

Anno 2, n. 4
Giugno 2006
Registrazione del Tribunale di
Vicenza n° 1114 del 02.09.2005
Redazione: Via De Mori, 17
36100 Vicenza
tel. e fax 0444.505717

PdE

Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente

Sommario:

EDITORIALE

Editoriale

pag. 1

La percezione del rischio
tra teoria e ricerca

pag. 2

Rapine in banca: quali
conseguenze per le
persone coinvolte?

pag. 5

Medici e pazienti, un
rapporto a rischio

pag. 7

Il bello del verde

pag. 10

Intersezioni

pag. 12

Il quarto numero della rivista si focalizza sul tema della percezione del rischio. Si tratta di un tema estremamente rilevante nel quadro delle tematiche riguardanti la sicurezza. Non si può più considerare esclusivamente l'aspetto tecnico, ma occorre analizzare anche le componenti personali, sociali e culturali dei soggetti direttamente coinvolti.

Un tempo la questione della gestione del pericolo si fondava su una richiesta ai cittadini di fiducia incondizionata nei confronti degli esperti del settore e delle informazioni trasmesse. Oggi si ritiene opportuno non ignorare le opinioni dei cittadini interessati perché si rischia un cattivo funzionamento dei sistemi di prevenzione individuati, che dovrebbero agire sulle conseguenze all'esposizione a situazioni di pericolo.

Dopo un'introduzione generale sono presentati due aspetti, diversi, ma emblematici. Il primo articolo riguarda uno studio che ha tentato di rilevare le possibili conseguenze psicologiche delle rapine sugli impiegati bancari. In questi anni si è impegnati molto per ridurre l'impatto economico e le conseguenze fisiche delle rapine, dimenticando però l'aspetto più squisitamente personale.

Il secondo lavoro, che avvia uno specifico progetto di ricerca, indaga una nuova conflittualità tra medico e paziente. Tale conflittualità sembra nascere prevalentemente da una diversa percezione della situazione, che rende difficile la reciproca comunicazione: un'incomprensione che spesso sfocia in conseguenze civilmente e penalmente rilevanti.

Infine la consueta attenzione ai temi ambientali porta il nostro interesse a soffermarsi sull'importanza delle aree verdi nelle zone urbane. Non si affronta questa problematica dal punto di vista estetico e nemmeno in un'ottica terapeutica, ma viene sottolineato come le aree verdi svolgano un importante ruolo nella prevenzione della salute e della qualità di vita dei cittadini.

Buona lettura.

Antonio Zuliani

PdE

Direttore responsabile

Mauro Zamberlan

Direttore scientifico

Antonio Zuliani

Redazione:

Lucia De Antoni, Roberto De Filippo.

Hanno collaborato a questo numero:

Emanuela Bellotto (Medico del lavoro), Keleana De Marzi (Psicologa), Chiara Varalta (Laureata in psicologia)

LA PERCEZIONE DEL RISCHIO: UN PROBLEMA APERTO

di EMANUELA BELLOTTO E ANTONIO ZULIANI

Accanto a una visione tecnico-probabilistica della percezione del rischio, si impone sempre più l'importanza della valutazione soggettiva o del gruppo sociale di riferimento. La legge Seveso e il caso Chernobyl.

L'uomo, nel corso della storia, è sempre stato esposto a pericoli, sul lavoro, sulla strada, in casa, sia che stesse svolgendo una mansione, sia che si stesse divertendo o dormendo. Tale situazione ha certamente avuto un'evoluzione nella storia dell'umanità verso una significativa riduzione dei danni derivati da tali pericoli, tanto che le aspettative di vita si stanno allungando sempre di più. Ciononostante le persone assumono spesso atteggiamenti, sia personali che collettivi, che non sempre corrispondono all'effettiva incidenza del pericolo, anzi si nota un certo aumento della preoccupazione per i rischi che si corrono. Come se la percezione del rischio non corrispondesse ad una sua valutazione razionale.

Dal punto di vista tecnico esiste una distinzione tra il concetto di pericolo e quello di rischio, anche se nel linguaggio comune i due termini sono spesso utilizzati come sinonimi. In breve con il termine pericolo si tende ad identificare l'agente, la situazione, l'evento capace di portare danno (pericolosi sono un'automobile, una frana, un nubifragio, ecc). Con il termine rischio si identifica la probabilità che l'evento produca il danno. Una probabilità che è in funzione della vulnerabilità del sistema e del valore dei beni coinvolti. Per rimanere negli esempi precedenti, guidare un'automobile sarà rischioso in funzione dello stato della strada, della manutenzione del mezzo, del traffico, dell'abilità del guidatore, del suo stato emotivo e così via.

Accanto a questa visione, sostanzialmente tecnico-probabilistica, si affaccia, sempre con maggior forza, anche l'importanza della valutazione soggettiva del rischio, cioè della percezione che la persona o il suo gruppo di riferimento sociale ha di quel determinato

pericolo. Ecco allora che la guida dell'auto, pur provocando più decessi del volo aereo, è considerata meno pericolosa e il comportamento del guidatore ne risente profondamente. Analogamente il problema dei campi elettromagnetici, generato dalla installazione delle antenne per la telefonia mobile, viene considerato molto più pesante di quello del fumo, e gruppi di popolazione disposti a battaglie per i primi non si preoccupano altrettanto di fumare in presenza dei figli. Quindi, se da un lato gli esperti valutano il rischio su base statistica e probabilistica, dall'altro la gente comune lo valuta con l'esperienza e la cultura condivisa che contiene una caratteristica fondamentale: la difficoltà a tollerare l'incertezza sugli effetti di un determinato pericolo. In molti campi la scienza e la tecnica non sono in grado di fornire delle risposte definitive e perciò rassicuranti. Nei momenti più critici dell'influenza aviaria si sono diffuse forti preoccupazioni sulla possibile trasmissione del virus attraverso i gatti e i piccioni, che il mondo scientifico italiano non ha fermamente escluso esistendo una probabilità sia pur minima. In altre nazioni una probabilità così modesta non è stata neppure presa in considerazione nella comunicazione pubblica per cui, ad esempio, il messaggio in Francia è stato "i piccioni non trasmettono l'aviaria".

Il rischio, da questo punto di vista, fa riferimento al comportamento umano o, comunque, alle modalità con le quali la persona si rapporta a una situazione o a un oggetto specifico. Di qui la legittimità di parlare di percezione del rischio piuttosto che di percezione di pericolo. Il problema è che, spesso, la definizione tecnica di rischio mal si collega con la valutazione soggettiva che viene data del medesimo oggetto dalle persone interessate, tanto che si è arrivati a

differenziare il rischio "reale" da quello "percepito". Questa distinzione può portare a considerare il soggetto come da "educare" piuttosto che da comprendere nelle sue dinamiche di preoccupazione.

La tematica va quindi affrontata sotto tre profili:

- quello tecnico-informativo, perché le persone dispongano di tutti gli elementi per valutare;
- quello "politico", che esprime maggiormente l'opinione di gruppi piuttosto che quella di singoli individui, e può anche risentire di strumentalizzazioni;
- quello dei valori di riferimento delle persone, che spesso offre maggiore possibilità di avvicinarsi al loro punto di vista.

Un esempio: la legge Seveso

Il 15 maggio 2006 il Dipartimento dei Vigili del Fuoco ha inviato una circolare relativa all'informazione della popolazione interessata alla presenza di attività a rischio rilevante in riferimento ai D. Lgs. 334/99 e 238/05 (legge Seveso e collegati). In tale circolare si ribadisce "che il diritto della popolazione a essere correttamente informata sugli aspetti riguardanti gli stabilimenti a rischio presenti nel territorio costituisca un aspetto fondamentale imprescindibile per il successo della gestione delle azioni intraprese nel caso si verifichi un incidente".

Già dal D. Lgs. 334/99, emanato dopo il 1976, quando dai camini dell'Icmesa di Seveso fuoriuscì una nube contenente diossina, si prevedeva che la popolazione residente nelle vicinanze di industrie a rischio "di incidente rilevante" fosse informata dei rischi e delle misure da attuare in caso di incidente. Lo stesso decreto conteneva alcune prime tabelle indicanti le tipologie di industrie a rischio. Tabelle che sono in continua evoluzione, a causa sia della ricerca scientifica, sia dell'aumentata sensibilità dell'opinione pubblica verso i temi di tutela della salute.

L'evoluzione di questa legislazione, da un lato rappresenta un progresso per la tutela della cittadinanza, dall'altro dimostra quali seri problemi di comprensione del rischio si pongano per le persone, in particolare nei casi in cui le industrie interessate, pur non modificando il loro ciclo produttivo, siano entrate, nel corso degli anni, nel novero delle industrie a rischio. Di qui il paradosso: alle persone che hanno sempre vissuto a ridosso di una determinata industria viene improvvisamente comunicato che il luogo dove abitano si trova in una zona a rischio. Il problema è che il pericolo non si è determinato da un cambiamento produttivo, bensì dal fatto che solo oggi si considera quella produzione come "rischiosa". Si giunge così a chiedere alle persone interessate di compiere un'operazione "impossibile": scorporare la loro storia dal dato tecnico, ovvero considerarsi a rischio solamente dal momento della dichiarazione ufficiale della sua esistenza. Ma ciò non è facile: come farà la persona a non pensare che ha vissuto per anni in una situazione che era, di per sé, già rischiosa? Come sarà possibile comprendere che, se oggi risiede in una zona a rischio, ciò è proprio una conseguenza dell'aumentata preoccupazione per il rischio, che ha indotto il legislatore a modificare le tabelle di cui si parlava sopra? Come potrà controllare l'ansia derivata dal pensare che, come già ha sperimentato nella sua storia, le cose potrebbero mutare ancora e un domani potrà scoprire di trovarsi di fronte ad un rischio ancora maggiore? L'incertezza di cui si parlava sopra può diventare intollerabile sia a livello di qualità di vita percepita, sia nel determinare l'acquisizione dei comportamenti da adottare in caso di effettiva emergenza.

Dalla percezione alla comunicazione del rischio

Queste riflessioni aprono la partita sull'importanza strategica della comunicazione, che non può riguardare solamente gli aspetti tecnici, ma deve aiutare

le persone a comprendere e interpretare tutti questi fenomeni.

Occorre individuare le variabili che possono influenzare la percezione di rischio nel soggetto, di fronte ad un determinato evento minaccioso. Da questo punto di vista esistono delle strategie di lettura di tali percezioni, che fanno riferimento a variabili quali, ad esempio, il fatto che un pericolo viene percepito come meno rischioso: se vi è familiarità con esso, se la persona sente di avere il controllo della situazione, se pensa che le conseguenze non siano gravi o comunque immediate, se la sua fonte è naturale e non artificiale, se vi è un'equa distribuzione di rischi e benefici e, infine, se si riesce a immaginare cosa potrà accadere e se ciò non provoca troppo orrore.

Gli strumenti di indagine basati su tali percezioni, di cui si è appena dato un elenco parziale, sono estremamente utili, anche se occorre ricordare che non sempre ci si può ridurre alla semplice somministrazione di questionari. La somma di tali misurazioni, infatti, non sarà equiparabile alle valutazioni che le stesse persone potranno proporre una volta riunite in gruppo. Gli studi sulla forza del gruppo nel determinare opinioni e comportamenti dei suoi membri sono oramai consolidate, al punto che è necessario considerare anche questa modalità di elaborazione della percezione del rischio. Di fatto molte delle situazioni più critiche riguardo alla visione dei rischi sono connesse all'elaborazione che ne fanno i gruppi sociali di riferimento delle singole persone, e nei confronti di questa dinamica la prospettiva di analisi psicometrica non fornisce i risultati attesi.

Risulta allora importante conoscere le principali forme di aggregazione sociale nelle quali le persone confluiscono. Possono presentarsi degli scenari molto diversi: ad esempio, mettersi in contatto con una popolazione anziana e con una struttura familiare nucleare è molto differente dall'agire con soggetti giovani e inseriti all'interno di relazioni sociali efficaci. In sintesi, è fondamentale conoscere queste

caratteristiche di una popolazione per poter comprendere il modo in cui si svilupperà la percezione del rischio, e scegliere e sviluppare i migliori canali per entrare in comunicazione con essa. Una comunicazione che, se vuole essere efficace, non potrà comunque prescindere dal punto di vista delle persone che si sentono in pericolo. Solo se si sentiranno comprese nella loro situazione potranno accettare una comunicazione

L'esempio di Chernobyl

Un interessante esempio degli effetti del binomio percezione e comunicazione del rischio lo si ritrova nei risultati emersi dal rapporto "L'eredità di Chernobyl: impatto sanitario, ambientale ed economico" a cura di più di cento scienziati internazionali del Chernobyl Forum, di cui dà ampio resoconto EpiCentro (<http://www.epicentro.iss.it/temi/ambiente/SintesiidatiChernobyl.pdf>).

Secondo tale rapporto i decessi ad oggi accertati come conseguenza delle radiazioni emesse dall'impianto di Chernobyl sarebbero 59, e quelli attesi tra le circa 600.000 persone colpite ammonterebbero a 4.000, di cui almeno un quarto sarebbero state destinate a morire egualmente di cancro spontaneo, anche senza l'evento disastroso. A ben vedere si tratta di cifre molto inferiori a quelle che un qualunque cittadino che avesse seguito in questi anni le notizie di stampa potrebbe immaginare. In effetti la gestione della comunicazione relativa all'incidente nucleare del 1996 sembra aver determinato una percezione del rischio superiore al vero da parte della popolazione europea, ma principalmente da parte di quella ucrainica. Il rapporto sottolinea, infatti, come la maggior parte della popolazione locale non abbia ancora oggi ricevuto informazioni sufficienti e accurate, e come ciò abbia creato situazioni di diffidenza marcata verso le autorità, mancanza di distinzione tra aree a rischio e aree utilizzabili e, cosa ancora più grave, un diffuso senso di impotenza, di incapacità a

prendere il controllo delle proprie vite e del proprio futuro. Questa situazione ha fatto sì che oggi il problema della salute mentale sia

ritenuto l'impatto più importante di questo evento sulla popolazione.

RAPINE IN BANCA: QUALI CONSEGUENZE PER LE PERSONE COINVOLTE?

di **ANTONIO ZULIANI E CHIARA VARALTA**

Per il mondo bancario, l'aspetto di maggior delicatezza nel campo della sicurezza anticrimine è rappresentato dall'evento rapina, sia per la numerosità dei casi sia per le possibili conseguenze sui dipendenti e sulla clientela, oggetto quest'ultime di una ricerca condotta in collaborazione con la FABI.

Nel campo della sicurezza anticrimine, relativo al mondo bancario, l'aspetto di maggior delicatezza è rappresentato dall'evento rapina, sia per la numerosità dei casi sia per le possibili conseguenze sui dipendenti e sulla clientela. I dati dell'Italia diffusi dal Viminale mostrano come il numero delle rapine alle banche è stato di 8.610 nel quadriennio luglio 1993-giugno 1997, per salire a 11.886 nel periodo luglio 1997-giugno 2001 e scendere a 10.373 nel quadriennio luglio 2001-giugno 2005. Le banche hanno assunto impegni precisi, sottoscrivendo con le Prefetture il *Protocollo di intesa per la prevenzione della criminalità*, che rappresenta un fondamentale parametro per l'adempimento degli obblighi derivanti dal D. Lgs. 626/94 e dal CCNL del 12 febbraio 2005. In questa prospettiva, l'Associazione Bancari Italiana (ABI) ha elaborato specifici programmi formativi per gli impiegati bancari con l'obiettivo di prevenire la rapina in banca e gestire le dinamiche di gruppo al momento dell'evento.

Scopo della ricerca

Lo studio è stato sviluppato con l'intento di contribuire alla conoscenza dei problemi psicologici che possono interessare le persone vittime di quell'evento traumatico che è la rapina. In particolare si è cercato di individuare le reazioni più frequenti e quelle che causano al soggetto più sofferenza, tentando di verificare se, nel campione

raccolto per questo studio, si sia arrivati a sviluppare un vero e proprio Disturbo Post-traumatico da Stress.

Con l'appoggio e la collaborazione della Federazione Autonoma Bancari Italiana (FABI) è stato possibile raccogliere un gruppo di 40 impiegati bancari: 17 uomini e 23 donne, di età compresa tra i 25 e i 46 anni. Delle persone intervistate 24 sono laureati, mentre i rimanenti 16 hanno conseguito un diploma di scuola media superiore. Per quanto concerne la mansione svolta: 4 dei soggetti intervistati sono direttori di banca, 27 sono operatori di sportello (cassieri) e 9 consulenti di retrosportello che sono stati comunque direttamente coinvolti nell'evento rapina. La maggior parte dei partecipanti sostiene di aver subito più di una rapina (qualcuno anche 5), per questo dato il campione presenta una media di 1,7 rapine subite.

Strumenti utilizzati

Per l'indagine sono stati utilizzati un colloquio nel quale si chiedeva di descrivere la rapina e gli eventuali problemi avuti in seguito e tre questionari: l'Intervista Clinica Strutturata per il DSM IV (SCID-II) per il Disturbo Post-Traumatico da Stress di First M.B.; lo State-Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I.) inerente l'ansia e il Beck Depression Inventory-II (BDI-II).

Conclusioni

In dato più rilevante da cercare è stato quello riguardante lo sviluppo della Sindrome Post Traumatica da Stress. Osservando i risultati raccolti dallo SCID-II si nota che il 15% degli impiegati bancari intervistati (6 soggetti) hanno risposto positivamente a tutti i criteri del Disturbo Post-traumatico da Stress, quindi sono diagnosticabili per tale disturbo. Tale percentuale (15%) in sé non appare statisticamente significativa, anche se si colloca al di sopra di quella riferita da altri studi. Kessler et al. (1995) hanno stimato la prevalenza del disturbo nel corso della vita nella popolazione generale pari allo 7,8%, precisando che per gli uomini è del 5%, mentre per le donne è del 10,4%.

Uno studio dell'International Critical Stress Foundation del 2002 indica come il 10-15% del personale addetto alle forze dell'ordine statunitensi sia affetto da PTSD. Nikki et al. (2002) hanno riscontrato tale disturbo nel 7,9% dei sopravvissuti all'attacco terroristico dell'11 settembre 2001 al Pentagono. Anche in uno studio italiano del 2003 che ha investigato gli effetti sulla salute del terremoto di San Giuliano (Molise) del 2002, la percentuale degli intervistati con "possibile" Disturbo Post-traumatico da Stress è pari al 14%.

Considerando i dati presentati, dobbiamo constatare che la percentuale ottenuta rispetto alla presenza del PTSD statisticamente non appare significativa, ciò nonostante appare interessante osservare la grande quantità di sintomi riportata dai soggetti e la durata degli stessi, in particolare relativamente a: disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione e agitazione.

Nell'intervista iniziale il 60% dei soggetti afferma di soffrire d'insonnia, il dato è rafforzato dai risultati del BDI-II dove il 67,5% degli impiegati bancari dichiara disturbi del sonno ed in particolare di dormire meno o molto meno del solito, di avere difficoltà nell'addormentarsi, di svegliarsi 2-3 ore prima senza riuscire a riprendere sonno. Questo dato è confermato anche dallo SCID-II dove nell'item F56 il 65% dei soggetti

dichiara difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno.

Per quanto riguarda la difficoltà di concentrazione, nel BDI-II il 65% dei soggetti la segnala e il 25% in modo molto rilevante. Questo conferma il dato rilevato dall'item F58 dello SCID-II con il 52,5% degli impiegati che dichiara difficoltà a concentrarsi.

Altro aspetto significativo è ricavabile dall'item F59 dello SCID-II dove il 65% dei soggetti mostra la presenza del sintomo dell'ipervigilanza. Questo disagio è segnalato anche dalle interviste laddove l'entrata in banca di persone che anche vagamente ricordino i rapinatori o addirittura un particolare suscita preoccupazione che si ripercuote nell'intera equipe di lavoro. Il rapporto col luogo di lavoro appare particolarmente difficile anche dall'item F49 dove il 62,5% dei soggetti dichiara di essersi sforzato di evitare i luoghi e le persone coinvolti nella rapina, con conseguente sviluppo di assenteismo dal lavoro (vedi testimonianza).

Dall'elaborazione dei dati raccolti attraverso lo S.T.A.I., gli uomini e le donne del nostro campione presentano un'ansia di stato e di tratto certamente superiore al campione statistico nazionale (livello di significatività $p < 0,01$). Dai dati in nostro possesso non possiamo desumere che tale risultato dipenda esclusivamente dall'esperienza traumatica della rapina. Ci si chiede perciò, e su questo sarà necessario un ulteriore approfondimento, se vi siano altri aspetti legati alla tipologia del lavoro che possano influire su tali risultati.

Dai risultati emersi appare evidente la presenza di un significativo disagio nei bancari soggetti a rapine e si auspica di poter approfondire gli studi utilizzando strumenti clinici più approfonditi e adeguati, fidando per questo nella collaborazione degli istituti bancari. Questo approfondimento appare tanto più necessario in considerazione del fatto che si è potuto rilevare come i soggetti coinvolti nelle rapine abbiano potuto utilizzare come supporto allo stress prevalentemente i colleghi e la

famiglia, per la mancanza di offerte professionali più adeguate da parte del sistema bancario.

Cosa fare

Relativamente alle misure adottabili per diminuire l'effetto e la portata dei disagi segnalati dalla ricerca vi sono due programmi di intervento utili.

In primo luogo l'organizzazione di un piano di "psicoeducazione" per tutto il personale che lo renda edotto di quelle che sono le reazioni "normali" che possono scaturire da un evento così "patologico" come quello della rapina. Tale reinquadramento della sofferenza come reazione "normale" ne diminuisce gli effetti più negativi, come quelli relativi al pensarsi particolarmente fragili, non

ideali o poco "uomini". Questi pensieri negativi rappresentano un pesante aggravio per la sofferenza del singolo, che può trovare nella spiegazione di quello che sta vivendo una strada per una sua più veloce soluzione. In secondo luogo la predisposizione di un progetto formativo per i responsabili di filiale, che possa renderli avvertiti sulle misure relazionali e organizzative più adeguate ad aiutare il personale coinvolto nel suo naturale percorso di risoluzione dell'ansia connessa a tale esperienza. Il modo in cui reagisce l'ambiente circostante, ed in particolare i colleghi, e le modalità organizzative che si attivano (riposi, ferie, malattia, ecc.) appaiono decisivi per favorire la risoluzione o l'aggravio delle sofferenze comunque vissute in relazione all'evento rapina.

MEDICI E PAZIENTI, UN RAPPORTO A RISCHIO

di KELEANA DE MARZI

I contenziosi giudiziari tra medici e pazienti sono in costante aumento. Un fenomeno che ha importanti ripercussioni dal punto di vista sociale ed economico. Come ristabilire un clima di fiducia?

Un tema che in questo ultimo periodo fa molto discutere è il cosiddetto fenomeno della "Malpractice medica". Con questo termine si intende sia l'insieme delle scorrettezze professionali, degli errori o delle carenze mediche con conseguenze lesive per la salute dei pazienti in cura, quali invalidità o morte, prolungamento delle sofferenze e dei tempi di degenza, sia la questione della litigiosità e dei contenziosi giudiziari in continuo aumento.

Si assiste, soprattutto negli ultimi decenni, a un incremento spropositato del numero di denunce nei confronti dei medici con ripercussioni anche in ambito sociale ed economico. Tale fenomeno si è registrato in vari Paesi del Mondo, soprattutto negli USA, e si sta espandendo anche qui in Italia. Dai dati forniti dall'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), nel periodo tra il 1994 e il 2002, si evidenzia come il numero di sinistri denunciati, ossia la

richiesta di risarcimento pervenuta ad un'assicurazione, sia quasi raddoppiato passando dagli 8.000 del 1994 ai 15.000 del 2002. In particolare si è verificato un incremento del 148% per quanto riguarda i sinistri per la responsabilità civile professionale medica (7.800 nel 2002) e del 31% per la responsabilità civile delle Asl e degli ospedali (6.700 nel 2002).

Le Compagnie Assicuratrici hanno reagito con un esponenziale incremento dei premi assicurativi, che i medici sono costretti a pagare e che si moltiplicano in caso di denuncia anche quando questa si conclude con un'assoluzione. Alcune Compagnie inoltre non assumono la responsabilità civile professionale medica, alcune assumono solo certe specializzazioni, ritenute meno rischiose, alcune rifiutano clienti che abbiano avuto in passato denunce e altre ancora si espongono solo per massimali limitati. Tali

reazioni costituiscono un grosso problema per le professioni mediche soprattutto per quelle ritenute più a rischio, tra le quali chirurgia generale e plastica, ginecologia/ostetricia, ortopedia, medicina generale, anestesia e rianimazione.

In risposta all'aumento del contenzioso giudiziario nei confronti dei medici, si sta sviluppando anche un altro fenomeno, ossia la cosiddetta "medicina difensiva", una prassi che, nella sua versione positiva o commissiva, consiste nella prescrizione di farmaci e di controlli diagnostici non strettamente necessari per il paziente, con l'obiettivo di evitare delle denunce giudiziarie; nella sua accezione negativa od omissiva è invece la tendenza ad evitare prestazioni con un alto indice di rischio. In questo ultimo caso, soprattutto all'estero, si sta attuando un progressivo abbandono di alcune specializzazioni, negando la possibilità di curarsi ai pazienti le cui cure sono considerate troppo rischiose, o per i quali non vi siano grandi probabilità di miglioramento.

In uno scenario di questo tipo sembra opportuno chiedersi quali siano le motivazioni che spingono le persone vittime di un qualche errore medico ad attivarsi nei confronti dei presunti responsabili con denunce penali o civili, che in alcuni casi possono trovare una soluzione solo dopo molti anni.

Da un'analisi bibliografica risulta chiaro che il denaro in sé non è la sola né la primaria motivazione per intentare una causa, come si potrebbe pensare, bensì, tra le motivazioni più citate, si possono ritrovare le seguenti:

- prevenire il futuro ripetersi di incidenti simili ad altre persone;
- fare in modo che lo staff medico o l'organizzazione prenda atto delle proprie azioni e delle proprie responsabilità;
- sapere cosa sia realmente accaduto (il come ed il perché del danno);
- punire il presunto responsabile del danno subito;

- essere risarciti economicamente (il più delle volte come compenso per le sofferenze e i disagi subiti e per provvedere anche in futuro alle cure in caso di menomazioni gravi e permanenti).

Tutte queste motivazioni hanno però come base comune una problematica relazione medico-paziente, in cui si denota, da parte di questo ultimo, una grande sfiducia e insoddisfazione nei confronti del medico in questione, nello specifico, nei confronti dell'intero sistema sanitario, in generale. Il dato più riscontrato sottolinea che i sentimenti di rabbia e delusione provati dai pazienti derivino soprattutto dalla mancanza di un rapporto con il proprio medico.

Laddove vi sia una buona relazione comunicativa, in cui il medico utilizza un comportamento di ascolto empatico e rende il paziente un soggetto attivo della relazione, ben informato e per quanto possibile partecipa delle scelte terapeutiche da attuarsi, il paziente sarà meno propenso a rivendicarsi legalmente qualora subisca un danno.

Molte delle denunce vengono effettuate anche per problemi relativi al consenso informato, la cui importanza viene di solito sottovalutata dai medici. Si può considerare il consenso informato come una estensione di una buona pratica comunicativa, nella quale il medico è tenuto a comunicare al paziente quale sia la propria condizione di salute, riferendo i risultati che ci si aspetta di raggiungere con un determinato trattamento o intervento terapeutico, tutti i possibili rischi che possono insorgere e descrivendo anche tutte le cure alternative che si potrebbero adottare.

Un altro aspetto da considerare, inoltre, è l'insieme delle aspettative dei pazienti, spesso troppo elevate e quindi il più delle volte deluse, nei confronti sia del medico, che dovrebbe essere sensibile ai loro sentimenti e alle loro esigenze, sia delle prestazioni che, dati gli enormi progressi della scienza medica, si crede dovrebbero essere assolutamente scevre di errori.

La situazione, poi, viene ulteriormente esacerbata dal ruolo dei mass media che, pur esaltando questi progressi scientifici, focalizzano la loro attenzione sui casi di malasanità con servizi sensazionali, spingendo ancora di più l'opinione pubblica verso un clima di sfiducia generale nei confronti dell'organizzazione sanitaria, alimentando la rabbia delle persone e intaccando inevitabilmente anche la fama dei medici, nonostante possano essere poi ritenuti non colpevoli. Infatti, secondo i dati dell'AMAMI (Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente), solamente nel 25% dei casi vi è una condanna effettiva a carico dei medici. Anche in caso di assoluzione, comunque, il problema persiste, in quanto vi è un ingente dispendio di denaro per provvedere alle spese legali per la propria difesa.

Pertanto, la rabbia e la delusione di una persona che si ritrovi con un risultato negativo inatteso, più o meno invalidante per la propria salute o per quella di un familiare, possono spesso sfociare in una richiesta di risarcimento quale unico mezzo di rivalsa del danno subito, scegliendo poi di optare per una denuncia per via giudiziaria presso un tribunale, proseguendo a livello civile o penale, o per via extragiudiziaria.

In ogni caso queste procedure possono richiedere anche anni prima di una conclusione, con un conseguente ampliamento dei sentimenti di rabbia e frustrazione oltre che una notevole perdita di tempo e di denaro, sia per il querelante sia, di conseguenza, per i medici, che vedono mettere in discussione il proprio lavoro e la propria credibilità.

Sarebbe utile, quindi, poter ristabilire un clima di fiducia tra medico e paziente. Obiettivo che si potrebbe raggiungere creando uno spazio di ascolto neutrale in cui

entrambe le parti siano libere di dare sfogo alle proprie emozioni, cosa che già si è tentato di attuare con la mediazione e con la conciliazione. Un esempio in tal senso è costituito dal recente sviluppo del "Progetto Accordia" che, con l'attuazione di uno sportello di conciliazione, ha cercato di portare dialogo tra medico e paziente. I risultati sono incoraggianti: il 40% dei casi denunciati, infatti, si sono risolti senza richiesta di risarcimento.

Spesso si viene a scoprire che al paziente è sufficiente poter ottenere finalmente l'attenzione di cui ha bisogno, e venire a conoscenza di informazioni che finora gli erano state negate. Molte volte il paziente ha l'opportunità di vedere che il medico stesso è dispiaciuto di quanto successo e faccia le proprie scuse, dimostrando che anche lui è un essere umano, che può sbagliare e che spesso utilizza la distanza emotiva con i pazienti solo per difesa.

Ancora più importante, infine, è il poter prevenire le conflittualità. Ciò è possibile solo attraverso la creazione di buone relazioni in cui il personale medico abbia la capacità e la predisposizione ad un ascolto autentico dei bisogni e dei sentimenti dei pazienti, che si trovano in una situazione tanto delicata come quella determinata da una malattia.

Le strutture sanitarie, in tal senso, potrebbero migliorare la qualità del proprio servizio attraverso la creazione di buone condizioni di relazione, offrendo ai propri pazienti un sostegno concreto e prevenendo l'insorgenza di delusione e frustrazione. Per fare ciò è necessario sia che il personale venga sufficientemente formato a questo tipo di interazione con i pazienti, sia che venga costituito alla base un sistema di organizzazione e di gestione dei servizi che consideri come obiettivo primario il bisogno di ascolto e di attenzione delle persone.

IL BELLO DEL VERDE

di **LUCIA DE ANTONI**

Parchi e giardini ben progettati sono in grado di influenzare positivamente la qualità di vita delle persone.

Gran parte della popolazione vive oggi in ambienti sempre più urbanizzati e ciò determina una minor possibilità di entrare in contatto con aree ed elementi naturali. Eppure, quando si intende affittare o acquistare una casa, molto spesso si chiede se l'immobile è dotato di giardino o si trova in un quartiere arricchito da aree verdi. Ciò dimostra che molte persone preferirebbero vivere in ambienti di questo tipo, percependo la presenza del "verde" come un elemento fondamentale per una miglior qualità di vita. La richiesta di tali quartieri, invece, è spesso minore dell'offerta e quindi i prezzi degli immobili di tali zone si alzano, diventando accessibili solo ad una minoranza di persone. Di conseguenza molti vivono in zone le cui caratteristiche non coincidono con le loro reali preferenze.

Questo dato non sembra essere preso in sufficiente considerazione dai piani urbanistici. Le zone naturali, le aree verdi sono viste più come elementi di lusso che non elementi necessari per garantire una migliore qualità di vita. Si sta discutendo molto sull'effetto terapeutico di giardini o parchi in situazioni altamente stressanti, come può essere l'ambiente ospedaliero o quello di una prigione. Altri studi stanno invece focalizzando la loro attenzione proprio sull'influenza delle aree verdi in zone residenziali, in contesti di vita reali, secondo un'ottica preventiva, considerando i risultati importanti perchè correlati al grado di salute. Quali sono quindi gli effetti del trascorrere del tempo in un'area verde o dell'entrare in contatto con gli elementi che la caratterizzano? Da un lato i livelli di stress tendono ad abbassarsi in maniera significativa, dall'altro

il recupero rispetto ad uno stato di stanchezza mentale è più efficace. Viene stimolata anche la salute da un punto di vista fisico, dal momento che in un'area verde si possono praticare molte attività sportive o, semplicemente, quell'attività spesso sottovalutata, ma in realtà molto importante, che è il passeggiare. Frequentare questo tipo di ambiente, infine, stimola anche la creazione di contatti sociali positivi, così necessari per una buona salute a livello psichico. Questo effetto aumenta di intensità qualora si prendano in considerazione specifiche fasce di età, come per esempio quella dei bambini o quella degli anziani. Per i bambini poter frequentare liberamente spazi verdi contribuisce ad un miglior sviluppo socio-emozionale, cognitivo e motorio. Per quanto riguarda le persone anziane, trascorrere del tempo in un'area verde influisce sulla possibilità di incorrere in stati depressivi o danni alle funzioni cognitive.

Questi meccanismi, anche se possono sembrare distinti, sono in realtà strettamente collegati tra loro. La riduzione di stress e di stanchezza mentale può aumentare e stimolare contatti sociali positivi. Allo stesso modo il fatto che le persone scelgono di svolgere una qualsiasi attività ricreativa in un'area verde può spingerli a trascorrere più tempo in questo tipo di ambiente di quanto avrebbero fatto altrimenti. Il maggior tempo trascorso in un'area verde ha pertanto effetti positivi sulla salute in senso globale, con ripercussioni sul benessere psico fisico percepito dalla persona stessa.

La conoscenza di questi meccanismi non ha semplicemente un valore accademico, ma permette, insieme ad altre conoscenze, di progettare e ri-progettare spazi verdi più

efficienti, prestando attenzione a quelli che sono gli effetti sulla salute e sul benessere. Per esempio, uno degli elementi emersi dalle ricerche e che risulta di fondamentale importanza è la distanza dell'area verde dalla propria abitazione. E' questo il fattore che influisce maggiormente sull'uso di tali aree. Risulta essere più importante il poter raggiungere facilmente l'area verde dalla propria abitazione che non le grandi dimensioni dell'area stessa. Sembra, infatti, che le persone preferiscano un'area verde, anche se di piccole dimensioni, vicina a casa, piuttosto che una molto grande ma lontana. L'importante è che sia ben progettata e ben tenuta. Piccoli spazi verdi ben disegnati possono apparire molto più grandi di quanto non siano in realtà. Le zone verdi hanno quindi ricadute positive non solo su persone che vivono specifiche situazioni stressanti o con problematiche di salute, ma tali effetti si estendono a qualsiasi persona e possono trovare realizzazione e diffusione in qualsiasi intervento, anche se di dimensioni esigue. Il "verde" contribuisce a far stare meglio, può migliorare alcuni parametri fisici, stimola "a fare" con effetti positivi sul benessere, consente, come scelta autonoma, un utilizzo passivo dell'ambiente, migliora il controllo dello stress, predispone e favorisce il contatto tra le persone, garantendo un maggior senso di libertà e di apertura. E' basilare che gli spazi verdi siano accessibili e fruibili, promuovendo il movimento e l'orientamento all'interno degli stessi, garantendo la presenza di elementi naturali come piante ad alto fusto, fiori, acqua, che esprimano caratteristiche di comunicabilità e riconoscibilità. L'orientamento può essere favorito anche da un'adeguata distribuzione dei diversi tipi di elementi naturali, facendo riferimento quindi alla componente sensoriale, chiamando in gioco tutti i sensi, offrendo informazioni tattili,

acustiche, olfattive, cinestesiche oltre che visive.

Anche l'offerta spaziale deve differenziarsi per poter andare incontro a esigenze diverse. Per esempio, chi è solito praticare jogging avrà esigenze diverse rispetto alla mamma che desidera portare a passeggio il proprio bambino nella carrozzina, o alla persona con disabilità, o a chi desidera giocare a calcio con gli amici o, ancora, a chi desidera semplicemente sedersi su una panchina per leggere.

Le soluzioni progettuali e le infrastrutture pertanto devono essere quanto più possibile flessibili, per favorire l'autonomia e un maggior senso di controllo dell'ambiente. E' opportuno sottolineare come molte persone abbiano timore nel frequentare aree verdi per motivi di sicurezza. I parchi, infatti, possono essere percepiti come rischiosi, come luoghi in cui ci si ritrova per fare uso di alcool o di droghe, o in cui avvengono liti. Queste paure possono essere solo percezioni e non fatti reali, percezioni fortemente influenzate anche dalla presenza nel parco di una vegetazione molto fitta o mal tenuta. Sebbene nell'opinione pubblica delle persone che vivono in una zona urbana la presenza di fogliame è più spesso associata ad ambienti socialmente insicuri, in alcuni casi, invece, la presenza di aree verdi adeguatamente progettate e conservate sembra poter contribuire a ridurre la percentuale di crimini e aggressioni. Non è molto chiaro quale meccanismo sottostia a questa correlazione. Potrebbe essere collegato al meccanismo di riduzione dello stress e/o al fatto che stringere legami sociali più stretti all'interno del proprio vicinato conduca alla percezione di un maggior controllo sociale. Percepire il proprio quartiere come meno aggressivo è un fattore che incide in maniera inequivocabile sulla propria qualità di vita.

INTERSEZIONI

Pubblichiamo le recensioni di due dei volumi giunti in redazione.



“Una casa per un po’”
di Francesca Emili
Edizioni Magi
Euro 8.00

“La vita non è pericolosa per i pochi uomini che fanno del male, ma per i molti che stanno a guardare cosa succede” (Albert Einstein). Con questa frase in retro di copertina si conclude il libro di una giovane scrittrice, Francesca Emili. Laureata in psicologia, da anni si occupa delle emergenze sociali, svolgendo, tra gli altri, il compito di pronta accoglienza, in una casa-famiglia, di minori a rischio e vittime di maltrattamenti e abusi. In questo libro offre uno spaccato di vita della comunità in cui lavora, dove i bambini non aspettano che un segnale da parte dell'adulto per raccontare la loro sofferenza, per non doverla sopportare da soli. Francesca Emili, attraverso un linguaggio semplice e allo stesso tempo coinvolgente, sottolinea l'importanza dell'accoglienza e dell'ascolto non giudicante, dell'importanza di riconoscer le proprie emozioni di operatori e accettarle, per poter essere così in grado di accogliere e comprendere le emozioni delle persone che aiutiamo.



**“Emergenza del progetto.
Progetto dell'emergenza”**
A cura di Roberto Bologna e
Carlo Terpolilli Francesca
Emili
Federico Motta Editore
Euro 85.00, pp. 404

Il volume è la raccolta degli atti del Workshop "Architetture Con-Temporaneità, Emergenza del Progetto, Progetto dell'Emergenza" tenutosi a Firenze nel novembre 2003. A tale progetto hanno partecipato 12 Facoltà di Architettura italiane che hanno messo a confronto diverse ed interessanti modalità di approccio al problema.

Tema centrale è la relazione e la reciprocità che esiste tra progetto ed emergenza: da un lato, il ruolo e il contributo specifico e disciplinare del progetto e della cultura architettonica nell'affrontare le condizioni di emergenza e dall'altro, il contributo che la condizione di emergenza, come fenomeno, può dare alla cultura progettuale nel ripensamento dei propri metodi e dei propri strumenti.

Ne scaturisce un'opera di indubbio interesse per coloro che desiderano approfondire il tema dei sistemi abitativi transitori da utilizzarsi in situazioni di emergenza conseguenti ad un evento disastroso. Le persone che vengono accolte in queste strutture “provvisorie”, anche se la storia del nostro paese ci ha insegnato che tanto temporanee non sono, abbisognano di una grande attenzione all'interazione uomo – ambiente di vita.

Con l'anno accademico 2006 2007 riprende presso l'Università di Padova il Master in Psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia. Dettagli sul Master e le modalità di iscrizione saranno pubblicati nei prossimi mesi nel sito dell'Università patavina.