedicato alla Sociologia della salute in occasione dei venticinque anni dalla sua nascita, dovuta soprattutto all'intuizione e alla vocazione innovativa del prof. Achille Ardigò.

- il quadro in una logica di approccio integrato, pluralista, multidimensionale e multicriteri;
- la valutazione costituisce uno strumento per la gestione della qualità dei servizi socio-sanitari nel contesto del più ampio ciclo della programmazione che ricomprenda altri momenti fondamentali quali l'analisi della situazione e la pianificazione e implementazione dell'intervento;
 - in un'accezione non riduttiva della qualità diviene centrale la dimensione culturale quale strumento chiave del mutamento organizzativo, da attivarsi mediante processi formativi strutturati non separati dall'operatività e non disgiunti da altri aspetti quali quello informativo, di gruppo, di governo dei processi e di gestione delle risorse umane.

2. Tappe che hanno premesso la nascita del Master

2.1. Il passato: la "Scuola di Bologna"

Fra gli anni '70-'80 la cosiddetta "scuola di Bologna", il cui leader è stato il prof. Achille Ardigò, inizia le proprie riflessioni sui temi della salute a partire dalla critica a quelle sociologie prevalenti all'estero che, con impianti prevalentemente funzionalistici e strutturalistici, consideravano la salute/malattia dal punto di vista dei sistemi sa-

nitari o comunque delle dimensioni sanitarie dei sistemi sociali, in funzione delle dinamiche strutturali della moderna società capitalistica¹. La Sociologia della Salute ha ribaltato questa impostazione, infatti «si distingue dalla sociologia della medicina perché tende a sottolineare in primis l'autonomia dell'approccio socio-sanitario nell'impianto concettuale e metodologico, rispetto a quello bio-medico» [Ardigò 1997: 77]. Tale originale approccio non si concentra unicamente sul sistema sociale e sull'organizzazione istituzionale delle cure, ma include anche la natura esterna (ambiente fisico), la natura interna (il corpo-mente) ed il sé quale soggetto cosciente e capace di relazioni intersoggettive di mondo vitale quotidiano.

Dal gruppo di Bologna seguirono varie iniziative² e pubblicazioni scientifiche che hanno accresciuto la rilevanza della disciplina dentro e fuori la cultura accademica. In particolare, nel 1982, fu avviato un Corso di Perfezionamento in Sociologia Sanitaria diretto prima da Achille Ardigò e, successivamente da Pierpaolo Donati. Nel 1988 nacque la Scuola di Specializzazione in Sociologia Sanitaria, fondata e diretta da Achille Ardigò (a.a. 1988/89-1995/96), poi diretta da Costantino Cipolla (a.a. 1996/97-2001/02) e infine da Sebastiano Porcu (a.a. 2002/03-2003/04)³.

«L'idea della Scuola – come ha riferito⁴ C. Cipolla – nasce nella mente di Achille Ardigò. A quell'epoca le Scuo-

1. Cfr. SISS (a cura di) (2004), *La sociologia della salute in Italia: temi approcci, spendibilità*, "Salute e Società", a. III, n. 3, FrancoAngeli, Milano.

2. Oltre ai percorsi formativi già citati derivarono [Cipolla 2004] anche tre convegni nazionali dedicati alla Sociologia sanitaria: rispettivamente nel 1982 "Salute, sistema sociale e mondo vitale", nel 1985 "Salute e complessità sociale", nel 1988 "La cura della salute verso il 2000" e nel 2000 "Saperi e professioni sociologiche nel cambiamento del Servizio Sanitario Nazionale".

3. Si veda "Vademecum", più oltre.

4. Queste informazioni derivano da un'intervista rilasciata da Costantino Cipolla, Direttore della rivista "Salute e Società", Presidente della Laurea Specialistica in "Sociologia

le di specializzazione potevano essere fatte in tutti gli ambiti sia medici che non, cosa che oggi non è possibile e quindi siamo stati costretti a chiuderla e a trasformarla in Laurea specialistica. Ma la genesi della Scuola è legata ad Ardigò, il quale, quando decise alla fine degli anni '70 di occuparsi di Sociologia della salute e di lanciare questa disciplina in Italia in occasione della nascita del Ssn, mise attorno all'attività intellettuale e di ricerca delle iniziative di tipo istituzionale: da lì fece nascere il Corso di perfezionamento e la Scuola di specializzazione. Credo che il suo intento fosse quello di mettere accanto alle iniziative più effimere di ricerca qualcosa di più strutturato e di istituzionale come la Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria (prima e unica di durata biennale)⁵, approvata lentamente e faticosamente dal Ministero».

Con la riforma universitaria del 1999, il passaggio al modello 3 (laurea di base) + 2 (laurea specialistica) ha portato a chiudere la Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria e a trasformarla in Laurea specialistica in *Sociologia della Salute e degli Stili di*

Vita, mentre il vecchio Corso di perfezionamento su *La valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari* è stato sostituito da un Master omonimo di 60 crediti formativi. Il Master, come ha sottolineato C. Cipolla nell'intervista citata, nasce come tentativo di sviluppare istituzionalmente e di sopperire a ciò che si era perso con la chiusura della Scuola di specializzazione in Sociologia sanitaria.

Tutte queste iniziative formative fanno parte di una logica di rete che comprende anche una rivista "Salute e Società"⁶, una collana dallo stesso titolo e (a suo modo) la SISS (Società Italiana di Sociologia della Salute). Questa rete, nel suo insieme, vorrebbe essere una base strutturale che continua nel tempo e che aspirerebbe ad allargarsi.

2. Il Master: alcuni concetti di riferimento

Un Master⁷ che tipo di formazione è? Cominciamo col dire cosa *non* è: non è formazione di base, non è formazione professionale e non è formazione

della Salute degli Stili di Vita", Direttore del Master in "Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari", nonché di diversi Corsi di Alta Formazione sempre su tematiche legate alla salute (Cfr. Vademecum).

5. Gli insegnamenti erano divisi in fondamentali e facoltativi. I fondamentali erano: sociologia, sociologia sanitaria (I e II), statistica sanitaria, tecniche di ricerca sociale, criminologia, sociologia dell'organizzazione, politica sociale e sanitaria, sociologia del lavoro e delle professioni socio-sanitarie. I facoltativi, invece, erano: igiene, epidemiologia, economia sanitaria, politiche sociali e sanitarie per l'invecchiamento, le organizzazioni non profit nel settore socio-sanitario, invecchiamento, stato di salute e reti sociali, sociologia della bioetica, metodi e tecniche degli interventi socio-sanitari, metodologia della ricerca qualitativa.

6. In occasione del V anno della Rivista "Salute e Società", la Facoltà di Scienze Politiche "R. Ruffilli", in collaborazione con Polo Scientifico-didattico di Forlì e il Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna, ha organizzato a Forlì il 19-21 aprile 2007 un Convegno Internazionale dal titolo *Scienze Sociali e Salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?*

7. Le informazioni di questo paragrafo sono state ricavate da documenti relativi al Master recuperati nell'archivio del Dipartimento di Sociologia.

sul lavoro in senso stretto. Il Master è invece un pezzo di formazione permanente che può essere definito ipoteticamente come un intervento formativo specialistico finalizzato a sviluppare la *cultura professionale* dei partecipanti mediante una serie di metodologie co-gestite di *apprendimento consapevole*.

Il tentativo da parte del Comitato Scientifico di definizione ipotetica della tipologia di formazione propria di un Master sulla qualità dei servizi socio-sanitari ha due correlati:

- 1° correlato: che cos'è una cultura professionale? Se si prende per buona la definizione proposta da M. Bruscazioni [1997], si può affermare che il "sistema cultura professionale di un individuo" è composto da due sottosistemi, quello contenutistico-tecnico-specialistico o sapere professionale (informazioni, conoscenze complesse, tecniche e metodologie, possesso razionale di capacità) e quello antropologico-psicosociale-ambientale o cultura organizzativa di ruolo (valori professionali, credenze professionali, atteggiamenti professionali, norme implicite);
- 2° correlato: che cosa significa apprendimento consapevole? Un'attività nella quale un soggetto che apprende è pienamente consapevole di come e di cosa sta apprendendo grazie ad un percorso di co-apprendimento di tipo adduttivo⁸ in cui l'esperienza di cui è portatore viene riletta e rielaborata (processo induttivo) alla luce del quadro di riferimento concettuale e metodologico (processo deduttivo) acquisito durante il corso.

Nella piena consapevolezza che la formazione non è certo l'unico fattore

ad influire sulla cultura professionale di soggetti (altri potrebbero risultare più efficaci come il sistema premiante, le direttive gerarchiche, la struttura organizzativa...), si è tentato di avanzare una tesi realistica in merito alla finalità del Master: esso è un tentativo di intervenire per modificare direttamente il sapere professionale dei partecipanti e solo indirettamente la loro cultura organizzativa di ruolo, in quanto né è finalizzato direttamente ad uno specifico contesto organizzativo né è legato ad una committenza particolare. Tutto ciò distingue un Master da qualunque tipo di formazione-intervento, finalizzata invece ad influire direttamente su entrambe le componenti della cultura professionale dei partecipanti in quanto legata ad un contesto organizzativo particolare e ad una committenza specifica. Anche il tipo di sequenze logiche di apprendimento sarà quindi diverso: nel caso della formazione-intervento essa sarà finalizzata all'acquisizione di modelli di comportamento professionale; nel caso del Master sarà finalizzata alla maturazione di capacità (saper fare conseguente a sapere cognitivo).

3. Master sulla valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari organizzato dal Dipartimento di Sociologia dell'Università di Bologna

Il corso si propone di: a) promuovere una *cultura della valutazione* tramite la diffusione di tale pratica nell'ambito dei servizi, dei programmi e delle politiche sanitarie e assistenziali pubbliche; b) migliorare la pratica della valutazione della qualità nei servizi so-

8. Cfr. voce «Adduzione» in Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, FrancoAngeli, Milano, p. 79 (5 voll.).

VADEMECUM⁹**Corso di perfezionamento in Sociologia Sanitaria**

A.A 1982/83. Direttore prof. Achille Ardigò.
Da 1983/84 a 1987/88. Direttore prof. Pierpaolo Donati.

Scuola di specializzazione in Sociologia Sanitaria

Da 1988/1989 a 1995/1996. Direttore prof. Achille Ardigò.
Da 1996/1997 a 2001/2002. Direttore prof. Costantino Cipolla.
Da 2002/2003 a 2003/2004. Direttore prof. Sebastiano Porcu.

Corso di Perfezionamento in “La Valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari”

1999/2000. Direttore prof. Costantino Cipolla. Tutor: Sabrina Corrao.
2000/2001. Direttore prof. Costantino Cipolla. Tutor: Emmanuele Morandi.

Master Universitario in “Valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari”

2001/2002: Master Universitario di I livello. Direttore prof. Costantino Cipolla.
Tutor: Stefania Florindi.
2002/2003: “Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari dal lato del cittadino”. Direttore prof. Costantino Cipolla.
Tutor: Stefania Florindi (Corso di Alta Formazione).
2003/2004: Master Universitario di II livello. Direttore prof. Costantino Cipolla.
Tutor: Cinzia Pizzardo.
2004/2005: Master Universitario di II livello. Direttore prof. Costantino Cipolla.
Tutor: Cinzia Pizzardo.
2005/2006: Master Universitario di II livello. Direttore prof. Costantino Cipolla.
Tutor: Cinzia Pizzardo.
2006/2007: Master Universitario di I livello. Direttore prof. Costantino Cipolla.
Tutor: Linda Lombi.
2007/2008: Master Universitario di II livello. Direttore prof. Costantino Cipolla.
Tutor: Linda Lombi.

Laurea Specialistica

Da 2002/2003 a 2003/2004: “Benessere, Sicurezza e Sociologia della Salute”.
Presidente prof. Costantino Cipolla.
Da 2004/2005 a 2007/2008: “Sociologia della Salute e degli Stili di Vita”.
Presidente prof. Costantino Cipolla.

Corsi di Alta Formazione

2006/2007: “Welfare state e cittadinanza: gay, lesbiche, bisex, trans (GLBT)”.
Direttore prof. Costantino Cipolla. Tutor: Agnese Accorsi.
2006/2007: “Metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle sostanze psicoattive”. Direttore prof. Costantino Cipolla. Tutor: Alessia Bertolazzi.
2007/2008: “Sociologia della Salute e Medicine Non Convenzionali”.
Direttore prof. Costantino Cipolla. Tutor: Ilaria Iseppato.

9. Cfr. verbali dei diversi percorsi formativi reperiti nell'Archivio del Dipartimento di Sociologia.

cio-sanitari attraverso la conoscenza delle diverse teorie, metodologie e tecniche relative alla valutazione con particolare riferimento alla qualità percepita in un'ottica multidisciplinare e nel riconoscimento della legittimità del pluralismo degli approcci utilizzati dalla comunità scientifica e professionale nazionale e internazionale; c) stimolare e favorire l'utilizzazione dei risultati della valutazione nell'ambito dei processi decisionali concernenti le fasi del ciclo della programmazione dei servizi socio-sanitari e il miglioramento continuo dei processi organizzativi in un'ottica di sistema-azienda; d) fornire gli strumenti operativi per l'attivazione di un sistema di valutazione di qualità nelle organizzazioni socio-sanitarie con particolare riferimento alla qualità dal punto di vista del cittadino.

Il Master, organizzato anche con l'apporto delle Agenzie sanitarie regionali dell'Emilia-Romagna, delle Marche, del Friuli Venezia Giulia e con la Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQuAS-VRQ), è articolato in un percorso didattico strutturato in nove moduli così individuati: sociologia della salute, sistemi comparati e politiche per la salute, teoria e strumenti di partecipazione e valutazione dal lato dei cittadini, metodi e strumenti qualitativi di valutazione della qualità percepita, metodi e strumenti quantitativi di valutazione della qualità percepita, qualità professionale e bisogni di salute dei cittadini, qualità organizzativa e responsabilità nei confronti dei cittadini, la valutazione economica degli interventi sanitari, programmazione sanitaria¹⁰.

La selezione dei docenti è stato ed è un problema perché, come ha assertedo C. Cipolla durante l'intervista, «in passato, nel contesto nazionale i sociologi della salute sono stati pochi, rari e con andamento variabile. Comunque, per coprire in modo robusto le materie di base, si è cercato di integrare le presenze bolognesi con docenti accademici esterni e docenti professionali (professionisti del settore) in modo da avere una docenza non solo teorica ma anche legata alla spendibilità concreta e quotidiana del proprio sapere nelle Asl».

Riprendendo la definizione delle finalità del corso, la possibilità di intervento indiretto sulla cultura organizzativa di ruolo dei partecipanti passa attraverso il *project work*: esso rappresenta il tentativo consapevole di integrare le nuove capacità acquisite (sapere professionale) nel sistema culturale professionale del soggetto attraverso la realizzazione di ricerche o esperienze operative dirette sul campo.

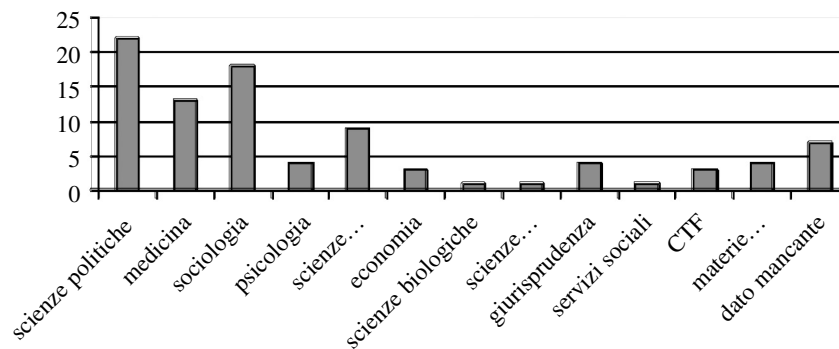
3.1. *Il bilancio: chi erano e chi sono gli studenti del Master*

L'indagine di seguito descritta è nata dall'esigenza di fornire un quadro conoscitivo degli studenti che hanno frequentato il Master. In particolare, sono stati presi in esame: le caratteristiche socio-demografiche e formative e la condizione occupazionale.

I dati relativi al sesso, all'età, alla provenienza geografica ed al background accademico sono stati attinti dal data-base dei Master passati. Per conoscere l'attuale condizione lavorativa degli ex-studenti sono state inoltra-

10. Le lezioni del Master da anni si svolgono, nella maggior parte dei casi, presso il Centro Residenziale Universitario di Bertinoro (FC), centro ideato e realizzato nel 1994 per ospitare corsi residenziali di formazione, seminari, convegni, iniziative di studio e di ricerca e gestito da una società ad hoc che vede la partecipazione dell'Università di Bologna.

Graf. 1 - Background accademico



te, invece, domande integrative¹¹ via e-mail¹² a tutti gli iscritti degli anni 2003/04- 2004/05- 2005/06.

Sesso e età. Il totale degli iscritti negli anni indicati è di 91: 54 di sesso femminile e 37 di sesso maschile.

Per quanto concerne l'età al momento dell'immatricolazione risulta che:

- il 6,6% al momento dell'iscrizione aveva meno di 25 anni;
- il 33% aveva un'età compresa tra i 25-34;
- il 35,2% aveva tra i 35 e i 45 anni;
- il 23,1% aveva più di 45 anni.

Provenienza geografica. Il 70,3% degli studenti proviene dall'Italia settentrionale, il 16,5% dal meridione e il 7,7% dal centro Italia. Pochi sono quelli che provengono dalle isole (solo il 2,2%) e dall'estero (3,3%).

Background accademico. L'indicazione del titolo di laurea conseguito era richiesto nella scheda d'iscrizione per cui i dati riguardano l'intero campione preso in considerazione. Come si nota dal Graf. 1 sottostante la maggior parte degli iscritti proviene da una laurea in scienze politiche (26,2%), seguita da sociologia (21,4%) e da medicina (15,5%).

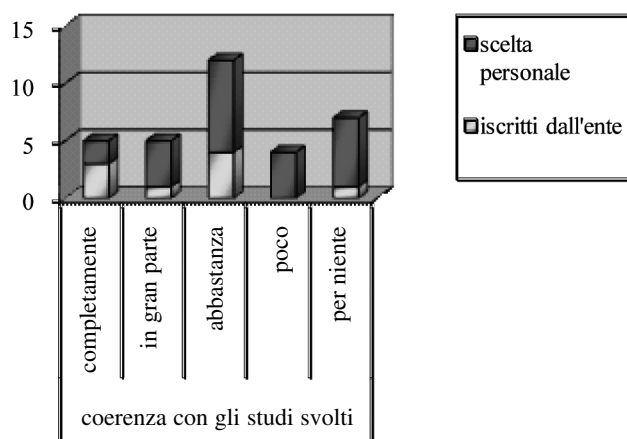
Paternità della scelta. In base alle 34 risposte ricevute è risultato che 9 si sono iscritti per scelta dell'ente di appartenenza e 25 per scelta personale.

Condizione prima del Master e Stage. Dei 34 studenti, 25 erano già in attività lavorativa, mentre 9 erano in cerca di occupazione. Dei 25 studenti, 18 hanno svolto lo stage presso l'ente in cui già lavoravano, mentre 7 hanno scelto un altro centro.

11. Le domande richieste via e-mail sono state: 1. laurea; 2. motivi dell'iscrizione al master (scelta personale, scelta dell'ente); 3. condizione prima del master (occupato, in cerca di occupazione, altro specificare); 4. condizione attuale (occupato, in cerca di occupazione, altro specificare); 5. dove ha svolto lo stage? (nello stesso ente in cui lavorava, altro); 6. adesso lei lavora (nello stesso ente presso cui lavorava prima di iniziare il master, nello stesso ente presso il quale ha effettuato lo stage, altro); 7. il suo tipo di occupazione è coerente con gli studi svolti durante il master? (per niente, poco, abbastanza, in gran parte, completamente).

12. Hanno risposto 34 studenti su 91 (37,4%).

Graf. 2 - Relazione tra coerenza del lavoro con studi svolti e paternità della scelta



Condizione lavorativa attuale. Attualmente 33 ex-studenti sono occupati, mentre uno è ancora in cerca di lavoro. I 9 studenti che al momento dell'immatricolazione erano senza lavoro, attualmente sono tutti occupati.

Ente. Per quanto concerne l'attuale ente di lavoro, 21 lavorano presso l'ente in cui erano impiegati prima dello stage, 10 presso un altro ente, 2 presso l'ente in cui è stato svolto lo stage e 1 è ancora in cerca di occupazione.

Coerenza del lavoro attuale con gli studi svolti durante il Master. Per quanto riguarda la coerenza degli studi affrontati nel Master con il lavoro attuale (si veda Graf. 2), sul totale dei 33 occupati, risulta che 5 (3 iscritti dall'ente di appartenenza e 2 iscritti personalmente) svolgono un lavoro completamente attinente alle materie del Master; 5 (1 e 4) in gran parte; 12 (4 e 8) abbastanza; 4 (0 e 4) poco e 7 (1 e 6) per niente.

4. Prospettive future

Nell'anno accademico 2006/2007 sono stati approvati e (onerosamente)

avviati due Corsi di Alta Formazione: "Welfare state e cittadinanza: gay, lesbiche, bisex, trans (GLBT)" e "Metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle sostanze psicoattive".

Il primo, unico in Italia nel suo genere, prevede l'approfondimento di tematiche sociali e culturali della realtà omosessuale. Gli insegnamenti del corso sono: identità e coming out in gay, lesbiche, bisessuali e trans; psicologia della salute e del rischio; sociologia delle sessualità; servizi socio-sanitari dedicati; salute e malattie sessualmente trasmissibili.

Il secondo, invece, si propone di favorire un approfondimento concettuale e pratico della tradizione metodologica che in sociologia ed in epidemiologia ha riguardato l'uso di sostanze psicoattive.

Inoltre, è in cantiere (per il 2007/2008) un Corso di Alta Formazione di natura interdisciplinare e multidimensionale sulle medicine alternative dal titolo "Sociologia della Salute e Medicine Non Convenzionali". Esso mira a far acquisire ai diversi operatori del settore, ma non solo, conoscenze e competenze per un approccio olistico

alla persona e a promuovere una riflessione su tematiche salienti del mondo sanitario quali, tra le altre, il consenso correttamente informato, i dilemmi della bioetica, le interazioni tra psiche e corpo, le relazioni uomo-ambiente, l'empowerment del paziente.

Per l'anno accademico 2007/2008 è prevista l'attivazione di un Master sulla valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari in collaborazione con un'università di Creta¹³, il *Technological Educational Institute (TEI) - School of Health and Welfare Services*.

Infine, prossimamente, dovrà essere affrontato (secondo varie prospettive) il problema¹⁴ molto sentito relativo alla mancanza di un albo professionale dei sociologi che fa sì che molti ruoli (per lo più di pertinenza sociologica) siano ricoperti da altre professioni. L'abilitazione formale sancita dall'istituzione dell'albo professionale è senza dubbio uno degli obiettivi primari di ogni professione per cercare di ottenere una "giurisdizione" (Abbott) sul proprio lavoro in virtù di ciò che Freidson [1986] ha definito *labour market shelter*: la creazione, cioè, di una posizione protetta nel mercato del lavoro.

Riferimenti bibliografici

- Ardigò A. (1997), *Società e Salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, FrancoAngeli, Milano
- Bruscaglioni M. (1997), *La gestione dei processi nella formazione degli adulti*, AIF/FrancoAngeli, Milano
- Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll., FrancoAngeli, Milano

- (2002), *Introduzione* in Cipolla C. (a cura di), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, FrancoAngeli, Milano
- (2004), *Editoriale*, "Salute e Società", a. III, n. 3, FrancoAngeli, Milano
- Freidson E. (1986), *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago University Press, Chicago
- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina*, FrancoAngeli, Milano
- SISS (a cura di) (2004), *La sociologia della salute in Italia: temi approcci, spendibilità*, "Salute e Società", a. III, n. 3, FrancoAngeli, Milano

Commenti

Sistemi diagnostici attuali in Psichiatria e valutazione della capacità di intendere e di volere

di Adolfo Pazzagli e Duccio Vanni

I recenti cambiamenti e sviluppi della nosografia psichiatrica, che si sono essenzialmente manifestati attraverso l'adozione dei diversi "Manuali Diagnostico Statistici" (DSM) dell'*American Psychiatric Association* (DSM III, DSM III R., DSM IV, DSM IV Tr. ecc) sono stati finalizzati ad evitare un eccesso di importanza delle teorie prevalenti in psichiatria sul rilievo dei sin-

13. Il Master prevede un primo periodo (I semestre) di svolgimento delle attività didattiche in Italia e un secondo periodo (II semestre) in Grecia presso l'università di Creta.

14. Questione emersa sia nell'intervista effettuata a C. Cipolla sia in alcune risposte inviatemi dagli studenti dei master considerati.

tomi e quindi sulle diagnosi. Infatti le edizioni DSM I e II erano fortemente improntate da contributi teorici e da ipotesi interpretative, soprattutto di marca psicoanalitica; invece i contributi successivi, più recenti, sono divenuti, per definizione dei loro compilatori, a-teorici, limitandosi a scegliere ed elencare una serie di sintomi e condotte direttamente rilevabili sui quali basare le diverse diagnosi. Essi sono così divenuti *riproducibili*, *controllabili* e quindi *comunicabili* agli altri studiosi; ciò al fine di garantire la possibilità di valutazione degli interventi, la loro standardizzazione e la trasformazione di “intuizioni” cliniche più o meno giustificate in dati basati su prove. Tutto questo, specie negli U.S.A., anche con lo scopo di difendere gli psichiatri da accuse di “malpractice” che avevano cominciato a manifestarsi abbondantemente anche in questa branca della medicina e che la eccessiva soggettività delle diagnosi e dei conseguenti trattamenti rendeva nel contempo difficili da precisare ma anche facili da perseguire in assenza di criteri esatti.

La meta ideale proposta a partire dal DSM III è insomma una nosografia neutrale, depurata da modelli eziologici e teorie: «un approccio descrittivo, che tenta di essere neutrale nei confronti delle teorie eziologiche» [APA 1994, trad. ital. 1998: 4]. L'eccessiva importanza delle impostazioni teoriche, di scuola, di nazione, in precedenza faceva sì che una diagnosi in psichiatria dicesse poco di per se stessa sul disturbo presentato dal paziente; per paradosso poteva apparire più importante sapere quali criteri adottava chi l'aveva fatta, quale tipo di formazione professionale aveva avuto e dove l'aveva avuta.

Per i motivi accennati il nuovo approccio alla nosografia psichiatrica venne introdotto anche in Italia; il DSM III ha costituito la base della prima edizione del Trattato Italiano di

Psichiatria, il DSM IV della seconda edizione. Chi scrive (AP) è stato uno degli “Editor” del Trattato, condivide e considera importante il valore delle innovazioni introdotte da questo tipo di impostazione. Nello stesso tempo, non si possono però celare i molti limiti ed i rischi di un tale approccio. Essi sono stati acutamente evidenziati in particolare in alcuni recenti lavori di Rossi Monti [1995; 2002].

Con il modo di impostare la diagnostica psichiatrica sopra brevemente descritto è stato attribuito grande valore al raggiungimento del consenso nella definizione, tuttavia anche a scapito della qualità e della profondità della osservazione; dato che è molto più facile accordarsi su osservazioni superficiali e generiche piuttosto che su osservazioni complesse e approfondite. Questo ha condotto spesso ad una ipersemplificazione dei criteri diagnostici e dei livelli osservativi: il prezzo che è stato pagato per mettere tutti d'accordo è stato qualche volta troppo elevato. Ne è senz'altro uscita rafforzata la affidabilità della diagnosi, cioè la probabilità che due o più clinici indipendenti si trovino d'accordo nella definizione diagnostica del disturbo, ma questo ha voluto dire lasciare cadere una quantità di conoscenze rilevanti, legate principalmente alla dimensione della soggettività del paziente, per sua natura meno “oggettivabile”.

Inoltre in generale in tutta la medicina il basarsi sui soli sintomi (ad esempio per interventi “sintomatici” su febbre, tosse, dolore) è magari utile e, talora, necessario ma non soddisfacente; se non si agisce sull'etiopatogenesi delle malattie, cioè qualche cosa di retrostante ai sintomi (ad esempio la causa di un'infezione o del dolore), sulla “malattia” e non solo sulla “sindrome” (cioè i sintomi compresenti) si è lontani da una diagnosi e dalla possibilità di terapie razionali. Viceversa in Psichiatria, anche a causa dell'impostazione dei recenti DSM (cioè, come si è detto,

ateoreticità, affidabilità, riproducibilità, controllabilità ma anche superficialità, esclusiva attenzione a sintomi e condotte) si rischia di finire di considerare gli interventi sintomatici non solo necessari ma anche come gli unici veramente scientifici e moderni, allontanandosi così non solo dalle conoscenze della psicopatologia e della psicologia ma anche da quelle rigorosamente mediche.

Con un riferimento storico vorrei richiamare quanto scritto nell'introduzione del suo *Trattato delle Malattie mentali* [1905] da Eugenio Tanzi, illustre predecessore nella Direzione della Clinica psichiatrica dell'Università di Firenze, proprio in difesa della scientificità della Psichiatria. L'Autore dice di cercare di «esporre... un insieme organico, semplice e veritiero di quadri clinici che siano ben distinti l'uno dall'altro, che abbiano una ragione d'essere in una distinzione superiore alle parvenze sintomatiche e che perciò conducano chi ne è istruito a regolarsi scientificamente nel governo e nel trattamento dei pazzi» (corsivo mio) una citazione che, pur scritta da uno psichiatra positivista, indica proprio la necessità, a fini scientifici, di cercare qualche cosa che superi le "parvenze sintomatiche". Lo stesso Tanzi mette in guardia anche dall'eccesso di positivismo e cioè "dal creder veri tutti i fatti e false tutte le ipotesi. Eppure esistono fatti illusori e ipotesi che si avverano. Sarebbe assai meglio se si fosse più severi nell'ammettere i fatti e meno precipitosi nello sprezzare le idee", una citazione utile anche oggi specie per gli psichiatri più radicalmente "moderni"!

Poco dopo l'opera di Tanzi e con un approccio tutto diverso, Sigmund Freud scriveva: «Nei loro momenti di sincerità gli stessi psichiatri dubitano che le loro esposizioni puramente descrittive meritino il nome di scienza: i sintomi che compongono questi quadri

morbosi sono sconosciuti per quanto riguarda la loro origine, il loro meccanismo ed i loro reciproci legami» [1915-17, trad. ital. 1976: 204]. Oggi indubbiamente la Psichiatria è invece progredita su questa strada, le nozioni e le conoscenze in nostro possesso sono assai maggiori che a quel tempo; le Neuroscienze, ad esempio con la possibilità di visualizzare alcune attività del cervello in occasione di manifestazioni psichiche, hanno apportato nozioni fondamentali, le quali hanno di molto aumentato le possibilità di conoscenza ma, ovviamente – come sempre avviene nella Scienza – non hanno portato a conclusioni definitive, anzi hanno aperto, per fortuna, più problemi di quanti ne abbiano risolti. Così Nancy Andreasen, una psichiatra che, di recente, ha presieduto proprio l'*American Psychiatric Association* e diretto l'"*American Journal of Psychiatry*", ha potuto mettere in guardia i suoi lettori sul fatto che «se noi ignoriamo o dimentichiamo la storia complessa dei loro concetti [si sta parlando di Schizofrenia e di Disturbi affettivi] noi limiteremo i nostri sforzi a studiare la Schizofrenia ed i Disturbi affettivi solamente nei DSM III e IV, ecc. Noi ci culleremo nella falsa convinzione di conoscere più di quello che di fatto sappiamo: abbracceremo la Fallacia Astorica ed i suoi fallaci assunti» [Andreasen 1994]. In breve non si può che concordare con quanto scritto da Goethe: "Un fatto della nostra vita non ha valore in quanto reale ma nella misura in cui significa qualche cosa". Se l'attribuzione di significato è fondamentale nella vita in generale, essa è proprio un attributo specifico della vita mentale, sia normale che patologica. Anche per quanto riguarda, se pur in modo più limitato, il significato dei sintomi e la relatività del loro valore, si può ricordare Griesinger il quale, nel 1861 scrisse: "Le semiologia delle malattie mentali con-

siste solo in minima parte di sintomi morbosi precisi, isolati e sempre riconoscibili (l'ideale per i recenti DSM, si potrebbe dire!) ... Due individui possono dire o fare esattamente la stessa cosa, per esempio credere nell'esistenza degli stregoni... o temere di essere dannati per l'eternità; ... l'osservatore che sa cosa vuol dire dichiarerà uno dei due individui alienato e l'altro sano di mente. A questo giudizio si perviene attraverso la considerazione di tutte le circostanze concomitanti ed una conoscenza approfondita della varie forme di follia". Questa citazione ci richiama alla necessità che lo psichiatra (colui che dovrebbe sapere "cosa vuol dire") conosca bene la psicopatologia ma anche abbia una conoscenza particolareggiata del contesto attuale e della storia del suo paziente per fare una diagnosi razionale; naturalmente questa conoscenza deriva solo dalla disponibilità di tempo, dalla capacità e dalla curiosità del professionista d'imparare dal suo paziente e non di far puramente valere il compiacimento narcisistico di chi crede di sapere.

Sempre seguendo il filo di un'analisi critica dei limiti di alcune, fondamentali nosografie attuali, occorre sottolineare come uno dei punti qualificanti la nosografia del DSM è poi costituito dalla scomparsa del tradizionale principio gerarchico di organizzazione del materiale clinico psichiatrico. Il grande psicopatologo Karl Jaspers [1913] aveva concepito e rappresentato il campo della patologia mentale come un insieme di piani sovrapposti: «sopra stanno i sintomi neurotici [...] poi i sintomi maniaco-depressivi, poi i sintomi processuali (lo schizofrenico), infine i sintomi organici. Lo strato più profondo che si raggiunge nell'esame del singolo è decisivo per la diagnosi. [Jaspers 1913 trad. it. 1964: 656]. In campo psicoanalitico analoga impostazione nosografica, collegata a fissazione

e regressione a tappe precedenti dello sviluppo, era stata seguita da Freud e da Abraham. In questo senso gli strati più profondi, qualora vengano raggiunti nella esplorazione clinica, egemonizzano la diagnosi, mettendo in secondo piano o facendo scomparire diagnosi formulate ai livelli sovrastanti; un esempio di questo può essere rappresentato dalla così detta "schizofrenia pseudonevrotica", nella quale dietro ad una fenomenica dei sintomi di tipo nevrotico si pensa che esista, a causa di alterazioni strutturali profonde, una forma larvata di schizofrenia ed è questa diagnosi a dominare la valutazione psicopatologica, e, in parte, la prognosi e la terapia. Si era in questo modo diffusa una nosografia nella quale era implicita una gerarchia. I DSM recenti hanno rinunciato a questa impostazione, ritenuta troppo teorica ed hanno finito col mettere sullo stesso piano tutte le diagnosi, almeno quelle previste dal c.d. Asse I, cioè quello dei disturbi mentali veri e propri. Parallelamente in queste stesse edizioni è sempre più stata incoraggiata la possibilità di porre più di una diagnosi relativa allo stesso soggetto. Con il termine comorbidità si è indicata infatti la possibilità di individuare nello stesso soggetto la presenza, contemporanea o in successione, di differenti patologie: la possibilità cioè di formulare diagnosi multiple. In questo modo si è compiuto il passaggio da un sistema nosografico organizzato intorno ad un principio gerarchico (come quello jaspersiano) ad un sistema nosografico che incentiva invece la orizzontalità con la conseguente registrazione di più patologie collocate sullo stesso piano di osservazione.

Naturalmente la questione della comorbidità è stata fortemente dibattuta anche perché la sua frequenza sembra quasi abolirne ogni possibile significato diagnostico e prognostico. Si pensi che la percentuale di comorbidità nel

campo delle psicosi si aggira intorno al 57% e raggiunge addirittura il 100% nel caso della depressione maggiore.

Infine la scelta, nei sistemi diagnostici citati, del termine disturbo (*disorder*) è stata motivata dalla necessità di sottolineare il fatto che il DSM si occupa non di malattie (alle cui spalle si colloca, come detto, un modello eziologico e patogenetico) ma di sindromi, vale a dire di aggregati di sintomi che tendono a presentarsi in relazione tra loro, anche se spesso in molte possibili diverse combinazioni. Il concetto di disturbo – si legge nella Introduzione al DSM-IV – «manca di una definizione operativa coerente che copra tutte le situazioni». E ancora: «nel DSM-IV ogni disturbo mentale è concettualizzato come una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si presenta in un individuo, ed è associato a disagio (es. un sintomo algico), a disabilità (es. compromissione in una o più aree importanti del funzionamento), ad un aumento significativo del rischio di morte, di dolore o di disabilità, o a un'importante limitazione della libertà [...] Qualunque sia la causa, esso deve essere al momento considerato la manifestazione di una disfunzione comportamentale, psicologica o biologica dell'individuo». In questa accezione il concetto di “disturbo” si colloca al di fuori di una ottica eziopatogenetica. Non si parte dall'idea che ad ogni disturbo corrisponde una entità fondata su una specifica eziopatogenesi, si parla di disturbo solo in senso sindromico, per sottolineare le relazioni che legano determinate manifestazioni cliniche. Allora se i sintomi e le condotte manifestate sono “tutto” ciò che interessa per una diagnosi di disturbo, si può finire di considerare come tale ogni attività che si ripeta e nei confronti della quale il soggetto non si senta o non si dica del tutto padrone di sé stesso

[Rossi Monti 2002]. Si rischia, in pratica, di patologizzare tutta la vita mentale, attribuendo etichette diagnosi ad un numero rapidamente crescente di “disturbi”. E infatti una conseguenza di questa impostazione è stata poi il moltiplicarsi dei “disturbi”: da 128 del DSM I ai 227 del DSM III ed infine – per ora! – ai 357 del DSM IV [Blashfield e Fuller 1996].

La descritta estensione superficiale delle diagnosi, unita alla perdita del criterio verticale e quindi della profondità del disturbo e quindi della considerazione del minore o maggiore coinvolgimento della patologia psichica nella capacità di determinarsi sembra aver di molto allentato i legami fra le diagnosi e quella “capacità di intendere e volere” la cui perdita o grave riduzione per “infermità” è il primo quesito richiesto ai consulenti psichiatri nelle perizie. Infatti, in breve, se perdonate l'invasione di campo, si chiede di solito al perito di pronunciarsi su una eventuale abolizione o grave diminuzione di:

- capacità di valutare la negatività e l'antigiuridicità del fatto (capacità di intendere);
- capacità di orientare liberamente il proprio comportamento, ossia di scegliere il comportamento antiggiuridico (capacità di volere) in seguito ad infermità mentale, una dizione che, se seguiamo il vocabolario dello Zingarelli, indica, in definitiva “una malattia grave o lunga, tale comunque da costringere all'immobilità”, in senso metaforico alla perdita della libertà di orientare il proprio comportamento nel caso delle vicende psichiatriche.

Quanto detto pone allora il problema della inadeguatezza di un criterio clinico nosografico che si basi esclusivamente sui recenti Manuali Diagnostico Statistici, con le caratteristiche sopra descritte, ai fini della valutazio-

ne peritale. La trasformazione in Disturbo di molte condotte “non libere” rischia di allentare moltissimo, forse di recidere del tutto il legame, sempre problematico, fra perdita della capacità di intendere e di volere e nosografia psichiatrica. Infatti il citato criterio verticale di gravità di Jaspers (ed anche il criterio psicoanalitico della origine più remota dei disturbi più gravi) permetteva, in caso di diagnosi di affezioni mentali gravi, di prospettarsi la possibilità di un legame fra disturbo e condotta antisociale tale da interferire con la capacità e libertà di autodeterminarsi di quello specifico soggetto in quella data situazione. Se invece in ogni disturbo vi è una sorta di perdita della libertà – cosa certo in parte vera ma come assunto antropologico e non come frutto di patologia – allora si può finire col considerare “malattia” (o, un poco ipocritamente, “disturbo”) la condizione umana di per sé, perdendosi ogni possibilità di discriminazione. Se, generalizzando in modo un poco paradossale, può dirsi che “la vita è una malattia mortale, a trasmissione sessuale ed a lenta incubazione”, quest’affermazione, portata alle estreme conseguenze, in campo di psicopatologia rischia di rendere tutti o sempre malati irresponsabili o sempre responsabili, secondo variabili (tipo di reato, possibilità di difesa, momento storico ecc) che più nulla hanno a che fare con la psicopatologia e, credo, col diritto.

Occorre allora introdurre anche altri criteri, che considerino la gravità delle conseguenze dei “disturbi” e quindi permettano di rispondere ai quesiti citati. Anche nei sistemi nosografici “classici” il criterio di malattia grave non era sempre sufficiente. Se è vero che la diagnosi di “Disturbo delirante” pone senz’altro seri dubbi sulla capacità di intendere e di volere del soggetto che ne è affetto, il legame non è cer-

to lineare, diverso essendo il peso del disturbo, ad esempio, in caso di lesioni inflitte al supposto persecutore o nel caso di una ben congegnata truffa a persone, estranee al tema del delirio.

I possibili criteri allora da affiancare alla diagnosi “DSM” da prendere in considerazione sembrano poter essere fondamentalmente:

1. di tipo biologico medico, cioè la considerazione della così detta lesione anatomica o funzionale che sottende il disturbo, secondo un criterio di stampo positivistico. I progressi in atto nelle neuroscienze renderanno, verosimilmente, questo criterio sempre più importante;
2. di tipo clinico psichiatrico ad impronta nel contempo fenomenica (la valutazione dei fenomeni) e fenomenologica (la valutazione dell’esperienza vissuta);
3. di tipo psicologico clinico, prevalentemente ad impronta psicoanalitica, che tenga conto delle strutture della mente retrostanti le condotte ed i sintomi, ne valuti la consistenza psicopatologica, le dinamiche e le legga secondo teorie diverse.

Nel primo caso il rischio, che oggi si osserva di frequente, è quello di confondere alcuni, spesso solo supposti, meccanismi neurobiologici soggiacenti a condotte ed affetti con le cause degli stessi: l’attività di alcune strutture del sistema nervoso, per esempio l’amigdala, è certo diversa secondo vari parametri neurofisiologici se si è tristi o allegri, eccitati o depressi ma questa non è necessariamente la causa dei diversi affetti e dei loro eventuali disturbi e certo tuttora non si può ricorrere a parametri fisiopatologici di funzionamento di questa struttura nervosa per valutare la gravità di un disturbo depressivo ed il suo incidere sulla capacità di autodeterminarsi.

I vantaggi ma anche i limiti del tipo di approccio di cui al punto 2) (vertica-

lità, profondità ma anche arbitrarietà dovuta al possibile e frequente prevalere di teorizzazioni preconcepite sull'apprrezzamento dei fatti clinici) sono stati discussi in precedenza.

Anche per quanto riguarda il terzo punto, la cui applicazione comporta l'uso di metodi complessi e di problematica utilizzazione in area valutativa, esso porta soprattutto conoscenze concernenti lo sviluppo, le dinamiche retrostanti condotte e sintomi, il loro collegamento con la storia della persona e delle sue relazioni e così via, avendo quindi a che fare più con la psicogenesi delle condotte (e quindi anche, eventualmente, di quelle criminose) che con la valutazione della presenza o meno di malattie o infermità. Esso porta quindi elementi importanti per la valutazione della criminogenesi, che possono essere di aiuto ma non per la valutazione della capacità di intendere e di volere e quindi dell'imputabilità. Un atto può essere collegato psicogeneticamente con evidenti componenti edipiche, che aiutano a comprenderlo, ma ciò può avvenire sia in un soggetto che ha conservato che in uno che ha perduto la libertà di autodeterminarsi, funzionando cioè rispettivamente a livello normal-nevrotico o psicotico.

Questa affermazione comporta la necessità che siano conosciuti ed applicati criteri che permettano di diagnosticare malattie, modalità od organizzazioni di modi di funzionare della mente che si colleghino a gravità, a profondità, due parametri che gli ultimi DSM anche programmaticamente tendono ad escludere.

In breve allora appare oggi necessario, per la valutazione della eventuale grave riduzione od abolizione della capacità di intendere e di volere, usare non un puro ed unico riferimento clinico nosografico ma l'adozione di un procedimento complesso che preveda

di procedere come brevemente schematizzato:

- Diagnosi clinica descrittiva secondo i criteri dell'ultimo DSM, oggi il IV Tr.
- Apprezzamento clinico diagnostico del tipo di organizzazione prevalente (nevrotica, borderline, psicotica, ad esempio secondo i criteri di O. Kernberg) o del tipo di modalità di esperire, con particolare riguardo anche alle ipotetiche azioni criminose.

Solo alla luce dei primi due punti la valutazione psicodinamica potrà aiutare a far luce sulla criminogenesi, apportando importanti elementi di comprensione del rapporto fra storia, psicologia della persona e comportamenti.

La valutazione della capacità di intendere e di volere e delle sue modificazioni per cause patologiche è sempre un atto complesso, problematico, solo molto parzialmente riconducibile in modo lineare alla presenza o assenza di una certa patologia, comunque diagnosticata; perché essa abbia valore occorre la concordanza di prospettive, valutazioni diverse, condotte da più vertici osservativi all'interno della cultura psicopatologica.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Terza Edizione riveduta (1998) (DSM III R) Masson, Milano
- Andreasen N.C. (1994), *Changing concepts of schizophrenia and the Ahistorical Fallacy*, "Am. J. Psychiatry", 151: 1405-1407
- Blashfield R.K. e Fuller K. (1996), *Predicting the DSMV*, "J. Nerv. Ment. Disease", 184: 4-7
- Freud S. (1976), *Introduzione alla psicoanalisi*, in *Opere* (1976) vol. 8, Boringhieri, Torino [ed. orig. 1915 -1917]
- Kernberg O.F. (1978), *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Boringhieri, Torino [ed. orig. 1976]

- Jaspers K. (1964), *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma [ed. orig. 1913]
- Rossi Monti M. (1995), "Spettri e Categorie - Il ruolo dei "disorganizzatori nosografici", "Riv. Pat. Nerv. Ment.", 4: 27-37
- Rossi Monti M. (2002), *Conoscere e dimenticare la nosografia*, Postfazione a Pewzner E. (2002), *Introduzione alla psicopatologia dell'adulto*, Einaudi, Torino
- Tanzi E. (1905), *Trattato delle malattie mentali*, Società Editrice Libreria, Milano

Il valore della diagnosi

di Angelo Fioritti

Il testo di Pazzagli e Vanni affronta con competenza ed equilibrio uno dei temi che da sempre appassiona il mondo medico in generale e quello psichiatrico in particolare, quella che potremmo chiamare la questione del "valore d'uso" della diagnosi e dei sistemi diagnostici. È un tema delicato, rispetto al quale è facile ancora oggi incontrare posizioni estremistiche che vanno dalla incondizionata elevazione al rango di "idee a priori" delle categorie diagnostiche convenzionali ("il disturbo esplosivo intermittente è una malattia") alla più totale negazione della necessità dei sistemi diagnostici, considerati alla stregua di strumenti di etichettatura a fini di emarginazione e reificazione.

Pazzagli e Vanni hanno una visione totalmente condivisibile delle potenzialità e dei limiti di ogni sistema diagnostico, di ciò che ad essi può e non può essere chiesto. Soprattutto ne ha una visione storica, consapevole della necessità di contestualizzare ogni strumento concettuale, soprattutto se deve

operare sintesi complesse come quelle relative alla diagnosi. Trovo molto opportuni i suoi richiami alla necessità di un sistema diagnostico (come un male necessario per molteplici finalità, dalla clinica alla ricerca) ed al predominio del significato sul fatto (che nel caso della diagnosi equivale a concentrarsi sul valore d'uso della diagnosi stessa piuttosto che sulla sua coerenza in astratto).

Volendo riformulare le tesi di Pazzagli e Vanni e portare il loro discorso alle sue estreme conseguenze, potremmo dire che il valore d'uso della diagnosi cambia profondamente a seconda dei contesti e delle finalità per cui viene usato.

Per il clinico in un contesto di cura la diagnosi è e deve essere un tormento. Molti la considerano un elemento di rassicurazione tipico della professione medica, come se una volta fatta la diagnosi il resto venisse da sé. È vero il contrario, non solo in psichiatria, ma in tutta la medicina. Nell'incontro medico-paziente arrivare ad una diagnosi significa operare una sintesi personale tra ciò che presenta una soggettività sofferente (il paziente) e l'intera storia delle conoscenze scientifiche (e talvolta umanistiche) sulla sofferenza umana. Significa rendersi in qualche modo responsabili di quanto di utile rispetto a quella sofferenza possono avere detto i vari Kraepelin, Freud, Griesinger, ecc. Significa in un certo senso impegnare l'intera storia della medicina e della psichiatria a mettere in campo il meglio per quella singola esistenza sofferente. Se dopo tutti i miei accertamenti diagnostici arrivo a dire che la persona che ho davanti a me soffre di un "disturbo bipolare in fase maniacale con deliri congrui all'umore" mi impegno moralmente a mettere a sua disposizione tutto quello che la cultura medico-psichiatrica ha raccolto in termini di clinica ed epide-

miologia (prognosi, ad es.) farmacoterapia, psicoterapia e riabilitazione. Significa inoltre avere una rappresentazione meno approssimativa di quella esistenza sofferente, potendola comparare con molte che hanno attraversato condizioni simili, conosciute personalmente o descritte in letteratura. Significa infine mettere il sistema diagnostico alla prova di quella individuale esistenza sofferente, verificare in quale misura essa possa sovrapporsi all'identikit della categoria diagnostica identificata, seguirne le variazioni nel tempo ed essere sempre pronti a rivedere la diagnosi. Ogni paziente è una sfida ai sistemi diagnostici ed è bene che il clinico sia più propenso a mettere in dubbio la validità dei costrutti diagnostici che la veridicità della sofferenza che osserva.

Tutto questo i bravi clinici lo hanno sempre saputo e non è a mio avviso cambiato un granché passando dal DSM I al IV. Semmai si può osservare che ognuno di essi incarna un'epoca storica e che sostanzialmente si è passati da un dominio psicodinamico ad un neo-kraepelinismo che si è reso disponibile a mediare con la psicanalisi su alcune categorizzazioni (ad esempio, i disturbi di personalità). In questo tentativo di ecumenismo (la presunta ateoreticità) sicuramente qualcosa è andato perso in profondità e sostanzialità, a vantaggio della orizzontalità. Si è guadagnato qualcosa nel valore di scambio, si è perso qualcosa nel valore d'uso. Anche su questo non si può che essere d'accordo con Pazzagli e Vanni.

Nell'ambito della ricerca però, con questo passaggio, si è guadagnato moltissimo. Le conseguenze cominciano ad essere visibili, ma lo saranno sempre più in futuro. Soprattutto nella ricerca empirica, nella quale il valore di scambio coincide con quello d'uso, avere azzerato o quasi ogni argomento rispetto alla omogeneità delle popola-

zioni oggetto di indagine ha prodotto risultati straordinari e fatto progredire le nostre conoscenze. Oggi è possibile leggere un articolo scientifico di farmacologia, di epidemiologia, di psicoterapia comprendendo subito a quale tipo di pazienti ci si riferisce, potendo svelare all'istante eventuali punti di debolezza delle argomentazioni o peggio ancora trucchi per produrre risultati ad effetto. Avere neutralizzato la più insidiosa delle variabili ha consentito un enorme salto di qualità nella ricerca scientifica.

L'ambito medico-legale è quello sul quale Pazzagli e Vanni si sofferma maggiormente ed anzi costituisce il centro della sua argomentazione. Egli sostiene motivatamente che l'adozione di sistemi diagnostici come il DSM, con maggiore valore nominale o di scambio in quanto sorretti da procedure di consenso, ma minore valore sostanziale derivante da approfondite osservazioni clinico-fenomenologiche (dal tormento del clinico, verrebbe da dire riprendendo il tema sopra accennato), avrebbe prodotto un allentamento del legame "sempre problematico" tra diagnosi e capacità di intendere e di volere. Su questo aspetto la mia opinione si distanzia un poco, ma non molto, da quella di Pazzagli e Vanni.

A noi psichiatri piace pensare, quando siamo chiamati nelle aule di tribunale, di intrattenere un rapporto alla pari tra scienza e diritto e che siano le nostre teorie e le nostre categorie diagnostiche a determinare il giudizio. Ma questo rapporto non è affatto paritetico e nell'incontro tra categorie scientifiche e categorie giuridiche le seconde hanno necessariamente importanza preminente. Qualunque sistema si usi, le diagnosi dei periti devono sempre passare attraverso le forche caudine dei concetti giuridici: vizio di mente, infermità mentale, capacità di intendere e di volere. E si tratta di concetti che, al pa-

ri dei sistemi diagnostici, non stanno ferme, mutano al mutare (lento) delle concezioni giuridiche. Vizio, infermità e capacità sono convenzioni giuridiche soggette alla storicità. Sono a tal punto convenzioni che in alcuni sistemi giuridici non esistono neppure. Nei sistemi della *common law* non ha neppure senso domandarsi se un indagato sia capace di intendere e di volere, ma solo se abbia commesso o meno il fatto, se cioè sia colpevole. Il perito chiamato ad esaminare il reo deve solo illustrare la sua condizione clinica ed aiutare il giudice a stabilire se sia meritevole di pena o di cura (o di entrambe). Non è neppure escluso che tra molti anni qualcosa di simile avvenga anche da noi. Già due progetti di legge (Corleone e Vincigrossi) sono stati presentati in tal senso e poi ritirati dopo essersi scontrati con le strutture rigide e millenarie del diritto romano, che annettono un'importanza fondamentale all'elemento soggettivo del reato.

I vecchi sistemi diagnostici prevedevano una metodologia clinica più affine a quella giudiziaria, più profonda, individualizzata, più psicologica o, per continuare ad usare il lessico di Pazzagli e Vanni, più verticale. In questo senso è senz'altro vero che le diagnosi DSM sono meno spendibili direttamente come equivalenza ai concetti giuridici di vizio, infermità e incapacità. Oggi come un tempo il lavoro di approfondimento fenomenologico e psicologico, l'indagine ai fini della criminogenesi, è assolutamente indispensabile. Ma è soprattutto il mutare delle categorie giuridiche a determinare la distanza tra queste e quelle diagnostiche, ed i loro cambiamenti sono determinati prevalentemente da fattori sociali e culturali, non dai progressi della scienza.

Negli anni '70 si assistette ad un allargamento dei criteri giuridici di vizio di mente. Nell'epoca delle libertà civili, del primato della soggettività, in una

cultura intrisa di elementi deresponsabilizzanti l'Io (sempre più piccolo e debole) molte sentenze prosciolsero per infermità mentale persone con disturbi nevrotici e di personalità che transitarono per i manicomi giudiziari. Questi aumentarono negli anni '80 la loro popolazione di quasi il 50%, accogliendo tra l'altro anche camorristi come Cutolo, anche se questi episodi vanno ascritti più che a mutamenti culturali a oscure trame tipicamente italiane. Con l'inizio degli anni '90 si è assistito ad un restringimento del valore d'uso della infermità di mente ai casi di psicosi ed ai pochissimi casi di disturbo di personalità con gravissima disabilità psicosociale (meno del 5% della popolazione OPG). Il numero degli internati è rimasto costante dal 1990 ad oggi, a testimonianza di una sostanziale stabilità nell'utilizzo di queste categorie, nonostante il variare dei sistemi diagnostici DSM nel frattempo. Recentemente una sentenza della Cassazione a sezioni riunite (9163/05) sembra avere riaperto i termini della questione, affermando che «i disturbi della personalità possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente [...] sempre che siano di consistenza, intensità rilevanza e gravità tali da concretamente incidere su di essa». Non sappiamo quale impatto questa sentenza avrà nel futuro, quanto questa fonte giurisprudenziale sarà in grado di modificare le consuetudini ed i riferimenti forti dei codici. È mia opinione che questa sentenza contenga un curioso ribaltamento di relazione tra scienza e diritto, in quanto prende a propria motivazione il fatto che il progredire della scienza ha dimostrato che i disturbi di personalità hanno poca capacità di autodeterminazione. In tal senso essa sembra incoraggiare quanti pensano che il progredire della scienza debba

avere un suo riflesso nel diritto, e senz'altro ciò è vero, per quanto in minima parte. A me sembra invece uno di quei casi in cui il diritto trova pretesti nella scienza per derogare rispetto al proprio dovere di decidere che cosa fare di quella area grigia costituita dai reati irrazionali, compiuti in situazioni di salute mentale scadente, ancorché non durante o a causa di una malattia mentale. In pratica una buona metà dei delitti compiuti. Non c'è scienza o sistema diagnostico che lo possa dire, è solo una questione giuridica, di primaria importanza. E la distanza tra scienza e diritto in misura maggiore o minore continuerà, necessariamente ed opportunamente, ad esistere.

*Diagnosi cliniche e bisogni dei pazienti:
personalizzare le cure
per un nuovo approccio
alla salute mentale*

di Antonio Lasalvia e Mirella Ruggeri

1. Utilità e limiti dei sistemi nosografici in salute mentale

I sistemi classificatori in medicina sono chiamati ad assolvere a ben precise esigenze pratiche. Rappresentano in primo luogo strumenti operativi utili ad ottimizzare le procedure diagnostiche, che devono a loro volta orientare gli interventi terapeutici, attraverso l'individuazione e l'adozione di strategie di cura specifiche e mirate. Un sistema classificatorio, inoltre, deve essere d'aiusilio al processo prognostico, costituendo una griglia di riferimento utile

alla formulazione di previsioni attendibili circa decorso ed esito di un determinato disturbo. Anche in psichiatria i sistemi classificatori non dovrebbero sfuggire ad una logica di questo genere. Purtroppo però la storia della nosografia psichiatrica è stata sin dal principio contrassegnata dalla difficoltà ad identificare precisi moventi eziopatogenetici sulla base dei quali costruire i propri sistemi tassonomici e dalla complessità intrinseca del proprio "oggetto di studio" (il funzionamento patologico della mente umana) che di per sé tende a non prestarsi a rigide categorizzazioni ed univoci modelli interpretativi. Di qui la necessità di adottare un approccio classificatorio fondato su raggruppamenti sindromici (definiti in genere su base convenzionale e consensuale), piuttosto che su "entità naturali di malattia"; tale approccio *mutatis mutandis* si è sostanzialmente perpetrato sino ai giorni nostri e rappresenta il principio organizzatore dei moderni sistemi nosografici. Tuttavia una nosografia priva di ogni impegno eziologico – che negli auspici del gruppo di lavoro che ha curato la stesura della quarta edizione del DSM [APA 1994] costituisce il risultato più qualificante e maturo del lungo processo che ne ha portato alla pubblicazione – corre il rischio di essere svincolata da ogni specificità terapeutica. In effetti, i costrutti nosografici contenuti nei principali sistemi classificatori psichiatrici, se si sono dimostrati di qualche utilità nel campo della ricerca, hanno rivelato molti limiti quando impiegati nella pratica clinica, ed in particolare in ambito terapeutico. Sono oramai numerosi gli Autori [Kendell 1989; Bebbington 1990; Tucker 1998; Ustun *et al.*, 1998; van Os 1999; Hltzer *et al.* 2006] che hanno espresso più di una riserva sull'utilità degli attuali sistemi classificatori ai fini della programmazione ed erogazione degli interventi. Proprio Spitzer [1998], uno dei

membri più autorevoli della task force che ha curato la stesura del DSM-IV, ha esplicitamente messo in guardia rispetto alla pratica di utilizzare le categorie diagnostiche del DSM per la pianificazione dell'assistenza, sostenendo che sarebbe fuorviante assimilare *tout court* la diagnosi di disturbo mentale alla necessità di cure specialistiche: la maggior parte dei sistemi classificatori utilizzano un approccio di tipo categoriale e tali categorie sono state costruite sulla base di criteri sintomatologici, i quali non sempre configurano la necessità di un intervento terapeutico; e d'altro canto, il fatto che un paziente non rientri all'interno di una precisa categoria diagnostica non sempre esclude la necessità di una qualche forma di assistenza. Ciò vale sia per i disturbi più lievi che, a maggior ragione, per quelli più gravi come la schizofrenia e le psicosi in genere, i cui confini diagnostici appaiono molto più controversi. Che il dibattito relativo alla fallacia dell'attuale impostazione nosografica in tema di psicosi – tanto in ambito terapeutico, ma anche (e qui sta la novità) sul terreno euristico e della ricerca – sia avvertito in tutta la sua pregnanza è testimoniato dai contributi altamente qualificati apparsi recentemente su *World Psychiatry*, organo ufficiale dell'Associazione Mondiale di Psichiatria (WPA) [Craddock, Owen 2007; Carpenter, 2007; Murray, Dutta 2007; Angst 2007; Brokington 2007, Marneros 2007; Alarcón 2007], portatori tutti di elementi critici che offrono spunti per innovazioni importanti nell'ambito della nosografia psichiatrica.

2. L'inadeguatezza dei sistemi nosografici in salute mentale: il caso della schizofrenia

Emblematico al riguardo è il caso della schizofrenia. Mario Maj [1998],

attuale presidente dell'Associazione Mondiale di Psichiatria (WPA), in un editoriale apparso qualche anno fa sul "British Journal of Psychiatry", ha osservato che i moderni sistemi classificatori non sembrano in grado di cogliere appieno l'intimo carattere del disturbo: la diagnosi di schizofrenia effettuata secondo i criteri del DSM-IV finisce per essere niente altro che una diagnosi per esclusione, in quanto né il criterio sintomatologico, né quello cronologico, né quello funzionale proposti dal Manuale sono capaci di caratterizzare in maniera specifica il disturbo. Dal momento che la diagnosi di schizofrenia può essere formulata solamente per esclusione, è lecito chiedersi – prosegue con una punta polemica Maj – se tale disturbo possieda o meno un suo carattere proprio, oppure, nel caso tale carattere esista, se i criteri del DSM-IV siano effettivamente in grado di coglierlo. In entrambi i casi – conclude Maj – l'impiego della diagnosi di schizofrenia, così come formulata dal DSM-IV, appare di assai scarsa utilità pratica. Portando alle estreme conseguenze la sua critica, Maj [2000] ha proposto provocatoriamente di abbandonare il concetto di "schizofrenia", poco utile sul piano operativo, anzi addirittura dannoso per via del suo carattere stigmatizzante, suggerendo di adottare l'accezione meno impegnativa di "psicosi primaria", per denominare quel gruppo eterogeneo di psicosi non chiaramente riconducibili ad altre patologie e che costituiscono il punto di arrivo di differenti processi patologici caratterizzati quadri evolutivi tra loro differenti.

Dal canto suo Richard Bentall [1998], professore di Psicologia Clinica all'Università di Manchester, denuncia da diversi anni i limiti concettuali della diagnostica categoriale su cui si fondano i DSM: tale Autore, dopo avere argomentato i motivi per i quali a suo avviso non ci potrà mai essere una teoria

convincente sulla schizofrenia, sostiene che si potrebbe tranquillamente continuare a “sopravvivere senza la diagnosi di schizofrenia” in quanto esiste una semplice “alternativa logica” all’approccio categoriale: smettere, cioè, di ragionare per categorie diagnostiche e cominciare a ragionare, invece, per “problemi” (*complaints*), per quel tipo specifico di problemi che le persone con disturbi mentali gravi presentano allorquando si rivolgono ai servizi. Se ad esempio – sostiene ancora Bentall – il problema è rappresentato dalle allucinazioni uditive, il progetto di cura va indirizzato a questo particolare disturbo, senza necessariamente etichettare la persona che le sperimenta in una delle categorie diagnostiche esistenti, le quali non sono in grado di fornire alcun apporto utile né sul versante prognostico né su quello terapeutico, rischiando invece di costituire un ostacolo alla cura in quanto fonte di stigmatizzazione [Bentall 2003]. Quella di Bentall non rappresenta una posizione minoritaria e marginale nel dibattito scientifico in corso, in quanto è sostenuta da un numero crescente di psichiatri e psicologi britannici, sempre più critici nei riguardi del rigido nosografismo cui la larga parte della psichiatria moderna sembra essere incline (si vedano al riguardo i contributi proposti pubblicati sulla recente *Special Issue* dalla nota rivista inglese “The Psychologist”, 2007).

3. Un nuovo paradigma per personalizzare gli interventi in salute mentale: l’approccio basato sui bisogni

Un approccio alla cura dei disturbi mentali che sia in grado di valorizzare il punto di vista soggettivo dei pazienti, focalizzandosi sulle specifiche problematiche da questi manifestate e di personalizzare il percorso di cure, superando nel contempo i limiti costitutivi

che la diagnostica categoriale presenta in ambito terapeutico, è quello che si basa sui bisogni di cura. Un approccio del genere potrebbe non apparire una novità assoluta nel nostro Paese. Il concetto di “bisogno” con il suo necessario pendant “risposta al bisogno”, era infatti entrato nel lessico degli psichiatri italiani negli anni immediatamente successivi alla riforma dell’assistenza psichiatrica, arrivando a quel tempo a rappresentare una sorta di parola *passerpartout* utilizzata dagli operatori dei servizi per marcare le proprie differenze, sia sul piano culturale che politico, rispetto alla psichiatria tradizionale e rivendicare la propria appartenenza alla nascente psichiatria territoriale. Tale concetto, dopo un lungo periodo di appannamento (dovuto anche all’eccessiva vaghezza con cui il termine era stato all’epoca impiegato) è tornato alla ribalta grazie ad una nuova riproposizione in chiave pragmatica mutuata dalla cultura anglosassone e sgravato da quelle connotazioni ideologiche che ne avevano fatalmente decretato il declino. Il primo tentativo di operationalizzare i bisogni – concetto facilmente comprensibile sul piano intuitivo, ma di difficile e non sempre univoca definizione quando applicato alla salute mentale – si deve ad un gruppo di ricercatori operanti dell’*Institute of Psychiatry* di Londra, che avevano messo a punto un primo strumento standardizzato da utilizzare nei pazienti psichiatrici gravi [Brewin *et al.* 1987]. Da queste prime esperienze si è successivamente sviluppato un interessante e ricco filone di ricerca [Lasalvia *et al.* 2000] che ha dimostrato come sia possibile e produttivo orientare la pianificazione e l’attività dei servizi sulla base dei bisogni degli utenti [McCrone, Strathdee 1994]. Un approdo più recente all’operationalizzazione dei bisogni è avvenuta ad opera del gruppo del PRiSM di Londra [Thornicroft 1993;

Slade 1994; Slade, Thornicroft 1995] il quale ha proposto un approccio al concetto di bisogno che pone esplicitamente al centro il punto di vista del paziente. In tale ottica il bisogno in salute mentale rappresenta un concetto dinamico, non oggettivabile, legato allo specifico punto di vista di chi è chiamato a definirne la presenza e per la cui valutazione deve essere tenuto in considerazione sia il punto di vista degli operatori di servizi che di quello degli stessi pazienti. Insomma, il bisogno di cura così inteso rappresenta un elemento centrale attorno a cui strutturare la progettazione del piano terapeutico e la valutazione degli esiti delle cure e per il quale la soggettività di chi lo valuta assume un ruolo centrale. Il cambiamento introdotto da questa prospettiva risiede nel fatto un bisogno di cura viene definito soltanto *accettandone esplicitamente la sua natura negoziale*. Per molto tempo, infatti, in salute mentale le sole figure tradizionalmente legittimate a definire i programmi terapeutici ed a decretarne l'efficacia sono stati gli operatori. Negli ultimi anni, grazie anche alle legittime pressioni esercitate dalle associazioni dei pazienti e dei familiari, si è andato affermando un nuovo paradigma che ha proposto un approccio di cura ed una valutazione degli esiti in cui gli utenti dei servizi giocano un ruolo centrale. Il vantaggio di questa prospettiva è di prendere in considerazione i fattori culturali e le aspettative personali dei pazienti. Secondo un approccio di tipo negoziale, infatti, non è possibile stabilire a priori se la percezione dei bisogni da parte degli operatori sia più "corretta" e più "vera" di quella dei pazienti; in realtà entrambe, basandosi su presupposti e punti di vista differenti, hanno pari dignità e vanno ugualmente considerate [Slade *et al.* 1998; Wiersma *et al.* 1998b; Middelboe *et al.* 1998; Lasalvia *et al.* 2000b]. Sulla ba-

se di questi assunti è stata sviluppata un'intervista standardizzata, la *Camberwell Assessment of Need (CAN)* [Phelan *et al.* 1995; Ruggeri *et al.* 1999] che prevede l'individuazione dei bisogni attraverso un processo negoziale che coinvolge in maniera sistematica sia gli operatori del servizio che gli utenti stessi.

4. Utilità pratica della valutazione dei bisogni in salute mentale

La valutazione dei bisogni rappresenta una tappa fondamentale utile sia per la pianificazione di strategie terapeutiche mirate e personalizzate che per la valutazione degli esiti degli interventi forniti [Ruggeri, Dall'Agnola 2000; Lasalvia, Ruggeri 2001]. Riguardo a questo secondo aspetto, i bisogni costituiscono l'anello di congiunzione tra il disturbo del paziente (o meglio le conseguenze determinate dal disturbo sulla vita del paziente), l'azione terapeutica intrapresa e la valutazione dell'efficacia dell'intervento effettuato. Pertanto bisogni ed esiti rappresentano variabili tra loro strettamente interdipendenti [Dew *et al.* 1988; Rogler, Cortes 1993; Ruggeri 1997]. Un'attenta e sistematica valutazione dei bisogni, condotta con strumenti specifici e psicometricamente affidabili può rivelarsi, per questo motivo, estremamente utile per verificare il successo o il fallimento di una determinata strategia terapeutica [Brewin, Wing 1993; Lehman 1999].

Da questo punto di vista i bisogni rappresentano un target assistenziale molto interessante, non solo in quanto tali ma anche perché sembra che a loro volta possano influenzare altre dimensioni dell'esito delle cure come la qualità della vita dei pazienti. È stato, infatti, osservato che i pazienti con un numero più basso di bisogni tendono ad essere maggiormente soddisfatti del-

la propria vita e che sono proprio i bisogni percepiti dai pazienti quelli dotati di più elevato valore predittivo nei confronti della qualità della vita [Slade *et al.* 2003]. Se allora tra gli obiettivi dell'assistenza viene posta particolare attenzione al soddisfacimento dei bisogni dei pazienti, è plausibile attendersi anche un contestuale miglioramento delle condizioni di vita percepite dagli stessi. Ciò è proprio quello che è stato dimostrato in un recente lavoro in cui è emerso che il soddisfacimento dei bisogni di cura, accanto alla riduzione dei sintomi, contribuiva a determinare nel corso del tempo un significativo innalzamento dei livelli di qualità della vita soggettiva dei pazienti [Lasalvia *et al.* 2005]. In particolare, la riduzione dei bisogni relativi alla sfera sociale (come ad es. avere degli amici, avere buone relazioni con i familiari o il partner, avere un'accettabile vita sessuale) e di quelli relativi ad aspetti di tipo pratico (come ad es. avere un posto dove vivere, un'alimentazione adeguata, un'attività che impegni la giornata) era quella maggiormente in grado di incidere in maniera più rilevante sul miglioramento della qualità della vita. In realtà, soltanto la riduzione dei bisogni percepiti dai pazienti si associava ad un miglioramento delle loro condizioni di vita, mentre la diminuzione dei bisogni rilevati dai curanti non era in grado di predire la qualità della vita dei pazienti. Questi risultati indicano che se si vuole migliorare la qualità di vita delle persone con disturbi mentali non è sufficiente agire solo sui sintomi, ma è necessario intervenire in maniera più articolata, riducendo ad esempio anche i loro bisogni pratici e sociali.

Perseguire un buon accordo sulla percezione dei bisogni tra utenti e staff non rappresenta soltanto un valore in sé (etico, deontologico e di metodo), ma costituisce anche un "ingrediente" fondamentale in grado di contribuire al

raggiungimento di risultati favorevoli in termini di salute guadagnata o recuperata. Infatti, in un recentissimo lavoro condotto dal nostro gruppo è stato dimostrato che proprio quei pazienti maggiormente "in sintonia" con i propri curanti rispetto alla percezione dei bisogni tendono a manifestare nel corso del tempo un esito migliore [Lasalvia *et al.* 2007]. Un buon accordo tra pazienti e staff curante ed una maggiore conseguente condivisione dell'agenda di lavoro costituisce un importante valore aggiunto in grado di apportare un contributo importante al processo di miglioramento del paziente; tale effetto non si riflette soltanto sulle dimensioni dell'esito che esplorano le variabili soggettive, quali ad es. la qualità della vita percepita e la soddisfazione per le cure ricevute, ma anche sugli aspetti legati all'ambito più strettamente clinico e al funzionamento sociale. Questo studio rappresenta la prima conferma empirica che la capacità degli operatori di "sintonizzarsi" sulle priorità maggiormente avvertite come tali dai pazienti contribuisce in maniera significativa ad accrescere le possibilità di recupero e di "guarigione" degli stessi. Pertanto, investire sulle capacità degli operatori dei servizi di cogliere appieno le esigenze dei pazienti, anche quelle più nascoste e non immediatamente dichiarate, e negoziare con essi percorsi di cura condivisi, conviene e paga i suoi dividendi sul lungo periodo ed in termini di salute guadagnata.

Conclusioni

L'identificazione dei bisogni rappresenta una tappa ineludibile per realizzare una pianificazione razionale dell'attività dei servizi, per mettere in atto strategie terapeutiche mirate ed individualizzate e per verificarne successivamente l'efficacia.

Il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti, pertanto, si pone come l'elemento chiave in relazione al quale misurare la capacità dei servizi di fornire adeguate risposte ai propri utenti ed intorno al quale strutturare l'attività complessiva dei Dipartimenti di salute mentale. Perché, tuttavia, tale prassi possa cominciare a svilupparsi nella routine clinica è necessario da parte degli operatori dei servizi raggiungere un accettabile grado di familiarità con gli strumenti di valutazione dei bisogni ed acquisire adeguate esperienze sul campo attraverso processi di analisi valutativa condotti nella realtà quotidiana dei servizi. Purtroppo, però la strada da percorrere in tale direzione è ancora lunga ed il ritardo da colmare rispetto ad altri paesi purtroppo notevole. L'auspicio è che il presente contributo possa fungere da stimolo a chi opera nei servizi ad intraprendere e a strutturare sempre più numerosi percorsi valutativi sui bisogni di cura.

Riferimenti bibliografici

- Alarcón R.D. (2007), *When the paradigms languish*, "World Psychiatry", 6: 33-34
- American Psychiatric Association (1994), *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*, APA, Washington D.C.
- Angst J. (2007), *Psychiatric diagnoses: the weak component of modern research*, "World Psychiatry", 6: 30-31
- Bebbington P.E. (1990), *Population surveys of psychiatric disorder and the need for treatment*, "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology", 25: 33-40
- Bentall R.P. (1998), *Why there will never be a convincing theory of schizophrenia*, in Rose S., Allen L. (a cura di), *From brain to consciousness? Essays on the New Science of the Mind*, Penguin, London
- Bentall R.P. (2003), *Madness Explained: Psychosis and Human Nature*, Penguin Books Ltd, London
- Brewin C.R., Wing J.K. (1993), *The MRC needs for care assessment: progress and controversy*, "Psychological Medicine", 23: 837-841
- Brewin C.R., Wing J.K., Mangan S.P., Brugha T.S., MacCarthy B. (1987), *Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment*, "Psychological Medicine", 17: 971-981
- Brockington I. (2007), *Rethinking psychosis*, "World Psychiatry", 6: 31-32
- Carpenter W.T. (2007), *Deconstructing and reconstructing illness syndromes associated with psychosis*, "World Psychiatry", 6: 28-29
- Craddock N., Owen M.J. (2007), *Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages*, "World Psychiatry", 6: 20-27
- Dew M.A., Bromet E.J., Shulberg H.C. (1988), *Factor affecting help-seeking during depression in a community sample*, "Journal of Affective Disorders", 14: 223-234
- Helzer J.E., Kraemer H.C., Krueger R.F. (2006), *The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses*, "Psychological Medicine", 36: 1671-1680
- Kendell R.E. (1989), *Clinical validity*, "Psychological Medicine", 19: 45-55
- Lasalvia A., Ruggeri M. (2001), *L'identificazione dei bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una strategia per pianificare gli interventi nei Dipartimenti di Salute Mentale e valutarne l'efficacia*, "Rivista Sperimentale di Freniatria", CXXV, 3: 113-121
- Lasalvia A., Stefani B. e Ruggeri M. (2000a), *I bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una revisione sistematica della letteratura. I. Concetti generali e strumenti di valutazione. I bisogni di servizi*, "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", 9: 190-213
- Lasalvia A., Dall'Agnola R., Mazzi M.A. e Ruggeri M. (2000b), *The perception of needs for care in staff and patients in an Italian community-based psychiatric service*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", 102: 366-375

- Lasalvia A., Stefani B. e Ruggeri M. (2000c), *I bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una revisione sistematica della letteratura. II. I bisogni di cura individuali*, "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", 9: 282-307
- Lasalvia A., Bonetto C., Malchiodi F., Salvi G., Parabiaghi A., Tansella M., Ruggeri M. (2005), *Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life*, "Psychological Medicine", 35: 1655-1665
- Lasalvia A., Bonetto C., Tansella M., Stefani B., Ruggeri M. (2007), *Does staff-patient agreement on needs for care predict a better mental health outcome? A 4-year follow-up in a community service*, "Psychological Medicine", 1-12 [Epub ahead of print]
- Lehman A.F. (1999), *Developing an outcomes-oriented approach for the treatment of schizophrenia*, "Journal of Clinical Psychiatry", 60, Suppl. 19: 30-35
- Maj M. (1998), *Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia*, "British Journal of Psychiatry", 172: 458-460
- Maj M. (2000), *Revisione del concetto di schizofrenia e sue implicazioni*, "Rivista Sperimentale di Freniatria", CXXIV, 1: 1-2
- Marneros A. (2007), *Physis does not take leaps, neither does Psyche*, "World Psychiatry", 6: 32-33
- McCrone P., Strathdee G. (1994), *Needs not diagnosis: toward a more rational approach to community mental health resourcing in Great Britain*, "International Journal of Social Psychiatry", 2: 79-86
- Middelboe T., Mackeprang T., Thalsgaard A., Christiansen P.B. (1998), *A housing support programme for the mentally ill: need profile and satisfaction among users*, "Acta Psychiatrica Scandinavica", 98: 321-327
- Murray R.M., Dutta R. (2007), *The right answer for the wrong reasons?*, "World Psychiatry", 6: 29-30
- Phelan M., Slade M., Thornicroft G., Dunn G., Hollway F., Wykes T., Strathdee G., Loftus L., McCrone P., Hayward P. (1995), *The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness*, "British Journal of Psychiatry", 167: 589-595
- Robins L.N., Regier D.A. (1991), *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*, The Free Press, New York
- Rogler L.H., Cortes D.E. (1993), *Help-seeking pathways: a unifying concept in mental health care*, "American Journal of Psychiatry", 150: 554-561
- Ruggeri M. (1997), *Service utilisation: a pivotal measure in assessing needs and service outcome*, in Tansella M. (a cura di), *Making rational mental health services*, "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", Monograph Supplement 1, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Ruggeri M. e Dall'Agnola R.B. (2000), *Come Valutare l'Esito nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma
- Ruggeri M., Lasalvia A., Nicolaou S., Tansella M. (1999), *La versione italiana della Camberwell Assessment of Need (CAN), un'intervista per l'identificazione dei bisogni di cura*, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 8: 135-167
- Slade M. (1994), *Needs assessment: Involvement of staff and users will help to meet needs*, "British Journal of Psychiatry", 165: 293-296
- Slade M., Thornicroft G. (1995), *Health and social needs of long-term mentally ill*, "Current Opinion in Psychiatry", 8: 126-129
- Slade M., Phelan M., Thornicroft G. (1998), *A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis*, "Psychological Medicine", 28: 543-550
- Spitzer R.L. (1998), *Diagnosis and need for treatment are not the same*, "Archives of General Psychiatry", 55: 120
- Spitzer R.L., Endicott R.L., Robins E. (1978), *Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability*, "Archives of General Psychiatry", 35: 773-782
- Thornicroft G. (1993), *Evaluating needs for care of psychiatric patients*, "Epidemiologia e Psichiatria Sociale", 3: 167-171

- The Psychologist (2007), *The Diagnosis*, Special Issue, vol. 20 - Part 5, May
- Tucker G.J. (1998), *Putting DSM-IV in perspective*, "American Journal of Psychiatry", 155: 159-161
- Ustun T.B., Chatterji S., Rehm J. (1998), *Limitations of diagnostic paradigm: it doesn't explain 'need'*, "Archives of General Psychiatry", 55: 1145-1146.
- van Os J., Castle D., Takei N., Der G., Murray R. (1996), *Schizophrenia in ethnic minorities: clarification from the 1991 census*, "Psychological Medicine", 26: 203-208
- van Os J., Gilvarry C., Bale R., van Horn E., Tattan T., White I., Murray R. on behalf of the UK700 Group (1999), *Comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis*, "Psychological Medicine", 29: 595-606
- Wiersma D., Nienhuis F.J., Giel R., de Jong A., Slooff C.J. (1998), *Stability and change in needs of patients with schizophrenic disorders: a 15 and 17-year follow-up from first onset of psychosis, and a comparison between 'objective' and 'subjective' assessments of needs for care*, "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology", 33: 49-56

*Dalla malattia mentale
al disturbo: effetti della
(bio)medicalizzazione
sulle categorie diagnostiche
in psichiatria*

di Antonio Maturo

Il denso intervento di Pazzagli e Vanni si attaglia perfettamente alle modifiche che stanno avendo luogo negli ultimi due decenni nel rapporto tra medici-

na, patologie e pazienti negli Stati Uniti. Tali tendenze, lungo differenti gradi, sono riscontrabili anche nei paesi europei.

Rozzamente, si può sostenere che la medicina sia divenuta sempre più, mi si passi il termine, "tecnoscientificata" [Clarke *et al.* 2003]. Questo orientamento vede la medicina sempre più "incarnata" nelle strumentazioni che utilizza. Per secoli si è vista la medicina come un'arte in cui il medico, un quasi-sacerdote, era il depositario dei suoi segreti: ne interpretava i dettami e dalla sua mediazione nasceva la cura sulle persone [Gadamer 1994, Jaspers 1991]. In tempi più recenti la medicina è stata vista come tecnica, con il medico che trasferiva e applicava, in modo "neutralmente affettivo", l'insieme delle nozioni scientifiche sul caso empirico: è la medicina secondo Parsons [1965] e secondo la *Evidence-Based Medicine* nella sua versione più ortodossa.

Oggi, secondo molti studiosi, l'arte della medicina sfuma senza soluzione di continuità nelle sue appendici tecnologiche. La tecnologia medica e le soluzioni organizzative costituiscono e predefiniscono molteplici campi di applicazione della medicina, rendendo molto difficile discriminare tra sapere medico e supporti tecnologici¹. Vi sarebbe dunque un'*ibridazione* tra conoscenza medica e sue modalità di applicazione. Clarke *et al.* [2003] descrivono minuziosamente questa trasformazione quando parlano di "biomedicalizzazione". Con medicalizzazione possiamo intendere l'estensione di categorie cognitive, scientifiche e commerciali di stampo medico in ambiti della vita quotidiana che precedentemente non avevano a che fare con la medicina [cfr. Conrad 2007]. Con biomedicalizzazione, invece, le autrici, eminentemente, intendono

1. Su tecnologie riproduttive, artificializzazione della medicina e bioetica si veda Cipolla [2004].

i mutamenti che si sono avuti a livello meso nell'organizzazione dell'assistenza medica: «i computer, le *information technologies* e le nuove forme sociali co-prodotte attraverso il loro [riferito ai computer e all'IT] design e applicazione sono i dispositivi-chiave dei nuovi tipi di meso-instituzionalizzazione. Le innovazioni tecno-organizzative di un'era divengono le (spesso invisibili) infrastrutture di quella successiva» [Clarke et al. 2003: 165]. Va sottolineato che le autrici non sposano alcuna opzione di determinismo tecnologico, a più riprese, infatti affermano che «l'azione umana e la tecnoscienza sono co-costitutive» [Clarke 2003: 165].

Un aspetto centrale della tecnoscientificazione della biomedicina riguarda la riorganizzazione dei dati medici: tutti i dati medici vanno computerizzati secondo format standardizzati che possano essere tele-trasmessi (*webbed*) a vari destinatori (assicurazioni private, ospedale, medici, pazienti). Secondo Clarke *et al.*: «tali format rendono impossibile l'inserimento di certi tipi di dati del paziente nella cartella clinica (*medical record*), specialmente quell'informazione altamente individualizzata che era diffusa allorché il medico agiva su corpi umani singolari. Allo stesso tempo, [tali format] rendono del tutto impossibile non inserire altri tipi di dati: come l'informazione richiesta per essere compatibili con le tecnologie che supportano le decisioni cliniche» [Clarke *et al.* 2003: 174].

Ora, così compresse, le argomentazioni di Clarke e colleghi risultano forse un po' ostiche e per alcuni versi "estreme". Mi sembra però che si possano collegare a molte delle critiche che Pazzagli e Vanni rivolgono al DSM-IV.

I due autori scrivono che, a partire dal DSM-III, la nosografia psichiatrica diviene sempre più ateorica, descrittiva e ad elevata "standardizzazione". Per definire una malattia ci si focalizza sui sintomi e si lasciano perdere le cause.

Anzi, il focus dei DSM (III e IV) si sposta dalle malattie ai disturbi e alle sindromi – che appunto sono raggruppamenti di sintomi. Non vi sono degli intenti esplicativi nel DSM-IV, l'importante diventa la possibilità della riproducibilità della sindrome, la sua controllabilità intersoggettiva e, quindi, la sua "comunicabilità".

Credo che vi sia più di un nesso tra la crescita del complesso bio-medico-farmaceutico e la bioscientificazione della medicina, da un lato, e la "sindromizzazione" della psichiatria, dall'altro. Ne descrivo sommariamente qualcuno:

1. *riduzionismo e frammentazione delle patologie*: lo slittamento dalla malattia al disturbo permette di ridurre la complessità della malattia mentale in un serie di sindromi facilmente individuabili perché corrispondono agli stessi sintomi. Dunque, nella cura, il sintomo prede il posto della causa. Il moltiplicarsi del numero delle patologie e, come fanno notare Pazzagli e Vanni, il ricorso crescente (escamotage?) alla categoria "co-morbilità" rendono lo scenario della malattia mentale più frammentato, ma non più complesso;
2. *enfasi sul trattamento farmacologico*: se i disturbi sono facilmente individuabili e classificabili diviene più semplice associare ad essi una terapia. Se il compito della psichiatria diviene quello di rimuovere i sintomi allora il medicinale è lo strumento adatto per assolverlo: per definizione il trattamento psicoanalitico richiede tempo e trattamenti centrati sul soggetto, il contrario della standardizzazione;
3. *obsolescenza dei trattamenti basati sulla parola*: col suo armamentario teorico greve e capzioso la psicoanalisi viene abbandonata perché mal si adatta alle patologie così facilmente individuabili del nostro tempo (complicate in molti casi, ma non

- complesse), proliferano le terapie brevi oppure il medicinale;
4. *la semplificazione della diagnosi moltiplica i pazienti*: se possiamo autodiagnosticarci una possibile sindrome da bipolarismo o un GAD, disturbo d'ansia generalizzato, semplicemente usando un test pubblicato su una rivista, se i bambini vivaci diventano dei malati di *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* viene il sospetto che vi siano delle persone che fanno esperienza di una condizione umana di per sé "normale" tramutata in patologia (col corollario che la persona diventa molto facilmente un paziente e dunque un consumatore sanitario);
 5. *il dilagare della co-morbilità*: il dilagare della co-morbilità nelle diagnosi psichiatriche, di cui si lamentano Pazzagli e Vanni, è la automatica conseguenza della semplificazione dell'impianto del DSM: al posto di malattie che hanno cause profonde e complesse troviamo la sindrome n + la sindrome k + la sindrome y e così via: l'approccio terapeutico che ne consegue diventa parcellizzato e a-contestuale;

Tirando le fila del mio svelto commento mi sembra che, posta la serietà dei professionisti che operano in psichiatria che non mi sogno di mettere in dubbio, lo scenario delle patologie mentali risenta più di altri dei venti (bio)medicizzanti che soffiano impetuosamente nel XXI secolo e che ne alimentano le rappresentazioni sociali di salute e malattia, o *sickscape* [Maturò 2007].

Semplificare e standardizzare la malattia rende più semplice "quantificare" la terapia: il suo costo, la sua durata. Spesso non si valuta con la dovuta attenzione il fatto che il DSM sia un prodotto dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA). Così non ci si accorge che il proliferare di approcci psico-terapeutici di 8/12 settimane, negli

Stati Uniti, non è che una conseguenza del fatto che le assicurazioni sanitarie, generalmente, coprono la cura solo per quel periodo di tempo. Un esempio di come le esigenze economiche diano forma a un evento "scientifico".

Inoltre, l'enfasi sui sintomi permette di separare la malattia dal malato e di costruire un bersaglio chiaro su cui una *magic bullet* (pallottola magica) dovrebbe far breccia. Se il sintomo diventa la malattia allora, come detto, tutti diventiamo dottori, o almeno tutti diventiamo in grado di autodiagnosi: lo testimonia il proliferare della pubblicità farmaceutica negli Usa. Con la liberalizzazione della pubblicità dei farmaci con obbligo di prescrizione (DTC: *Direct-To-Consumer*), il rapporto medico-paziente ha subito cambiamenti significativi. In una ricerca della *Food and Drug Administration* sostiene il 62% dei medici interpellati ha dichiarato che la pubblicità DTC ha causato tensioni tra loro e i pazienti; il 47% dei medici ha inoltre dichiarato di avere subito pressioni da pazienti per avere la prescrizione del farmaco pubblicizzato [Aikin 2003]. Appare dunque abbastanza chiaro come la pubblicità DTC abbia amplificato e in alcuni casi modificato le aspettative culturali nei confronti di salute e malattia [Metzel 2007].

La semplificazione e standardizzazione della patologie mentali che è stata operata nel DSM-IV non mi sembra casuale. Come ho accennato, credo che questi mutamenti siano anche stati causati da influenze esterne alla scienza medica. Per questo è probabile che il DSM-V dia alle "sindromi" uno spazio ancora maggiore rispetto alle sue precedenti versioni.

Riferimenti bibliografici

- Aikin K.J. (2003), *Direct-To-Consumer Advertisement of Prescription Drugs:*

- Physician Survey*, Jan. 13, 2003: www.fda.gov/cder/ddmac/globalsummit2003/sld028.htm (consultato il 10 agosto 2007)
- Clarke A., Mamo L., Fishman J.R., Shim J.K., Fosket J.R. (2003), *Biomedicalization: Technoscientific Transformation of Health, Illness and U.S. Biomedicine*, "American Sociological Review", vol. 68: 161-194
- Cipolla C. (2004), *Prima che... Per una genetica "liberale" a normazione democratica*, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, vol. II, *Ricerca*, FrancoAngeli, Milano
- Conrad P. (2007) *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore
- Jaspers K. (1991), *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano
- Metzl J.M. (2007), *If Direct-To-Consumer Advertisements come to Europe: Lessons from the USA*, "Lancet", vol. 369: 704-706
- Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano
- Gadamer H.G. (1994), *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano
- Parsons T. (1965), *Il sistema sociale*, Comunità, Milano [ed. orig.: *The Social System*, The Free Press, Glencoe, 1951]

*La nosografia psichiatrica
di fronte ai nuovi
orientamenti
giurisprudenziali
in materia di imputabilità*

di Michele Sanza

L'esigenza di classificare i disturbi mentali può essere considerata intrinseca all'obiettivo di migliorare le prati-

che terapeutiche specifiche, mirate a ridurre il carico complessivo della malattia mentale, quantificabile attraverso gli indici di incidenza e di prevalenza. Nel tempo questa esigenza è stata affrontata con metodi differenti. Trascuando la lunga storia della medicina e della psichiatria, si dà atto che la prima classificazione moderna delle malattie psichiatriche è stata quella di Krapelin [1904], che rimane tuttora punto di riferimento per i sistemi nosografici attuali. La classificazione Kraepeliniana è fortemente ancorata al presupposto organicistico, per il quale si suppone che le patologie psichiatriche siano entità morbose ben definite, sostenute da un preciso correlato biologico, anche in assenza di cause identificate; cause che, si supponeva, il progresso scientifico e delle conoscenze mediche avrebbe dovuto portare alla luce. Krapelin aveva sancito la distinzione tra Psicosi esogene, dovute ad una *noxa* patogena tossica, metabolica o traumatica, e psicosi endogene, ad eziologia *ancora* sconosciuta, distinguendo tra queste la *Dementia preacox* (schizofrenia) e la Psicosi maniaco depressiva. La prima contrassegnata da una evoluzione quasi sempre negativa, la seconda a prognosi meno severa, ma comunque influenzata dall'andamento ciclico delle manifestazioni morbose. Per l'una e per l'altra si ipotizzava una causa organica, processuale, assimilabile al concetto anatomico patologico di malattia degenerativa, in continuità con il pensiero di Griesinger [1845], insigne psichiatra del secolo precedente autore del trattato "Patologia e terapia delle malattie mentali"; L'impostazione organicista e l'ipotesi di una eziologia biologica per le malattie mentali era stato rinforzato dalla generalizzazione del modello eziogenetico della malattie infettive formulato sulla scorta delle scoperte di Koch del bacillo della tubercolosi. La scoperta della eziologia della tubercolosi, e

quella della penicillina avevano influenzato fortemente i concetti della medicina moderna e la definizione stessa di malattia, che andava vieppiù perdendo il riferimento al contenuto della sofferenza soggettiva del malato, per identificarsi in quadri morbosi “oggettivi”, aventi eziologia nota, un decorso sintomatologico caratteristico, e possibilmente una terapia efficace.

È evidente il riflesso dell'impostazione platonica su tale concezione, per cui le malattie sono “vere entità” che i sensi – in questo caso le procedure clinico fenomenologiche – possono far conoscere solo limitatamente, attraverso un procedimento induttivo, e che questo procedimento può risultare fallace ed ingannevole rispetto alla conoscenza delle vere cause delle malattie. La trasposizione dell'impostazione positivista in psichiatria si è materializzata nell'opera di Schneider [1983], per il quale il termine malattia poteva essere impiegato solo nei casi in cui nell'organismo vi fosse un qualche cambiamento morboso in atto (processo) o qualche struttura difettosa. Per tanto né le nevrosi né i disturbi di personalità potevano essere considerati vere e proprie malattie, ma piuttosto “varianti anormali della vita psichica”. La schizofrenia e la psicosi maniaco depressiva, invece, erano considerate malattie, le cui cause permanevano sconosciute. Anche Schneider aderì all'assunto che il progresso delle conoscenze scientifiche avrebbe potuto rivelare le vere cause delle malattie mentali. L'opera di Kurt Schneider, inoltre, avendo introdotto la caratterizzazione clinica dei sintomi di primo e di secondo rango per la diagnosi di Schizofrenia, è antesignana della logica dei criteri operativi a fondamento del DSM III.

All'impostazione organicista della psichiatria Krapeliniana si è contrapposta la psichiatria psicodinamica, an-

ch'essa fortemente orientata a differenziare le malattie mentali sulla base di un criterio eziologico. La psicoanalisi, che ha esercitato un predominio culturale assoluto sulla psichiatria nord americana a partire dall'epoca tra le due guerre fino agli anni settanta del secolo scorso, ha definito le diverse patologie in ragione dell'epoca di permanenza (*fissazione*) ad uno stadio precedente dello sviluppo psichico e dell'adozione dei meccanismi di difesa caratteristici di quella fase dello sviluppo individuale. La teoria delle relazioni oggettuali (Winnicott) ha riorientato il pensiero psiconalitico in direzione della ricerca di difetti precocemente instauratisi nella relazione madre bambino, aprendo agli sviluppi di Kernberg *et al.* [1978] che insieme hanno contribuito alle evoluzioni concettuali più mature della psicanalisi. Quest'ultimo, in particolare, descrivendo l'organizzazione *borderline* di personalità ha desunto l'esistenza di una struttura psichica instabile, intermedia tra organizzazione nevrotica e organizzazione psicotica di personalità, che si manifesta con una fenomenologia caratteristica. Kernberg *et al.* [1972] hanno tentato di dimostrare che l'organizzazione *borderline* di personalità risponde al trattamento psicoterapeutico centrato sull'analisi del transfert meglio che con le terapie supportive. Ma non poche sono state le critiche metodologiche rivolte ai suoi primi studi di valutazione dell'efficacia. Più recentemente, Clarkin e Levy [2006] hanno pubblicato uno studio su 90 pazienti con diagnosi di Disturbo *borderline* di personalità assegnati random a tre diverse forme di trattamento psicoterapico, che indicano una superiorità della psicoterapia basata sull'analisi del transfert nei confronti sia delle tecniche supportive che dalla Terapia dialettico comportamentale (Dbt).

Lo sviluppo della psichiatria in epoca recente, sia nel campo della clinica che in quello della ricerca, è stato fortemente influenzato dalle edizioni del Manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali dell'American Psychiatric Association [1980] susseguites dal 1980 in avanti. A partire dalla III edizione, il DSM si è presentato come manuale nosografico indipendente dalle teorie eziologiche che, dividendo la comunità professionale sui due opposti fronti della organogenesi e della psicogenesi, avevano impedito, fino ad allora, l'adozione di un unico sistema di classificazione dei disturbi mentali. Il DSM-III si è proposto sul panorama internazionale con una potenzialità di egemonia e di assimilazione degli altri sistemi di classificazione locali, che in precedenza nessun sistema diagnostico nazionale aveva esercitato, né avrebbe potuto sperare di farlo. Finanche la Psichiatria francese, storicamente riluttante a fare proprie le impostazioni nosografiche anglosassoni e tedesche, ha nel tempo assimilato la terminologia e i principi classificatori del DSM alla propria pratica clinica e di ricerca. Anche la Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, ICD 10, dell'Organizzazione Mondiale della sanità [1992], risente fortemente dell'influenza del DSM III. Infatti, pur utilizzando una terminologia differente, maggiormente sintonica con la tradizione culturale e scientifica europea, al pari del DSM anche l'ICD 10 induce il clinico ad adottare un procedimento diagnostico fondato sull'applicazione di criteri operativi che definiscono con logica binaria, del tipo sì no, l'appartenenza delle sindromi osservate alle differenti categorie diagnostiche postulate. E proprio l'introduzione dei criteri operativi, indicati piuttosto nell'ICD come Direttive diagnostiche, costituisce il punto di maggiore innovazione

introdotto da Spitzer con il DSM III. In vero già nel 1961 il filosofo Carl Hempel [1962] aveva invocato l'introduzione di definizioni operative per superare i problemi di omogeneità nell'applicazione delle denominazioni dei singoli quadri clinici impiegati da psicologi e psichiatri per fare diagnosi. Hempel, sostanzialmente, suggeriva ai clinici di fare propria una variante della *definizione operativa* originariamente offerta da Bridgman [1927: 85]: «Una definizione operativa di un termine scientifico S è una convenzione per cui S deve applicarsi a tutti quei casi, e solo a quei casi, in cui l'esecuzione dell'operazione di prova T dà l'esito specifico O». Infatti in ambito psichiatrico il termine operativo, diversamente che nella fisica, deve applicarsi in modo estensivo, fino ad includere la semplice osservazione. In pratica, la diagnosi S deve essere formulata per coloro, e solo per coloro, che presentano la caratteristica O, e che la suddetta caratteristica O sia obiettiva ed intersoggettivamente certificabile. Gli annosi problemi che una classificazione fondata su *criteri oggettivi* avrebbe dovuto risolvere, erano i difetti di *attendibilità* delle diagnosi psichiatriche, che numerose ricerche avevano evidenziato a partire dagli anni 30. Masserman e Charmaichael [1938] riscontrarono che su una casistica di 100 ricoverati in un ospedale psichiatrico di Chicago a distanza di un anno si era dovuta apportare una rilevante revisione diagnostica nel 40% dei casi. Più tardi Beck *et al.* [1962] prendendo in esame otto precedenti studi sulla concordanza tra psichiatri nel formulare la diagnosi, descrivevano che escludendo i casi ad eziologia organica, in nessuno dei lavori il tasso di concordanza superava il 42%. Nella parte sperimentale della sua indagine Beck e colleghi, riscontravano però che se gli psichiatri erano messi in condizioni di utilizzare dei riferimenti comu-

ni, in questo caso si trattava del DSM II integrato da alcune definizioni concordate tra i partecipanti allo studio, la situazione migliorava grandemente. Infatti, il tasso di concordanza era risultato del 56%, e il campione non conteneva casi organici ma solamente cosiddette "psicosi funzionali". In seguito le problematiche della insufficiente validità delle diagnosi formulate dai clinici è stata messa in evidenza anche in studi eseguiti sul larga scala, quali il US-UK *Diagnostic Project* e l'*International Pilot Study of Schizofrenia* (1973) dell'Oms, i quali hanno evidenziato l'influenza delle diversità di formazione e di cultura professionale negli esiti delle procedure diagnostiche. Entrambi hanno mostrato che le differenze diagnostiche non erano dovute a differenze epidemiologiche, ma piuttosto erano legate alla diversità dei criteri diagnostici adottati nei paesi partecipanti agli studi. In entrambi questi lavori i risultati erano stati ottenuti mediante l'utilizzo di una intervista strutturata, il *Present State Examination*.

Attualmente la validità delle diagnosi psichiatriche, formulate secondo il DSM, si può considerare fortemente migliorata. A questo risultato hanno concorso il processo di standardizzazione delle diagnosi ottenuto con la diffusione di un unico, o quanto meno prevalente sistema di classificazione, e l'introduzione di interviste strutturate coerenti con il DSM. Una review di Segal e colleghi [1994], ha evidenziato che l'attendibilità delle diagnosi formulate con la SCID I e SCID II è molto elevata per la maggiore parte delle diagnosi di asse I e di asse II. Risultati apparentemente discordanti con queste conclusioni, sono quelli di Perry [1993], che riporta sulla scorta dell'esame di otto studi precedenti, la scarsa attendibilità delle diagnosi di asse II formulate mediante interviste strutturate. In generale, le diagnosi di

asse II, ovvero dei disturbi di personalità, sembrano essere esposte ancora a notevoli problemi di concordanza (tra diversi professionisti) e di stabilità (nel tempo), ma anche al rischio di una insufficiente validità. Kass *et al.* [1995] avevano evidenziato, in un ricerca condotta su 609 pazienti psichiatrici ambulatoriali, utilizzando una scala per la valutazione delle categorie dell'asse II del DSM III, che nel 51% dei pazienti venivano soddisfatti i criteri diagnostici per uno o più disturbi di personalità. Tale percentuale si innalzava fino all'88% quando venivano inclusi i pazienti considerati come aventi "alcuni tratti" o "quasi soddisfacenti" i criteri del DSM III. L'Autore di questo studio concludeva che l'utilizzo dell'approccio categoriale determina una perdita di informazioni cliniche importanti, specialmente nel caso dei disturbi di personalità meno comuni (come, ad esempio, il DP narcisistico), per i quali le forme lievi sono almeno dieci volte più frequenti del disturbo stesso. In un altro studio, condotto su un campione di 158 pz. con una diagnosi primaria di disturbo di personalità e su un gruppo di controllo comprendente 274 soggetti, usando scale di auto-valutazione atte a misurare 79 tratti identificati come rappresentativi di diagnosi di personalità, è emersa, attraverso l'analisi fattoriale, una considerevole similarità fra i tratti caratterizzanti i due campioni [Schroeder 1991], a dimostrazione del fatto che le caratteristiche della personalità possono essere viste come un "continuum".

Il sistema di classificazione dei disturbi mentali introdotto dal DSM III ha comportato pertanto enormi vantaggi sia per la clinica che per la ricerca consentendo di migliorare la comunicazione professionale e scientifica e di standardizzare meglio i risultati delle terapie. In gran parte questo risultato è connesso con l'atteggiamento ateoreti-

co mantenuto dal DSM III in avanti dalle classificazioni dell'American Psychiatric Association (APA), che, evitando il confronto ideologico tra le diverse posizioni presenti nella componente professionale sulla eziologia dei disturbi, ha consentito di formulare criteri sufficientemente oggettivabili per le sindromi psichiatriche (disturbi di asse I). Meno efficace è stata la proposizione in chiave categoriale dei disturbi di asse II, disturbi di personalità, per i quali invece un approccio dimensionale, cioè basato su grandezze misurabili, è auspicato da molte parti per la V edizione del DSM che sarà pubblicata nel 2011.

La scelta di un approccio dimensionale, piuttosto che categoriale, per i disturbi di personalità è destinato ad avere un grande impatto sulla evoluzione del concetto di incapacità di intendere e di volere che sottende quello di imputabilità. È rimarchevole osservare che la dottrina giuridica tradizionale, coerentemente con l'impostazione nosografica Kreapeliniana, considera quali condizioni connesse con il vizio totale o parziale di mente le infermità psichiche, e considera queste esclusivamente le malattie aventi una causa organica che incidono sullo stato psichico riducendo le facoltà intellettive e volitive, o le malattie psichiatriche ad eziologia ignota quali le psicosi endogene. La giurisprudenza ha tradizionalmente escluso, quali cause di incapacità totale o parziale, i disturbi di personalità e le nevrosi, considerati tutt'al più quali elementi utili alla ricostruzione motivazionale della criminogenesi: «Tutte le anomalie del carattere, e che indubbiamente incidono sul comportamento, non sono idonee ad alterare nel soggetto le capacità di rappresentazione e di autodeterminazione, e non diminuiscono né escludono la imputabilità perché non hanno un substrato patologico. Del pari e per lo stesso moti-

vo non sono sufficienti a legittimare il riconoscimento di infermità mentale, neppure parziale, le manifestazioni di tipo nevrotico, le personalità psicotiche o psicopatiche, le alterazioni comportamentali prive di substrato organico, ancor più a carattere episodico o sporadico» [Corte di Cassazione, sentenza n. 5.10.1990 del 01/06/1990].

La Cassazione ha confermato questo preciso orientamento della Giurisprudenza anche in sentenze successive, salvo mostrare delle aperture nei confronti del concetto di anomalie psichiche, già adottato dalla giurisprudenza di altre nazioni, prima la Germania, quale possibile causa di vizio di mente: «Gli artt. 88 e 89 del codice penale postulano – secondo il sistema accolto dal codice – l'esistenza di una vera e propria malattia mentale, ossia di uno stato patologico comprensivo delle malattie (fisiche o mentali) in senso stretto che incidono sui processi volitivi e intellettivi della persona o delle anomalie psichiche che, seppure non classificabili secondo precisi schemi nosografici perché sprovviste di una sicura base organica, siano tali per la loro intensità, da escludere totalmente la capacità di intendere (ossia la capacità del soggetto di rendersi conto del valore delle proprie azioni e quindi di apprenderne il disvalore sociale) e di volere (ossia l'attitudine del soggetto ad autodeterminarsi in relazione ai normali impulsi che ne motivano l'azione e, comunque, in modo coerente con le rappresentazioni apprese del colpevole» [Corte di Cassazione, sentenza n. 00958 del 24/04/1991].

La problematica delle anomalie psichiche di intensità tale da escludere la capacità di intendere e di volere viene ripresa nel progetto di riforma del Codice Penale contenuto nel disegno di legge n. 3718 della XIII legislatura presentato al Senato il 18 dicembre 1998: «L'introduzione del concetto di

“anomalia” é certamente opportuna. Esso segue l’impostazione accolta dalle piú moderne legislazioni penali europee che prendono in considerazione anche quei “disturbi psichici” che non rientrano nel concetto di “infermità”. Nel codice penale tedesco, dal quale il concetto é stato preso in prestito, si parla di “gravi altre anomalie psichiche” (*schwere andere seelische Abar-tigkeiten*) per identificare le “psicopatie” (disturbi della personalità) e le “nevrosi” in genere, concetti ben distinti dalle infermità psichiche internazionalmente fissate e classificate. Nella determinazione del concetto il Comitato é stato estremamente preciso ed onde ovviare a future interpretazioni estensive o comunque distorte ha stabilito che deve trattarsi di “gravissima anomalia” per il vizio totale di mente e di “grave anomalia” per il vizio parziale di mente, soluzione che dovrebbe risolvere la discussione del passato su questo delicato argomento».

Significativo che in linea con questo orientamento si é posta anche la Cassazione con una sua recente determinazione: «I disturbi della personalità possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; invece, non assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre “anomalie caratteriali” o gli “stati emotivi e passionali”, che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente» [Corte di Cassazione, sentenza del 25.01.2005].

Se pertanto, come sembra evidente dagli ultimi orientamenti della Corte di Cassazione e dall’evoluzione del pensiero giuridico, anche coerentemente con altri sistemi giuridici europei, sta

prevalendo la concezione del Disturbo di personalità grave come condizione potenzialmente incidente sull’integrità dei processi intellettivi e volitivi, base naturale della capacità, occorre un preciso riferimento nosografico in grado di sostenere la valutazione clinica del grado di menomazione determinata dalla condizione diagnosticata. Un sistema diagnostico come l’asse II del DSM IV TR, che definisce le patologie della personalità in chiave descrittiva mediante sintomi e comportamenti chiave ammessi sopra soglia in quanto “deviano marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell’individuo”, non é probabilmente sufficiente né indicato a sostenere la valutazione rigorosa del *quantum* di anomalia psichica, specificamente interferente con i processi mentali normali, in relazione al fatto reato di cui il periziando é accusato. È evidente che un sistema diagnostico dei disturbi di personalità (e delle nevrosi) dovrà quanto meno essere misto, ovvero associare alle categorie diagnostiche, indispensabili per le finalità di ricerca, la valutazione dimensionale, graduabile lungo una scala di valori, delle specifiche anomalie costitutive del disturbo stesso. La questione, tutt’altro che nuova, si ripropone per la futura edizione del DSM-V [Kraemer *et al.* 2007], ma in attesa che l’APA licenzi il suo prossimo sistema diagnostico é auspicabile che anche la Psichiatria italiana, come suggerito da Pazzagli e Vanni nel loro saggio, faccia concreti sforzi per individuare una metodologia clinica originale in grado di rispondere concretamente alle questioni poste dalla giurisprudenza in materia di imputabilità.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatrist Association (1980),
Diagnostic and Statistical Manual of

- Mental Disorders*, Washington DC [ediz. ital.: Masson, Milano, 1980]
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J.E., Erbaugh J.K. (1962), *Reliability of psychiatric diagnosis. 2. A study of consistency of clinical judgments and ratings*, "Am. J. Psychiatry", Oct., 119: 351-7
- Bridgman P.W. (1927), *The Logic of Modern Physics*, McMillan, New York
- Clarkin J.F., Levy K.N. (2006), *Psychotherapy for patients with borderline personality disorder: focusing on the mechanisms of change*, "J. Clin. Psychol.", Apr., 62 (4): 405-10
- Griesinger W. (1845), *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, Stoccarda
- Hempel C.G. (1962), *Introduction to problems of taxonomy*, in *Field Studies in the mental disorders*, Zubin, New York
- Kass F. et al. (1985), *Scaled ratings of DSM III personality disorders*, "American Journal of Psychiatry", 142: 627-630
- Kernberg O. (1978), *Sindromi Marginali e Narcisismo Patologico*, Bollati Borinighieri, Torino
- Kernberg O.F., Coyne L., Horwitz L., Appelbaum A., Burstein E.D. (1972), *Psychotherapy and psychoanalysis. The application of facet theory and the multidimensional scalogram analysis to the quantitative data of the psychotherapy research project*, "Bull Menninger Clin.", Jan.-Mar., 36(1): 87-275
- Kraemer H.C., Shrout P.E., Rubio-Stipec M. (2007), *Developing the diagnostic and statistical manual V: what will "statistical" mean in DSM-V?* "Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.", May, 42 (4): 259-67
- Kraepelin E. (1904), *Trattato di psichiatria*, trad. it. Vallardi, Milano
- Masserman J.H., Carmichael H.T. (1938), *Diagnosis and Prognosis in Psychiatry*, "Journal of Mental Science", 84: 893-946
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1992), *ICD 10 Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali*, Masson, Milano
- Perry J.C. (1993), *Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders*, "Am. J. Psychiatry", Dec., 150 (12): 1905-6
- Schneider K. (1983), *Psicopatologia clinica*, Città Nuova, Roma
- Schroeder M.L., Livesley W.J. (1991), *An evaluation of DSM -III-R personality disorders*, "Acta psychiatrica Scandinavica", 84: 512-519
- Segal D.L., Hersen M., Van Hasselt V.B. (1994), *Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: an evaluative review*, "Compr Psychiatry", Jul.-Aug. 35 (4): 316-27