



Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Fisica e Astronomia “Galileo Galilei”

Corso di Laurea Triennale in Ottica e Optometria

TESI DI LAUREA

“COMPLIANCE TRA POPOLAZIONE E PROFESSIONISTA DELLA VISIONE (OTTICO E/O OPTOMETRISTA), STUDIO SUI COMPORTEMENTI DEI RESIDENTI NEL VENETO E IN PIEMONTE”

(“Compliance between population and practitioner of vision care (optician and/or optometrist), study about behaviours of residents in two italian regions Veneto and Piemonte”)

Relatore: Prof. Gheller Pietro

Laureando: Busana Eleonora

Matricola: 1027211

Anno Accademico: 2016/2017



Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Fisica e Astronomia “Galileo Galilei”

Corso di Laurea Triennale in Ottica e Optometria

TESI DI LAUREA

“COMPLIANCE TRA POPOLAZIONE E PROFESSIONISTA DELLA VISIONE (OTTICO E/O OPTOMETRISTA), STUDIO SUI COMPORTAMENTI DEI RESIDENTI NEL VENETO E IN PIEMONTE”

(“Compliance between population and practitioner of vision care (optician and/or optometrist), study about behaviours of residents in two italian regions Veneto and Piemonte”)

Relatore: Prof. Gheller Pietro

Laureando: Busana Eleonora

Matricola: 1027211

Anno Accademico: 2016/2017

INDICE:

| | |
|--|--------|
| INTRODUZIONE..... | pag 1 |
| CAPITOLO I – L’EMPATIA..... | pag 2 |
| 1.1 COS’E’ L’EMPATIA..... | pag 2 |
| 1.2 Q.I., EMOZIONI E DIFFERENZE TRA I SESSI..... | pag 6 |
| 1.3 EMPATIA E MECCANISMI FISICI..... | pag 8 |
| CAPITOLO II – CARE..... | pag 13 |
| 2.1 SANITA’ NELLA REGIONE VENETO..... | pag 13 |
| 2.2 PROGRAMMA PASSI..... | pag 14 |
| 2.3 RISULTATI PROGRAMMA PASSI..... | pag 16 |
| 2.4 OTTICO vs OPTOMETRISTA..... | pag 23 |
| CAPITOLO III – QUESTIONARIO “EMPATIA”..... | pag 28 |
| 3.1 MODALITA’ DI SOMMINISTRAZIONE..... | pag 28 |
| 3.2 DATI DEL VENETO..... | pag 29 |
| 3.3 CONFRONTO TRA PADOVA E TORINO..... | pag 36 |
| 3.4 COPIA QUESTIONARIO..... | pag 48 |
| CONCLUSIONI..... | pag 53 |
| BIBLIOGRAFIA..... | pag 54 |

INTRODUZIONE

Nel corso della mia esperienza di tirocinio, la cosa che più mi ha colpita, affascinata ed interessata, sono stati i meccanismi attraverso i quali la figura dell'ottico/optometrista riesce ad entrare in contatto con la sfera emotiva dei soggetti con i quali interagisce.

Da ciò ho dedotto che la mia personalità rappresenta appieno quella di una persona empatica ed istintivamente ho voluto approfondire questo aspetto.

Nel primo capitolo si è analizzato il termine empatia, dal suo significato più specifico fino ad arrivare alle modalità che ci permettono di svilupparla. Tutto ciò è stato reso possibile grazie alle informazioni ottenute da vari studi.

Il secondo capitolo tratta invece un tema più ampio poiché interessa la sanità.

In questa sezione sono stati affrontati i temi della prevenzione e della promozione della salute. Grazie al Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), ho ottenuto informazioni riguardanti i comportamenti dei soggetti residenti in Veneto.

Successivamente è stata affrontata la questione della *primary care* per quanto riguarda le figure professionali dell'ottico e/o optometrista.

Nel capitolo terzo, sono state riportate tutte le informazioni riguardanti il rapporto che esiste tra queste figure professionali e i soggetti che si rivolgono a queste.

Tutto ciò è stato possibile grazie alla raccolta di dati, tramite l'utilizzo di questionari diffusi ed elaborati in Veneto.

Solo in un secondo momento questi sono stati confrontati, tramite un'analisi statistica, con la stessa tipologia di dati raccolti dalla Regione Piemonte.

Da quest'accurata analisi, sono state portate alla luce delle differenze tra i comportamenti dei soggetti Veneti rispetto a quelli dei Piemontesi.

Gli scopi principali di questo studio erano, infatti, quelli di capire se l'empatia avesse potuto interferire nel rapporto tra i professionisti della visione ed i clienti e, se vi erano differenze sostanziali tra i comportamenti di questi ultimi tra le due regioni.

CAPITOLO I – L’EMPATIA

1.1 COS’E’ L’EMPATIA

Al giorno d’oggi si sente parlare sempre più spesso di empatia. Molti sono i significati che vengono attribuiti a questo termine.

Correva l’anno 1909 quando Titchener coniò il termine *empathy* (in italiano empatia). Questo sostantivo fu usato «come traduzione del termine tedesco *Einführung* (sentire dentro)». ¹

Un altro significato che può essere associato a questo termine è quello attribuito dal *Webster’s Third International Dictionary*, risalente all’anno 1971, ovvero «la capacità di partecipare o di avere un’esperienza vicaria dei sentimenti, delle intenzioni o delle idee e talvolta dei movimenti di un’altra persona, al punto di eseguire con il corpo movimenti che li rispecchiano». ²

Sigmund Freud aveva già analizzato e descritto le capacità di fare propria l’esperienza di un’altra persona; il padre della psicanalisi aveva infatti chiarito (1899) che «i pazienti riescono ad esprimere nei loro sintomi le esperienze delle altre persone ed a soffrire ciò che gli altri soffrono». ³

Tra i molti esempi di empatia che si possono suggerire, quello della madre che consola il pargolo e che allo stesso tempo riesce a comprendere il suo stato d’animo, anche se quest’ultimo non sa parlare, è forse quello che rende maggiormente l’idea. Johann Gottfried Herder, autore dell’opera *Vom Erkennen und Empfinden der menschlichen Seele*, discute della «capacità del genere umano “di sentirsi dentro ogni cosa al di fuori di sé” e di riconoscere ogni cosa nella natura per analogia con se stessi». ⁴

Lo stesso pensiero è stato condiviso da Theodor Lipps la cui estetica ritiene che «i meccanismi dell’empatia intendono riempire questo vuoto esplicativo e sono usati per spiegare il carattere non interferenziale e quasi percettivo delle esperienze estetiche. Queste ultime vanno intese quali incontri percettivi specifici con gli stati esterni delle cose che causano certi fenomeni di risonanza interna, proiettati

¹ BONINO S., LO COCO A., TANI F., *Empatia, I processi di condivisione delle emozioni*, Giunti Gruppo Editoriale, Firenze, 1998, p. 9.

² *Ivi*, p. 7.

³ *Ivi*, p. 10.

⁴ STUEBER K.R., *L’empatia*, Il Mulino, Bologna, 2010, p. 31.

interiormente e percepiti come una qualità dell'oggetto percepito. Essi vengono considerati come una forma di "quasi godimento oggettivato".⁵

Di fondamentale importanza è quindi il fatto che, attenendosi all'opinione di Lipps, l'empatia sia dotata di una importantissima componente a livello psicologico e sociale oltre a quella inizialmente e puramente estetica.

Per capire però come possa verificarsi il fatto di provare empatia per un altro soggetto, bisogna investigare e cercare di capire quali sono i meccanismi che possono provocare una determinata risposta. In questo campo, anche le emozioni svolgono un ruolo fondamentale, questo perché esse sono, in un certo senso "contagiose".

Per comprendere meglio come ciò avvenga, dobbiamo partire spiegando cos'è il contagio emotivo. Come spiegano Silvia Bonino, Alida Lo Coco e Franca Tani, con questo termine «raggruppiamo tutte quelle forme di condivisione emotiva immediata ed involontaria, caratterizzate da assenza di mediazione cognitiva».⁶

Precedentemente lo stesso Darwin affermò che «esiste nell'uomo una capacità innata di riconoscimento delle emozioni, unita ad una tendenza altrettanto innata a rispondere automaticamente a queste in modo congruente. In questa prospettiva teorica, ripresa dalla moderna etologia, la ricca espressività delle emozioni - non solo negli animali ma anche nell'uomo - non è soltanto legata adattivamente alle modificazioni fisiologiche collegate all'emozione stessa, ma agisce da segnale che comunica ai congeneri un certo stato emotivo e ne determina il contagio per imitazione automatica».⁷

Il medesimo concetto era stato ribadito da Wallon (1967) «che aveva considerato il contagio - o mimetismo fisiognomico - nella prospettiva dello sviluppo del sé e della progressiva differenziazione tra sé e altro».⁸

Sempre secondo Wallon, «tale differenziazione non è mai realizzata in modo stabile e definitivo, ma può in molti momenti ridursi o quasi annullarsi. Il contagio emotivo non è infatti limitato alla prima infanzia, ma può ricomparire in qualsiasi età, tutte le volte che i confini tra sé e l'altro si riducono o addirittura si smarriscono»,⁹ parere condiviso anche da Hoffman.

⁵ STUEBER K.R., *L'empatia*, p. 32.

⁶ BONINO S., LO COCO A., TANI F., *Empatia*, p. 19.

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ivi*, p. 23.

⁹ *Ibidem*.

Daniel Goleman precisa che «quando due persone interagiscono, lo stato d'animo viene trasferito dall'individuo che esprime i sentimenti in modo più efficace, a quello più passivo. Alcune persone, tuttavia, sono particolarmente suscettibili al contagio emozionale; la loro sensibilità innata rende più facile l'innescare del loro sistema nervoso autonomo (un marker dell'attività emozionale)».¹⁰

Il contagio vanta due meccanismi automatici che sono l'imitazione motoria (*motor mimicry*) e la reazione circolare primaria (*primary circular reaction*).

La Bonino, a proposito di imitazione motoria, sottolinea peraltro che «era già stata osservata dai primi studiosi dell'empatia, che anzi identificavano l'empatia proprio con l'automatica assunzione dell'espressione e della postura di un'altra persona. Attraverso l'imitazione infatti il soggetto letteralmente plasma il proprio corpo, sia in senso mimico che posturale, in accordo con l'espressione e la postura dell'altro».¹¹

L'imitazione motoria è presente nei soggetti di qualsiasi età.

Silvia Bonino mette in luce il fatto che «la postura e l'espressione non solo esprimono ciò che si sente, ma provocano - almeno entro certi limiti - l'emozione corrispondente. Con un'espressione efficace, possiamo dire che “noi sentiamo ciò che esprimiamo”».¹²

Per quanto riguarda invece la reazione circolare primaria, che rappresenta il secondo meccanismo legato al contagio, Martin L. Hoffman (1984) si è servito di un esempio e l'ha associata alla «tendenza del neonato a piangere quando sente il pianto di un altro bambino».¹³

Tale studioso ed altri autori hanno indicato questo atteggiamento come un “meccanismo di risposta innata”, infatti questa risposta si presenta quando ci sono stimoli di origine non sociale.

Goleman puntualizza inoltre che: «l'empatia si basa sull'autoconsapevolezza; quanto più aperti siamo verso le nostre emozioni, tanto più abili saremo nel leggere i sentimenti altrui».¹⁴

Importante è la questione che «mentre le espressioni emotive dell'altro possono suscitare direttamente un'attivazione emotiva di contagio, la corretta comprensione

¹⁰ GOLEMAN D., *Intelligenza emotiva*, Libri e grandi opere S.p.A., Milano, 1996, p. 83.

¹¹ BONINO S., LO COCO A., TANI F., *Empatia*, p. 24.

¹² *Ivi*, p. 26.

¹³ *Ivi*, p.27.

¹⁴ GOLEMAN D., *Intelligenza emotiva*, p. 70.

degli stimoli situazionali richiede un tipo diverso e più complesso di processamento cognitivo. Essi, infatti, possono suscitare una risposta emotiva solo in quanto vengono collegati dal soggetto che osserva, sulla base dell'esperienza passata, ad una situazione emotivamente significativa».¹⁵

Bisogna chiarire però che il contagio non è sempre un'esperienza positiva: molte persone non riescono a sfuggire alle emozioni altrui. Chi per lavoro (operatori sociali e sanitari, psicoterapeuti, ecc.), chi per motivi personali, i soggetti esposti ne risentono in forme di sofferenza psichica e talvolta anche fisica.

A questa situazione è stato attribuito il termine *burn-out*; si ritiene che ciò avvenga perché tali figure non sono in grado di regolare le forti emozioni che le “investono” in determinate situazioni.

A volte le stesse emozioni presentano una certa somiglianza con esperienze irrisolte.

Laura Boella ha delineato il movimento empatico secondo tre tappe.

In primis vi è la cosiddetta emozione dell'incontro, ovvero prendere coscienza del fatto che quando si interagisce con qualcun altro, l'individuo che ci si trova di fronte trasmette emozioni di vario genere.

Il secondo passo richiede la presenza di due presupposti: comprensione ed immaginazione.

Per “mettersi nei panni dell'altro” è necessario conoscere in modo più profondo i segreti, la storia dell'altra persona entrando, a volte, addirittura nella sua intimità.

Per fare in modo che ciò accada l'uso dell'immaginazione è indispensabile. Senza la presenza di quest'ultima proprietà non si è in grado di riprodurre l'esperienza altrui.

L'ultimo aspetto fondamentale di tutto l'intero processo è rappresentato dalla trasformazione di sé. Questo procedimento inizia per scelta, ovvero si sviluppa se la persona lo consente. Si tratta di una scelta, di aprirsi e consentire che l'intero processo avvenga o di chiudersi all'incontro ed evitare quindi ogni tipo di risposta. Ogni individuo è libero di scegliere come atteggiarsi, qualsiasi tipo di incontro, amicizia, collaborazione professionale, amore può evocare risposte che possono dare vita ad emozioni di vario tipo.

¹⁵ BONINO S., LO COCO A., TANI F., *Empatia*, p.31.

Lo stesso Darwin aveva constatato che «la maggior parte delle emozioni più complesse sono comuni a noi e agli animali più evoluti, e che gli animali non solo amano, ma desiderano essere amati».¹⁶

Ricordiamo che tale scienziato è stato uno tra i primi ad intuire il concetto di empatia e tutta la sua importanza, nonostante egli fosse vissuto in un'epoca in cui la parola "empatia" non esisteva ancora.

Egli stesso attribuì una grossa importanza all' "istinto sociale". Questo può essere spiegato tramite le reazioni di aiuto che si sviluppano nei soggetti partecipanti ad azioni quali ad esempio l'aiuto che si porge a qualcuno in difficoltà.

In un suo passaggio, puntualizza che, in un futuro prossimo in cui gli uomini evolveranno i propri impulsi simpatetici e istinti sociali, diventeranno «più teneri e più ampiamente diffusi, fino ad essere estesi a tutti gli essere senzienti».¹⁷

Darwin aveva un'opinione di ciò che questa visione avrebbe potuto provocare in futuro, infatti, scrisse che «non appena sarà onorata e praticata da alcuni di noi, questa virtù si diffonderà attraverso l'istruzione e l'esempio ai giovani e, alla fine, sarà incorporata nella pubblica opinione».¹⁸

1.2 Q.I., EMOZIONI E DIFFERENZE TRA I SESSI

Goleman sostiene che «un fatto della psicologia noto a tutti è la relativa incapacità di strumenti quali i voti scolastici, il Q.I. o i punteggi Sat di prevedere in modo infallibile quali individui avranno successo nella vita - e questo nonostante l'aura mistica dalla quale tali strumenti sono circondati. Se si considerano vasti gruppi di individui presi nel loro insieme, sicuramente esiste una relazione fra Q.I. e circostanze della vita: molte persone con Q.I. bassissimi finiscono per fare lavori umili, mentre quelle con Q.I. alti tendono ad essere ben pagate - ma non è assolutamente sempre così».¹⁹

La capacità di perseguire un obiettivo e di motivare se stessi nonostante gli ostacoli che la vita pone, continuando ad essere individui empatici in grado di non smettere di pensare malgrado la sofferenza, sta alla base dell'intelligenza emotiva.

¹⁶ RIFKIN J., *La civiltà dell'empatia, La corsa verso la coscienza globale nel mondo in crisi*, Arnoldo Mondadori Editore S.p.A., Milano, 2010, p. 84.

¹⁷ *Ivi*, pp. 85-86.

¹⁸ *Ivi*, p. 86.

¹⁹ GOLEMAN D., *Intelligenza emotiva*, p. 27.

Goleman intende catturare l'attenzione in quanto da studi svolti ha dedotto che «a fare la grande differenza erano abilità maturate durante l'infanzia, ad esempio la capacità di superare la frustrazione, controllare le emozioni ed andare d'accordo con gli altri».²⁰

Uno psicologo della California University di Berkley, Jack Block, ha confrontato due tipologie di soggetti, quelli con un elevato Q.I. e quelli con elevate doti emozionali. Durante questa analisi ha tenuto conto anche delle differenze tra i sessi. La differenza sostanziale per quanto riguarda il Q.I. è rappresentata dal fatto che sebbene entrambi i sessi siano particolarmente dotati in quest'ambito, anche per quanto riguarda le capacità intellettuali e l'ampia gamma di interessi, per quanto riguarda il lato emozionale gli uomini risultano essere freddi, poco espressivi, indifferenti dal lato di vista emozionale. Al contrario le donne rivelano la loro parte introspettiva, mostrano di più il loro lato ansioso, i sensi di colpa ed i ripensamenti. Gli uomini dotati di grande intelligenza emotiva sono in grado di assumersi grandi responsabilità, sono premurosi, comprensivi, espansivi e allegri. Sono persone che si sentono a proprio agio sia con se stesse sia con chi gli sta attorno.

Le donne presentano una certa somiglianza con la tipologia di *uomo* appena descritta, infatti, anch'esse tendono ad essere sicure di sé, estroverse, si adattano bene allo stress ed esprimono i propri sentimenti in modo diretto.

Un'altra ricerca riguardante lo stesso ambito è stata svolta da Alida Lo Coco.

Dopo aver preso in esame 478 alunni (254 maschi e 224 donne), con lo scopo di indagare la relazione fra concetto di sé ed empatia nell'età evolutiva, le conclusioni riscontrate somigliano in parte a quelle tratte da Block.

Ciò che la stessa Lo Coco tende a precisare è che: «i soggetti empatici si percepiscono come capaci nello stabilire relazioni sociali ma, al contempo, come insicuri ed ansiosi e poco popolari fra i loro coetanei».²¹

Due sono gli aspetti che hanno catturato l'attenzione e che divergono dalle teorie di Block. In primis, per quanto riguarda gli uomini, questi tendono ad avere una percezione negativa per quanto riguarda la sfera della popolarità. Il secondo punto è invece rappresentato dalle donne che appaiono emotivamente instabili, preoccupate ed ansiose.

²⁰ GOLEMAN D., *Intelligenza emotiva*, p. 28.

²¹ BONINO S., LO COCO A., TANI F., *Empatia*, p. 151.

Questi aspetti denotano quindi aspetti e differenze molto importanti e non vanno trascurati.

1.3 EMPATIA E MECCANISMI FISICI

Molte sono state le teorie formulate in seguito a studi effettuati con lo scopo di scoprire i meccanismi legati all'empatia. Tra gli studi più recenti ricordiamo quelli effettuati da un gruppo di scienziati coordinati da Giacomo Rizzolatti. Questi studi si sono svolti, a Parma, nei primi anni Novanta ed hanno permesso agli scienziati di notare un fenomeno particolare. Questa scoperta fu battezzata dai ricercatori con il nome di *neuroni specchio* in seguito ai risultati delle ricerche pubblicate dallo stesso Rizzolatti nel 1996.

Sono stati svolti degli esperimenti con lo scopo di indagare il ruolo della pianificazione del movimento nelle diverse aree cerebrali.

Per poter capire come ciò avveniva, gli scienziati hanno condotto questi esperimenti, svolti grazie all'aiuto di scimmie, monitorando tramite elettrodi i neuroni della regione F5 della corteccia cerebrale.

Ciò che osservarono gli scienziati, grazie all'uso di noccioline, fu che i neuroni del cervello di queste scimmie si attivavano prima ancora che queste ultime le afferrassero.

In seguito si accorsero addirittura che, un giorno, mentre un ricercatore tentò di allungare un braccio per afferrare una nocciolina, i neuroni della zona monitorata si erano attivati. Tutto ciò accadde alla sola vista della scena da parte dell'animale. Successivamente, i ricercatori ne dedussero che sempre gli stessi neuroni erano in grado di attivarsi sia quando queste aprivano direttamente una nocciolina con i loro arti, sia quando sentivano qualcun altro compiere la stessa azione.

Rifkin riporta quanto segue: «Rizzolatti e i suoi collaboratori verificarono il fenomeno con la risonanza magnetica funzionale (fMRI) su soggetti umani che osservavano i movimenti delle mani o le espressioni facciali di altri soggetti, scoprendo che, come le scimmie macaco, una zona del loro cervello che includeva la corteccia frontale (omologa quindi dell'area F5) si attivava nella medesima area che si sarebbe attivata se fossero stati loro a compiere i gesti o le espressioni».²²

²² RIFKIN J., *La civiltà dell'empatia, La corsa verso la coscienza globale nel mondo in crisi*, p. 76.

Tale studioso precisa: «quando affermiamo di “sentire” il dolore dell’altro, questo ci è possibile a causa di neuroni specchio. Uno studio pubblicato sulla rivista “*Science*” riporta un esperimento condotto su sedici coppie. Nell’esperimento, le donne furono sottoposte a fMRI, alla presenza dei rispettivi compagni, mentre i ricercatori praticavano una leggera scossa elettrica al dorso della mano di entrambi. Anche se non poteva vedere il partner, la donna veniva informata da un indicatore su chi sarebbe stato colpito dalla scarica, e su quanto intensa sarebbe stata. Nelle donne, alcune aree deputate alla percezione del dolore nel sistema limbico, come la corteccia cingolata anteriore, il talamo, l’insula e la corteccie somatosensorie, venivano attivate causando dolore, sia quando la scarica elettrica era somministrata direttamente sia quando era semplicemente immaginata, cioè somministrata al partner».²³

Da ciò si deduce l’importanza della risposta empatica che un soggetto può avere alla visione delle sofferenze di un altro individuo. Ricordiamo però che in questo caso la sofferenza è stata il nostro riferimento, ma vi possono essere molte altre emozioni quali ad esempio l’imbarazzo, l’orgoglio, il senso di colpa, la vergogna, ecc., le quali possono evocare risposte empatiche poiché sono tutte collegate agli stessi neuroni, dei quali abbiamo parlato in precedenza, e che si trovano nell’insula del cervello; secondo questi studi, infatti, «i neuroni specchio consentono all’uomo e ad altri animali di mettersi nei panni degli altri e sperimentare pensieri e comportamenti altrui come se fossero propri. Le pubblicazioni scientifiche a carattere divulgativo hanno iniziato a riferirsi ai neuroni specchio come ai neuroni dell’empatia».²⁴

Rizzolatti esteriorizza un concetto importante, ovvero che «ciò che è più sorprendente è che i neuroni specchio ci permettono di entrare nella mente degli altri non per un ragionamento concettuale, ma attraverso una simulazione diretta: attraverso la sensazione, non il pensiero».²⁵

Patricia Greenfield, psicologa alla University of California di Los Angeles, ha dato un altro contributo all’attività svolta dai neuroni specchio, scoprendo che essi «offrono un solido fondamento biologico all’evoluzione della cultura ... ora

²³ RIFKIN J., *La civiltà dell’empatia, La corsa verso la coscienza globale nel mondo in crisi*, pp. 78-79.

²⁴ *Ivi*, p. 77.

²⁵ *Ibidem*.

sappiamo che i neuroni specchio assorbono direttamente la cultura, attraverso l'insegnamento che ogni generazione impartisce a quella successiva attraverso la condivisione sociale, l'imitazione e l'osservazione».²⁶

Un ulteriore apporto importante è stato dato da Vilayanur Ramachandran, neuroscienziato della University of California di San Diego.

Lo studioso ritiene che «la scoperta dei meccanismi biologici che rendono possibile la consapevolezza empatica, e dei catalizzatori culturali che li attivano, ci permette di cominciare a capire in che modo natura e ambiente interagiscano nella creazione della natura umana».²⁷

Dai tanti studi svolti sui neuroni specchio è emerso però un problema evidenziato dagli scienziati della University of California of Los Angeles.

Una ricerca pubblicata dagli stessi ha messo in evidenza una correlazione tra i bambini autistici e la presenza di un difetto nei neuroni specchio di questi ultimi.

Questi specialisti, hanno dedotto che i bambini autistici sono incapaci di empatizzare poiché non sono in grado di esprimere emozioni, di interpretare le emozioni degli altri, di manifestare comportamenti prosociali, di apprendere linguaggi, ecc.

Sulla base delle scoperte del suo gruppo di ricerca, interviene la stessa Mirella Dapretto, professore associato di psichiatria e scienze comportamentali alla University of California of Los Angeles, evidenziando che «un sistema di neuroni specchio disfunzionale possa essere alla base della ridotta capacità di imitazione e di empatizzazione con le emozioni degli altri tipicamente riscontrato nell'autismo».²⁸

Terminato l'exkursus sui neuroni specchio, passiamo ora ad occuparci dell'amigdala: essa ha la forma di una mandorla ed è costituita da un gruppo di strutture interconnesse. Si localizza nella parte inferiore del sistema limbico, proprio sopra il tronco cerebrale. Come è noto, gli esseri umani vantano due amigdale, una su ciascun lato del cervello.

Goleman afferma: «l'ippocampo e l'amigdala erano due parti fondamentali del rinencefalo che, nel corso della filogenesi, diede origine alla corteccia primitiva e poi alla neocorteccia. Oggi queste due strutture limbiche compiono gran parte del

²⁶ RIFKIN J., *La civiltà dell'empatia, La corsa verso la coscienza globale nel mondo in crisi*, p. 80.

²⁷ *Ivi*, p. 81-82.

²⁸ *Ivi*, p. 79.

lavoro di apprendimento e memorizzazione svolto dal cervello; l'amigdala è specializzata nelle questioni emozionali: se viene resecata dal resto del cervello, il risultato è una evidentissima incapacità di valutare il significato emozionale degli eventi – condizione che viene a volte indicata con l'espressione “cecità affettiva”». ²⁹

Quando un soggetto si impaurisce, è l'amigdala stessa che va a regolare tutte le reazioni a catena che si susseguono all'interno del cervello e che danno luogo a quella serie di eventi che provocano la risposta dell'organismo umano.

Poiché tutte le passioni dipendono da essa, rappresenta quindi a sua volta il fulcro di archiviazione della memoria emozionale.

Negli anni Novanta, Joseph LeDoux pubblicò una ricerca riguardante l'architettura del cervello e la posizione privilegiata dell'amigdala. Questa ricerca ha dimostrato che gli input sensoriali (visivi, uditivi, ecc.) che raggiungono il cervello arrivano prima al talamo e in seguito raggiungono l'amigdala. Solo in un secondo momento un altro segnale viaggia dal talamo alla neocorteccia. Tutto ciò ci fa notare che l'amigdala riveste un ruolo più importante della neocorteccia.

LeDoux stesso affermò che «dal punto di vista anatomico, il sistema emozionale può agire indipendentemente dalla neocorteccia» e che «alcuni ricordi e reazioni emotive possono formarsi senza alcuna partecipazione cognitiva cosciente». ³⁰

La ricerca di LeDoux e di altri neuroscienziati ci svela un'altra caratteristica importante riguardante l'ippocampo.

Questa struttura, considerata per molto tempo la struttura chiave del sistema limbico, sembrerebbe svolgere l'incarico di comprendere e registrare le percezioni. Lo scopo principale dell'ippocampo è quindi quello di fornire un ricordo nudo e crudo del contesto, mentre l'amigdala ne conserva la parte emozionale.

Goleman interviene denotando che «in quanto archivio della memoria emozionale, l'amigdala analizza l'esperienza corrente, confrontando ciò che sta accadendo nel presente con quanto già accaduto in passato. Il suo metodo di confronto è associativo: quando la situazione presente e quella passata hanno un elemento chiave simile, l'amigdala lo identifica come un “associazione”. Ecco perché questo circuito è per così dire sciatto: agisce prima di avere una piena conferma. Ci comanda precipitosamente di reagire a una situazione presente secondo modalità

²⁹ GOLEMAN D., *Intelligenza emotiva*, p. 18.

³⁰ *Ivi*, p. 20.

fissate moltissimo tempo fa, con pensieri, emozioni e reazioni apprese in risposta ad eventi forse vagamente analoghi – e tuttavia abbastanza simili da mettere in allarme l'amigdala».³¹

Ippocampo e amigdala lavorano in stretta collaborazione all'interno del sistema mnemonico. Ciò nonostante, ciascuna delle due parti lavora e archivia le proprie informazioni indipendentemente.

Un'altra struttura che svolge una funzione importante è costituita dai lobi prefrontali: solitamente queste aree regolano le reazioni emotive (come ad esempio la risposta ad uno spavento, all'ira, ecc.), fornendo agli impulsi emotivi risposte più appropriate, modulando l'amigdala e le altre aree limbiche.

Le informazioni riescono a raggiungere queste aree tramite la via neurale che giunge dapprima al talamo e in seguito alla neocorteccia e a tutti i centri deputati alla ricezione delle informazioni percepite; dai lobi prefrontali parte la risposta allo stimolo ricevuto.

Tutti i sistemi di cui abbiamo parlato sono fondamentali perché oltre a garantirci una dovuta regolazione delle emozioni, consentono agli individui di prendere le decisioni più importanti della propria vita. La loro integrità è quindi essenziale per garantire ad ogni individuo di vivere una vita normale.

³¹ GOLEMAN D., *Intelligenza emotiva*, p. 21.

CAPITOLO II - CARE

2.1 SANITA' NELLA REGIONE VENETO

Il 21 novembre 1986 si è tenuta a Ottawa, in Canada, la prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, «il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo devono essere capaci di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche. Quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma di tutti i soggetti portatori di interessi (Soggetti Pubblici e Privati) in quanto il contrasto ai fattori di rischio ha implicazioni ambientali, sociali ed economiche».³²

Inoltre, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), definisce «la prevenzione quale insieme di interventi finalizzati ad impedire o ridurre il rischio che si verifichino eventi dannosi per la salute».³³

In Sanità questi interventi sono stati suddivisi al fine di: «eliminare o ridurre la comparsa di nuovi casi di una malattia nella popolazione (prevenzione primaria); ridurre la frequenza dei casi esistenti di una malattia nella popolazione (prevenzione secondaria); ridurre la gravità di una malattia inguaribile e garantire una migliore qualità della vita alle persone ammalate (prevenzione terziaria)».³⁴

Le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ai cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione, rientrano nella prevenzione che, a sua volta, fa parte dei Livelli Esistenziali di Assistenza.

La Giunta regionale approva i piani legati alla prevenzione e alla promozione.

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'ultimo Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014-2018 in data 13 novembre 2014.

L'Articolo 1, primo comma della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, stabilisce che «la Regione del Veneto assicura ai cittadini i migliori livelli uniformi

³² <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/prevenzione-e-sanita-pubblica>.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ibidem*.

di assistenza sanitaria in ambito territoriale regionale in rapporto alle risorse a disposizione».³⁵

2.2 PROGRAMMA “PASSI”

La necessità di monitorare i fattori comportamentali di rischio per la salute e la diffusione delle misure di prevenzione è stata indicata dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.

Il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta dedicato ai *progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia*, definito quindi con l’acronimo PASSI, è nato nel 2006. Tale incarico è stato affidato al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) da parte del Ministero della Salute.

Il sistema di sorveglianza PASSI è stato elaborato per «fornire informazioni con dettaglio a livello aziendale e regionale, in modo da consentire confronti tra le ASL e le Regioni partecipanti e fornire elementi utili per le attività programmatiche locali».³⁶

Il rapporto che verrà considerato in seguito rappresenta la seconda pubblicazione a livello regionale e aggiorna i dati della sorveglianza PASSI al 2008.

A questo progetto hanno aderito tutte le Regioni e le Province autonome e la rilevazione dei dati nelle 20 Regioni è iniziata da aprile 2007.

Al suo interno i dati sono stati ripartiti in cinque sezioni che «corrispondono ad altrettante attività specifiche della prevenzione: Benessere, Guadagnare Salute, Rischio cardiovascolare, Sicurezza, Programmi di prevenzione individuale. In particolare, la sezione “Guadagnare salute” fa riferimento all’omonimo programma ministeriale, che raggruppa i quattro principali fattori di rischio prevedibili: scorretta alimentazione, abitudine al fumo di tabacco, sedentarietà ed abuso di alcol».³⁷

Questo programma si presenta come «intervento di salute pubblica, che affronta in maniera integrata il contrasto ai principali fattori di rischio, ponendo attenzione non solo agli aspetti specificamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali,

³⁵ <https://www.regione.veneto.it/web/sanita>.

³⁶ Sistema di sorveglianza PASSI, Rapporto regionale 2008, Veneto, p. 9.

³⁷ *Ivi*, p. 7.

sociali, culturali ed economici della salute, in particolare a quelli che maggiormente influenzano le scelte ed i comportamenti individuali».³⁸

La promozione nel territorio, da parte della Direzione Regionale Prevenzione, si fonda su numerosi interventi di sanità pubblica grazie alla partecipazione abbastanza uniforme di tutte le aziende ULSS del Veneto. Al giorno d'oggi, in Veneto, la sorveglianza viene condotta in 18 di queste.

Poiché lo scopo è quello di sostenere la programmazione ed effettuare la valutazione dello stato di attuazione degli interventi e di verificarne i risultati in termine di salute, fondamentale è la mansione di sistemi informativi puntuali, continuativi e confrontabili.

Inoltre, la formazione del personale coinvolto, la collaborazione con i Medici di Medicina Generale e le procedure di campionamento utilizzate hanno permesso di riscuotere un tasso di rispondenti molto elevato (87%), una componente fondamentale per garantire l'affidabilità dei risultati.

La procedura di raccolta di questi dati è avvenuta tramite operatori sanitari delle ASL, specificamente informati che hanno intervistato, telefonicamente, persone dai 18 ai 69 anni. Questi individui erano tutti iscritti nelle liste, periodicamente aggiornate, delle anagrafi sanitarie delle Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie della Regione Veneto.

I soggetti per poter essere selezionati dovevano presentare vari requisiti: la conoscenza della lingua italiana, la possibilità di sostenere un'intervista, la residenza del territorio di competenza dell'AULSS, la disponibilità di un recapito telefonico. Tra i criteri di esclusione vi erano invece: il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine.

Al fine di perseguire le interviste, l'AULSS di appartenenza ha avvisato preventivamente, tramite delle lettere personali, sia gli individui selezionati che i loro Medici di Medicina Generale.

Le stesse persone sono state avviate, sempre tramite lettera cartacea, «sugli obiettivi e sulle modalità di realizzazione, nonché sugli accorgimenti adottati per garantire la riservatezza delle informazioni raccolte».³⁹

Importante è il fatto che «prima dell'intervista, l'intervistatore spiega nuovamente gli obiettivi e i metodi dell'indagine, i vantaggi e gli svantaggi per l'intervistato e

³⁸ Sistema di sorveglianza PASSI, Rapporto regionale 2008, Veneto, p. 7.

³⁹ *Ivi*, p. 12.

le misure adottate a tutela della privacy. Le persone contattate possono rifiutare l'intervista o interromperla in qualunque momento».⁴⁰

Il contributo a quest'indagine da parte dei soggetti intervistati è stato libero e volontario.

I dati che sono stati raccolti, con cadenza mensile durante tutto l'anno 2008, prevalentemente tramite questionario cartaceo (standardizzato e validato a livello nazionale ed internazionale), sono quelli autoriferiti direttamente dalle persone intervistate.

Gli stessi sono stati poi analizzati ed espressi per lo più sotto forma di proporzioni e percentuali, «riportando le stime puntuali con gli intervalli di confidenza al 95%».⁴¹

Un campionamento casuale stratificato per età e sesso è stato estratto dalle liste anagrafiche delle ASL. Inoltre, la rilevazione dei dati, è continuata durante tutto l'anno (minimo 25 interviste al mese per ASL) e questi sono stati registrati in un archivio unico nazionale.

Il questionario, composto da un numero fisso di domande, indaga in vari ambiti tra cui vi sono: (1) i principali fattori di rischio per le malattie croniche, oggetto del programma Guadagnare salute: abitudine al fumo, sedentarietà, abitudini alimentari, consumo di alcol; (2) il rischio cardiovascolare: ipertensione, ipercolesterolemia, calcolo del rischio; (3) i programmi di prevenzione oncologica per il tumore della cervice uterina, della mammella e del colon retto; (4) le vaccinazioni contro influenza e rosolia; (5) la sicurezza: i fattori che incidono su frequenza e gravità di incidenti stradali e infortuni domestici; (6) la percezione dello stato di salute e i sintomi di depressione.

Nel 2008, in Veneto, 18 Aziende ULSS hanno aderito al progetto; 17 di queste hanno preso effettivamente parte alla rilevazione.

2.3 RISULTATI PROGRAMMA PASSI

Lo studio si è basato su una popolazione costituita da 3.348.907 residenti iscritti nelle liste delle anagrafi sanitarie al 31/12/2007.

⁴⁰ Sistema di sorveglianza PASSI, Rapporto regionale 2008, Veneto, p. 12.

⁴¹ *Ibidem*.

Nel corso dell'anno successivo sono state intervistate, secondo un campionamento casuale selezionato dalla lista delle Anagrafi Sanitarie delle AULSS, 4.237 persone della fascia compresa tra i 18 e 69 anni. Di queste il 49% era rappresentato da uomini e il 51% da donne. La media delle età del campione valutato era di 44 anni, il 70% di queste aveva un lavoro regolare e la metà godeva di un alto livello di istruzione.

Dall'analisi dei risultati sono emerse anche delle difficoltà economiche rappresentate dall'8% del campione, mentre il 36% ha ritenuto di avere qualche difficoltà e il rimanente 56% ha dichiarato di non averne nessuna.

Questa difficoltà economica è stata rilevata per la maggior parte nelle donne rispetto agli uomini (8% contro il 7%).

Ricordando che i dati raccolti sono stati suddivisi in cinque categorie, si partirà quindi dalla prima sezione, il "*Benessere*".

Per quanto concerne la percezione dello stato di salute, l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come «uno stato di "benessere psicofisico", evidenziando una sia una componente oggettiva (presenza o assenza di malattie) sia una soggettiva (il modo di vivere e percepire la malattia stessa); in particolare la percezione dello stato di salute testimonia l'effettivo benessere o malessere psicofisico vissuto dalla persona».⁴²

Si ricorda che «nel sistema di sorveglianza PASSI la salute percepita viene valutata col metodo dei "giorni in salute" (Healthy Days), che misura la percezione del proprio stato di salute e benessere attraverso quattro domande: lo stato di salute auto-riferito, il numero di giorni nell'ultimo mese in cui l'intervistato non si è sentito bene per motivi fisici, il numero di giorni in cui non si è sentito bene per motivi mentali e/o psicologici ed il numero di giorni in cui ha avuto limitazioni nelle attività abituali».⁴³

Da quanto è emerso, in Veneto, il 67% degli intervistati ha affermato di godere di un buono stato di salute, il 30% ha dichiarato di godere di un livello discreto di salute e solo il 3% ha espresso un giudizio negativo.

Va sottolineato il fatto che si sono dichiarati maggiormente soddisfatti della loro salute: i giovani della fascia d'età compresa fra i 18 e i 34 anni, gli uomini, le

⁴² Sistema di sorveglianza PASSI, Rapporto regionale 2008, Veneto, p. 21.

⁴³ *Ibidem*.

persone senza patologie severe, le persone senza difficoltà economiche e le persone con elevato livello di istruzione.

Un altro dato importante emerge dal confronto interregionale, infatti «si osservano differenze statisticamente significative con un range che varia dal 59% della Sardegna all'82% della Provincia Autonoma di Bolzano».⁴⁴

Un altro fatto da non sottovalutare è quello rappresentato dalle patologie mentali, che sono una problema in crescita. La depressione fa parte di questa categoria e l'OMS ipotizza che «entro il 2020 la depressione diventerà la maggiore causa di malattia nei paesi industrializzati».⁴⁵

Si stima che, ogni anno, in Italia oltre un milione e mezzo di persone adulte risentano di disturbi depressivi, il 7% è rappresentato dal Veneto.

Di questa fetta, il 49% delle persone coinvolte da questo disturbo ha dichiarato di non aver cercato aiuto, mentre del restante 51% che lo ha chiesto, il 30% si è rivolto a medici/operatori sanitari, il 15% ad amici/familiari, il 6% ad entrambi.

La malattia è presente per lo più nelle donne, nelle fasce d'età più avanzate, nelle persone con basso livello d'istruzione, nelle persone con difficoltà economiche, nelle persone senza un lavoro continuativo, nelle persone con almeno una patologia severa.

La seconda area di interesse sulla quale si focalizza l'attenzione riguarda il *“Guadagnare salute”*.

Quest'ultima si suddivide a sua volta in: attività fisica, situazione nutrizionale, consumo di alcol e abitudine al fumo.

Praticare regolarmente attività fisica ha importanza primaria nella prevenzione di malattie quali: l'obesità, il diabete, i problemi cardiovascolari e l'ipertensione.

Per ovviare a questi problemi, la promozione dell'attività fisica è stata inserita nei piani e nella programmazione sanitaria in tutto il mondo.

Per quanto concerne il campione preso in esame in Veneto, il 25,3% è rappresentato da persone sedentarie, il 28,5% ha dichiarato di avere uno stile di vita attivo e il 46,1% ha dichiarato di praticare attività fisica anche se in quantità inferiore a quanto raccomandato.

⁴⁴ Sistema di sorveglianza PASSI, Rapporto regionale 2008, Veneto, p. 22.

⁴⁵ *Ivi*, p. 23.

La sedentarietà è stata riscontrata prevalentemente nelle persone di 50 anni, nelle donne, nelle persone con maggiori difficoltà economiche e nelle persone con un basso livello d'istruzione.

Solo il 34% degli intervistati in Veneto ha ritenuto che gli è stato consigliato, da operatori sanitari o medici, di praticare attività fisica. Quanto emerge sempre secondo i dati regionali, è che un veneto su quattro, indipendentemente dal sesso e dall'età, è sedentario.

Un altro fattore importante riguarda lo stato nutrizionale poiché l'eccesso di peso determina un fattore di rischio per le patologie croniche.

Secondo gli esperti, circa 50.000 decessi all'anno, in Italia, sono dovuti all'obesità: essa aumenta soprattutto negli uomini, col crescere dell'età, e nelle persone con basso livello di istruzione.

Per nulla trascurabile è altresì il danno derivante dal consumo di alcol: va ricordato che questa sostanza provoca oltre 60 problemi di salute, che sono responsabili, per un 9% della spesa sanitaria.

Quanto riferito dagli intervistati in Veneto è il fatto che «un medico o un altro operatore sanitario si è informato sui comportamenti in relazione al consumo di alcol, dato superiore al valore nazionale (16%). Il 7% dei consumatori a rischio ha riferito di aver ricevuto il consiglio di ridurre il consumo da parte di un operatore sanitario».⁴⁶

Il consumo di queste sostanze è risultato essere più frequente tra i giovani, tra gli uomini, tra chi non ha difficoltà economiche e non è legato al livello di istruzione. Ciò nonostante si stima che in Veneto «circa due persone su tre di 18-69 anni consumino bevande alcoliche e una su quattro abbia abitudini di consumo considerabili a rischio per quantità o modalità di assunzione. I risultati sottolineano l'importanza di diffondere maggiormente la percezione del rischio collegato al consumo di alcol sia nella popolazione, aumentandone il livello di informazione e consapevolezza, sia negli operatori sanitari che raramente si informano sulle abitudini dei loro assistiti in relazione all'alcol e pure raramente consigliano di moderarne l'uso nei bevitori a rischio».⁴⁷

⁴⁶ Sistema di sorveglianza PASSI, Rapporto regionale 2008, Veneto, p. 33.

⁴⁷ *Ibidem*.

L'ultimo fenomeno valutato riguarda l'abitudine al fumo di tabacco, che rappresenta uno tra i principali fattori di rischio legati all'insorgenza di patologie cronico-degenerative.

Da quanto è emerso, in Veneto, circa una persona su quattro, compresa nel solito range d'età, fuma.

Questo vizio è stato riscontrato per lo più tra gli uomini, nelle classi d'età più giovani, tra le persone con molte difficoltà economiche e tra quelle con un livello di istruzione intermedio.

Di fondamentale importanza è il fatto che «il 62% dei fumatori, che si sono recati da un medico, ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare da parte di un medico o di un operatore sanitario».⁴⁸

Il terzo punto sul quale si porge l'attenzione è il “*Rischio cardiovascolare*”.

Nel mondo occidentale la prima causa di morte è rappresentata proprio da malattie di questo tipo. In Italia rappresentano il 44% dei decessi.

I fattori che possono incidere e aumentare il rischio di tali malattie sono: obesità, diabete, fumo, ipercolesterolemia, sedentarietà e ipertensione arteriosa.

Da questa ricerca è emerso che circa un quinto della popolazione veneta si è rivelato iperteso. La pressione arteriosa non è mai stata misurata al 7% dei soggetti intervistati, inoltre il 68% dei soggetti ipertesi ha eseguito un trattamento farmacologico.

Al 74% dei soggetti ipertesi che sono stati intervistati è stato consigliato di svolgere attività fisica, al 69% di controllare il peso corporeo e al 71% di ridurre il consumo di sale.

Per quanto riguarda la misurazione della colesterolemia, in Veneto, il 78% dei soggetti ammette di averla misurata almeno una volta nella vita.

Un valore incisivo è determinato dal fatto che il 27% dei soggetti ammette che gli è stata diagnosticata, solo il 22% di questi ha dichiarato di essere in fase di trattamento farmacologico.

Da quanto risulta, le persone che presentano almeno un fattore di rischio e quelle tra i 50 e i 59 anni sono le più controllate.

Solo il 9%, rappresentato da ultracinquantenni, ha dichiarato di aver valutato il rischio cardiovascolare dal proprio medico.

⁴⁸ Sistema di sorveglianza PASSI, Rapporto regionale 2008, Veneto, p. 35.

Il penultimo punto sul quale si è focalizzato il questionario riguarda la “*Sicurezza*”, questa comprende sia la sicurezza stradale che gli infortuni domestici.

Da sottolineare è il fatto che la principale causa di disabilità e di morte sotto i 40 anni è determinata dagli incidenti stradali.

Per quanto riguarda i dati che riguardano l’anno 2008, si evidenzia il fatto che sono stati segnalati 16.744 incidenti stradali in Veneto, 458 persone hanno perso la vita e 22.970 sono rimaste ferite.

Il programma PASSI ci porta a conoscenza del fatto che «gli incidenti stradali più gravi sono spesso provocati dall’alcol: oltre un terzo della mortalità sulle strade è attribuibile alla guida sotto effetto dell’alcol».⁴⁹

In Veneto il 97% degli intervistati ha ammesso di usare sempre il casco, il 30% di usare la cintura posteriore di sicurezza e l’89% di usare quella anteriore.

Un valore spaventoso è rappresentato dal fatto che l’11% dei soggetti intervistati ha ammesso di aver accettato un passaggio da un conducente che guidava in stato di ebrezza.

Per cercare di far fronte a tale problema, andrebbero aumentati «gli interventi di promozione della salute nei luoghi di aggregazione giovanile (pub, discoteche) in associazione con l’attività di controllo delle forze dell’ordine sia per il rispetto dei limiti consentiti dall’alcolemia sia per l’utilizzo dei dispositivi di sicurezza».⁵⁰

Per quanto riguarda la sicurezza domestica si può dire che, spesso, quest’ultima viene sottovalutata. La percentuale di persone che sono state informate a tal proposito nel biennio 2007/2008, in Veneto, varia dal 10% al 50% a seconda delle zone. La percentuale di persone che hanno ottenuto informazioni a tal proposito corrisponde al 27%, di questa percentuale solo il 29% dei soggetti hanno adottato misure preventive.

L’ultima voce del programma riguarda i “*Programmi di prevenzione individuale*”, tra questi rientrano sia le diagnosi precoci del tumore alla mammella, al collo dell’utero e al colon-retto che le vaccinazioni antinfluenzale e antirosolia.

Il tumore alla mammella costituisce la neoplasia più frequente nelle donne italiane, evidenziando numerosissimi nuovi casi e altrettanti decessi ogni anno.

⁴⁹ Sistema di sorveglianza PASSI, Rapporto regionale 2008, Veneto, p. 45.

⁵⁰ *Ivi*, p. 47.

Proprio per questo motivo, l'81% delle donne della fascia d'età compresa tra i 50 e i 69 anni e residenti in Veneto ha ammesso di essersi sottoposta ad una mammografia preventiva nel corso degli ultimi due anni.

All'interno di questa percentuale le stesse donne hanno ammesso di aver eseguito una prevenzione individuale spontanea nel 22% dei casi, il restante 59% ha eseguito la prevenzione all'interno dei cosiddetti programmi di screening organizzato.

Il secondo tumore maligno della donna è rappresentato dal carcinoma al collo dell'utero.

Da quanto è emerso, sempre per quanto riguarda il Veneto, le donne nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 64 anni hanno ammesso di «aver effettuato un Pap test preventivo (in assenza di segni e sintomi) nel corso degli ultimi tre anni».⁵¹

Inoltre, il 43% di queste ha ammesso di averlo effettuato come prevenzione individuale mentre il 42% l'ha effettuato all'interno di un programma organizzato. Ultimo, ma non per importanza, è il tumore al colon-retto. Quest'ultimo colpisce moltissimi uomini ma anche altrettante donne.

Va sottolineato il fatto che «il Piano Nazionale di Prevenzione propone come strategia di screening per le neoplasie coloretali la ricerca del sangue occulto nelle feci (SOF) nelle persone nella fascia 50-69 anni con frequenza biennale o, in alternativa, l'esecuzione di una rettosigmoidoscopia/colonscopia, ogni 5-10 anni secondo la categoria a rischio di appartenenza».⁵²

In Veneto, il 75% delle persone appartenenti alla fascia d'età appena menzionata, sono state coinvolte dai programmi di screening eseguiti fino al 31/12/2008; il 50% di questa percentuale ha effettuato tali screening.

Fondamentali sono gli strumenti utilizzati per la prevenzione tra cui troviamo le lettere di invito, le campagne informative e i consigli degli operatori sanitari.

Per quanto riguarda invece le vaccinazioni antinfluenzali è emerso che, delle persone appartenenti alla fascia d'età fra i 18 e 64 anni, solo il 23% si è vaccinata l'anno precedente alla raccolta dei dati; questi stessi soggetti presentavano tutti una condizione a rischio di complicanze dell'influenza.

Le vaccinazioni antirosolia hanno lo scopo di prevenire l'infezione in gravidanza, quest'ultima infatti, se contratta in tale periodo, può essere considerata causa di aborto e di feti nati con malformazioni.

⁵¹ Sistema di sorveglianza PASSI, Rapporto regionale 2008, Veneto, p. 55.

⁵² *Ivi*, p. 57.

In Veneto, le donne comprese all'interno della fascia d'età appena descritta, che ammettono di essersi vaccinate, corrispondono al 59%.

Tutti i programmi di prevenzione e di screening di cui abbiamo parlato sono quindi fondamentali: per portare il singolo individuo a conoscenza di ciò a cui può andare incontro, per facilitare l'individuazione di eventuali patologie, per prevenire eventuali eventi sfavorevoli e infine per minimizzare i costi per quanto riguarda la sanità.

2.4 OTTICO vs OPTOMETRISTA

La *primary care* può essere esercitata anche dalle figure dell'ottico e dell'optometrista.

Theodore Grosvenor dichiara che: «in qualsiasi area di *health care*, un professionista di *primary care* è una persona che serve come punto di entrata del paziente nel sistema sanitario».⁵³

Secondo la legislazione italiana: «L'attività di ottico (insieme alle attività di odontotecnico, meccanico ortopedico ed ernista e infermiere) è stata definita, all'art. 1 del R.D. n. 1334 del 1928 e all'art. 99 del R.D. n. 1265 del 1934, come “arte ausiliaria delle professioni sanitarie”. A seguito della modifica operata dall'art. 1, comma 1, della legge n. 42 del 1999, anche le “arti ausiliarie delle professioni sanitarie” sono diventate “professioni sanitarie”».⁵⁴

Rossana Bardini definisce la figura dell'optometrista come: «il professionista che esamina il processo visivo nei suoi aspetti funzionale, comportamentale, cognitivo con metodi oggettivi e soggettivi avvalendosi delle leggi dell'ottica fisica, della fisiologia oculare, dell'optometria e di tutti i mezzi strumentali utili che l'evoluzione tecnico-scientifica mette a sua disposizione, allo scopo di indagare, determinare, realizzare e fornire qualsiasi compensazione ottica delle ametropie, prevenendo, ove possibile, l'insorgenza di turbe visive anche attraverso la rieducazione visiva, o applicandone le metodologie per il miglioramento dell'efficienza visiva».⁵⁵

⁵³ GROSVENOR T., *Primary Care Optometry, Fifth Edition*, Butterworth-Heinemann Elsevier, St. Louis, Missouri, 2007, p. 456.

⁵⁴ www.tuttocamere.it

⁵⁵ BARDINI R., *La funzione visiva nell'età optometrica*, Società Italiana d'Optometria, Novara, 1982, p. 23.

Federottica, l'Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi, in un suo documento sostiene che «L'ottico optometrista (la cui formazione non può prescindere da un percorso di tipo universitario) infatti, svolge un'attività di natura sanitaria ben distinta da quella svolta dal medico specialista in oftalmologia, pur collaborando con essa e con le professioni di altre aree sanitarie, nel rispetto della deontologia professionale».⁵⁶

L'optometria viene definita come la “scienza della visione”; Rossana Bardini ritiene che la stessa scienza «si fonda sul concetto che la visione sia una funzione cui partecipi la totalità dell'organismo, intendendo per visione una correlazione psico-fisiologica integrata di tutto il suo sistema d'azione, sensoriale e motorio, la cui interpretazione va oltre la semplice risoluzione dettata dall'ottica fisica».⁵⁷

La studiosa afferma infatti che «nella visione vengono coinvolti simultaneamente due circuiti nervosi diversi, correlati rispettivamente all'accomodazione (per la messa a fuoco involontaria) e alla convergenza (per la centratura-azione volontaria) che devono agire in armonia e nella stessa unità di tempo al fine di una corretta realizzazione della funzione visiva».⁵⁸

Quando un soggetto si rivolge ad un professionista della visione, ottico e/o optometrista, la prima cosa che questa figura professionale deve fare è ascoltare il presunto paziente, capire qual è il motivo per il quale quest'ultimo si è rivolto a chiedere aiuto, ascoltarlo e fornirgli tutto l'aiuto possibile al fine di soddisfare i suoi potenziali bisogni.

A volte, in questo ambito, l'empatia svolge un ruolo fondamentale.

Come dichiara Silvia Bonino «molti altri esempi di empatia vengono dalle professioni che comportano, per la loro stessa natura, una quotidiana vicinanza con le persone sofferenti, unita allo sforzo per alleviare il dolore: il lavoro di infermieri, medici, psicologi, operatori sociali richiede la capacità di fare proprie, se pure in maniera controllata, le emozioni degli altri. Senza questa capacità la distanza con il paziente è troppo grande e rischia di compromettere non solo l'aiuto, ma addirittura lo stesso riconoscimento dell'altro come persona umana. Le accuse, non certo infrequenti, dei pazienti che si sentono trattati come oggetti, e non come persone,

⁵⁶ www.federottica.org

⁵⁷ BARDINI R., *La funzione visiva nell'età optometrica*, p. 20.

⁵⁸ *Ibidem*.

ben chiariscono che cosa succede quando l'empatia viene bandita dalla relazione terapeutica». ⁵⁹

Gli individui possono rivolgersi ad una delle figure professionali sopra descritte per vari motivi: effettuare un semplice controllo visivo, comprare un paio di occhiali da sole o da vista, comprare lenti a contatto, ecc.

Per comprendere meglio il motivo per il quale il paziente si è rivolto a fargli visita, il professionista dovrà svolgere un'attenta anamnesi.

L'anamnesi inizia con semplici domande poste al cliente e che riguardano ambiti personali, quali: nome, cognome, età, impiego, lamento principale, anamnesi oculare, sanitaria e familiare, ecc.

Queste domande sono fondamentali perché permetteranno all'ottico e/o optometrista di muoversi in una determinata direzione cercando di soddisfare il bisogno principale del paziente che sarà evidenziato dal fatto di voler trovare la soluzione più idonea al problema dichiarato.

Nel caso di ametropia questo può manifestarsi, ad esempio, nella scelta correttiva più idonea a seconda dell'occupazione (occhiali da vista, lac, ecc.).

Il ruolo dell'ottico/optometrista è quindi quello di fornire un primo approccio, di fornire tutto l'aiuto possibile e, allo stesso tempo, di suggerire ulteriori approfondimenti presso lo specifico specialista in tutti quei casi non di propria competenza, al fine di fornire un corretto approccio professionale a situazioni più specifiche.

Theodore Grosvenor sostiene che «per esempio, se un paziente richiede i servizi (in una situazione di non emergenza) di uno specialista della retina o di un neuro-oftalmologo, l'optometrista può consultare l'oftalmologo generale [...] e mandare direttamente il paziente dall'appropriato specialista». ⁶⁰

Inoltre, il professionista della visione dovrebbe consigliare al paziente una visita oftalmologica di routine, questo per varie ragioni che vanno dalla misurazione del visus, alla tonometria, sino al fundus oculi al fine di diagnosticare, escludere o monitorare difetti visivi o patologie che possono interessare i nostri occhi.

⁵⁹ BONINO S., LO COCO A., TANI F., *Empatia*, p. 8.

⁶⁰ GROSVENOR T., *Primary Care Optometry, Fifth Edition*, p. 458.

Gardner ritiene che «l'intelligenza interpersonale è la capacità di comprendere gli altri, le loro motivazioni e il loro modo di lavorare, scoprendo nel contempo in che modo sia possibile interagire con essi in maniera cooperativa».⁶¹

A volte, il paziente si sente talmente compreso, seguito e stimolato dal professionista a tal punto che tra questi può venire a crearsi un legame di fiducia, quasi di “protezione” in cui il soggetto si sente quasi “accudito”.

Per quanto riguarda l'accudimento fra adulti, Rifkin sostiene che «stimola la produzione degli oppiacei naturali del corpo, le endorfine, che hanno un effetto narcotico e provocano il rilassamento. Ma altrettanta importanza riveste nel creare fiducia reciproca e legami di amicizia, entrambi essenziali per l'esistenza di una vita sociale».⁶²

Federottica dichiara che «L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha redatto un rapporto riguardante l'incidenza dei difetti visivi, che spesso rappresentano una delle cause principali di “cecità funzionale”. Dal Rapporto emerge che il 42% dei deficit visivi è rimediabile attraverso l'uso di adeguati mezzi di compensazione visiva».⁶³

Su iniziativa della stessa e dell'Albo degli Ottici Optometristi, viene promossa ormai da diversi anni una campagna professionale di servizio al pubblico, battezzata “Ottobre mese della vista”, al fine di migliorare la qualità visiva degli italiani.

A partire dal primo di ottobre e fino al 31 le persone possono quindi usufruire, in tutta Italia, di un controllo gratuito per la prevenzione e la compensazione dei difetti visivi offerto da migliaia di ottici optometristi.

Questa campagna è un'occasione di prevenzione molto utile.

Studi effettuati in campo optometrico, i quali emergono da un rapporto di Federottica del 2011, evidenziano «che un italiano su 5 non si è mai sottoposto ad un controllo specialistico della vista, che oltre il 60% non controlla lo stato di salute dei propri occhi da più di 3 anni e che un cittadino su 4 presenta un difetto visivo non corretto che può incidere negativamente sulla sua vita lavorativa e sul tempo libero».⁶⁴

Come ritiene Theodore Grosvenor «implicito nel ruolo dell'optometrista come

⁶¹ GOLEMAN D., *Intelligenza emotiva*, p. 31.

⁶² RIFKIN J., *La civiltà dell'empatia, La corsa verso la coscienza globale nel mondo in crisi*, p. 93.

⁶³ www.federottica.org

⁶⁴ *Ibidem*.

praticante di primary care è il concetto che l'optometrista non solo esamina i pazienti e offre trattamenti [...] ma consiglia ed educa i pazienti».⁶⁵

Proprio queste ultime due azioni, consigliare ed educare, sono fondamentali in tutti gli aspetti della primary care soprattutto per quanto riguarda il trattamento finale del problema.

⁶⁵ GROSVENOR T., *Primary Care Optometry, Fifth Edition*, p. 459.

CAPITOLO III - QUESTIONARIO “EMPATIA”

3.1 MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Il test, nato da una collaborazione con l'Università di Torino, è stato ideato con lo scopo di verificare il grado di empatia tra il paziente (ametrope) e il suo professionista.

Il test è stato somministrato in due regioni (Veneto e Piemonte), a soggetti maggiorenni, nel corso dell'anno accademico 2013/2014.

La somministrazione del test in due realtà geografiche ha permesso di operare raffronti non solo per genere ed età di appartenenza, ma anche per verificare un'eventuale relazione con il territorio di appartenenza del paziente.

Il testo del questionario è stato distribuito agli studenti del corso di optometria, i quali a loro volta si sono preoccupati di farlo compilare a persone di loro conoscenza che si rivolgevano a una delle figure professionali in questione.

Operando in tal modo si sono raggiunte realtà sociali, economiche e classi di età di ogni tipo.

Il test, anonimo, è strutturato nel seguente modo: da una prima parte in cui si richiedono informazioni sul tipo di professionista frequentato e sulle tempistiche di consultazione del professionista con le rispettive modalità, si passa ad una parte più approfondita sulla professionalità, competenza, affidabilità ed empatia percepite dal paziente riguardo al suo professionista.

Si evidenzia anche il fatto, a nostro parere non trascurabile, che il questionario è destinato all'utente attraverso l'uso della seconda persona singolare e non attraverso l'uso del “Lei”: questa scelta è stata operata con lo scopo preciso di suscitare familiarità, inducendo quindi chi lo compila a redigerlo con maggior spontaneità.

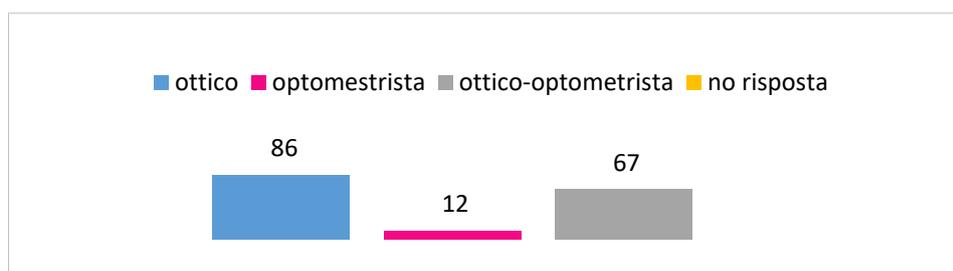
Il questionario porta quindi il soggetto che lo compila ad un graduale e crescente livello di fiducia nei confronti delle domande stesse alle quali viene sottoposto.

La raccolta dei dati è stata svolta indipendentemente nelle due realtà geografiche; noi abbiamo raccolto ed analizzato i dati di Padova e provincia, per poi fare un raffronto con quelli della realtà di Torino e provincia, raccolti ed analizzati direttamente dall'altra università.

3.2 DATI DEL VENETO

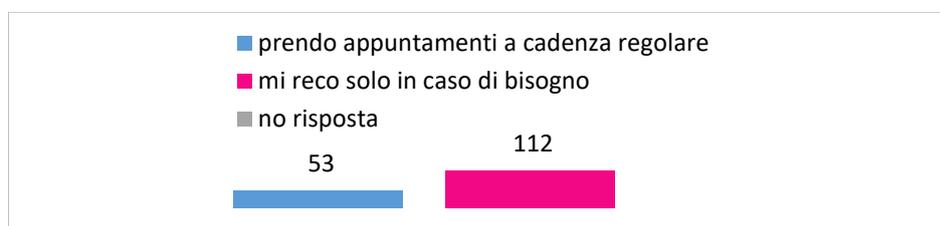
Si riportano qui di seguito le domande somministrate nel questionario con le relative distribuzioni delle risposte.

- 1- Il professionista che segue i problemi di vista o di lettura è un ottico, optometrista o ottico-optometrista (una sola risposta):



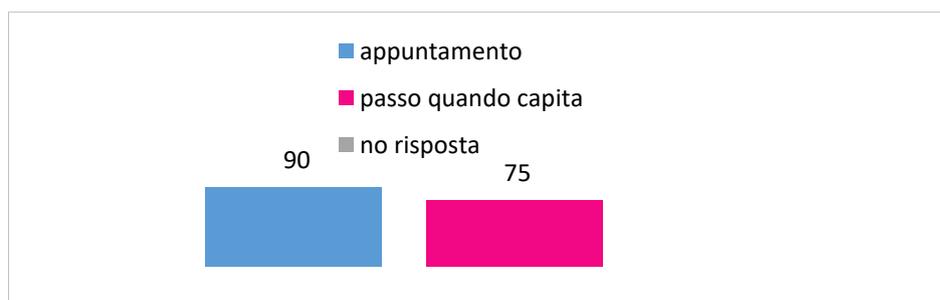
(Tabella I)

- 2- Ogni quanto tempo ti rechi da lui per un controllo o per scambiare qualche informazione riguardo al tuo problema visivo (una sola risposta):



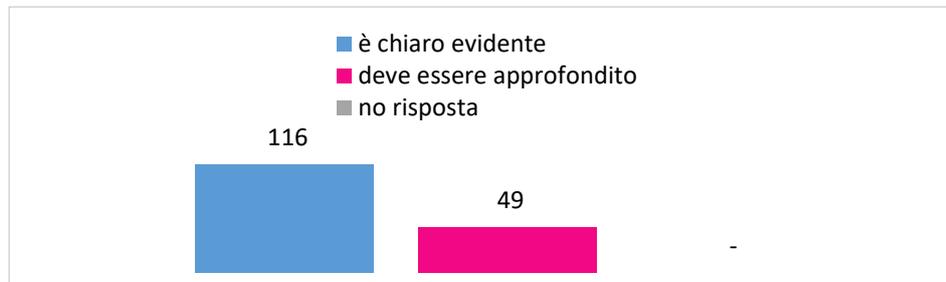
(Tabella II)

- 3- Di solito prenoti un appuntamento o passi da lui quando ti capita (una sola risposta):



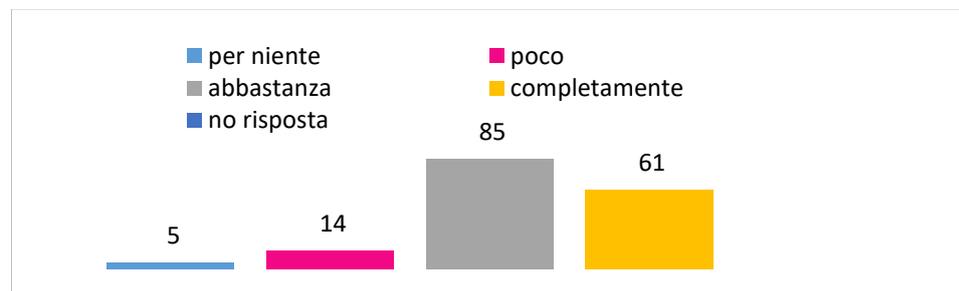
(Tabella III)

- 4- Secondo te il tuo problema visivo è di facile comprensione oppure necessita di un approfondimento (mediante l'ausilio di test o di manuali) prima di essere trattato da parte di chi ti visita (una sola risposta):



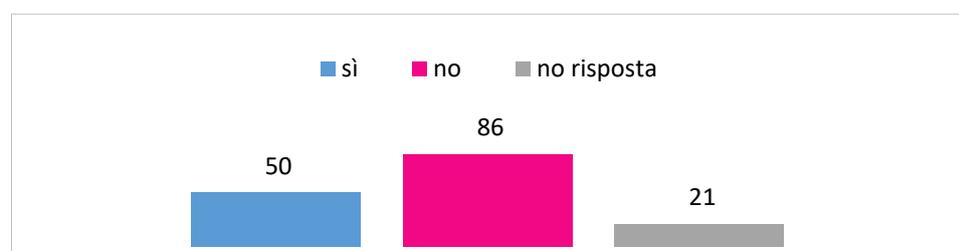
(Tabella IV)

- 5- Secondo te, chi ti ha visitato fin'ora ha dimostrato di aver compreso completamente e profondamente il tuo problema visivo (una sola risposta):



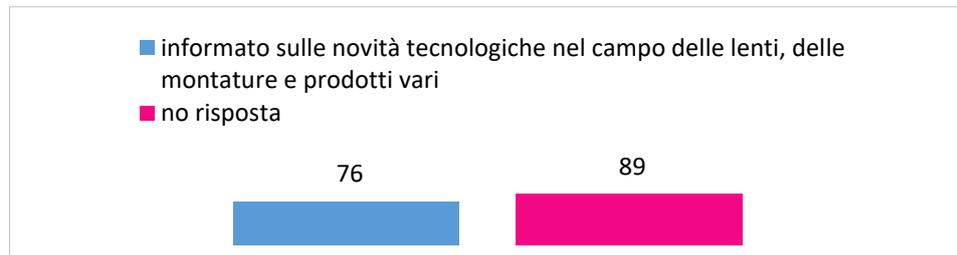
(Tabella V)

- 6- Hai ottenuto informazioni utili riguardanti il tuo problema visivo e la sua evoluzione attraverso internet:



(Tabella VI)

7- Crede che colui che si occupa dei suoi difetti visivi (il tuo professionista) debba essere (sono valide più risposte):



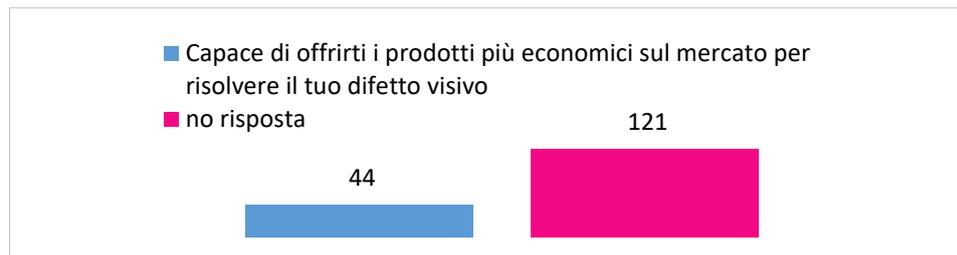
(Tabella VII)



(Tabella VIII)

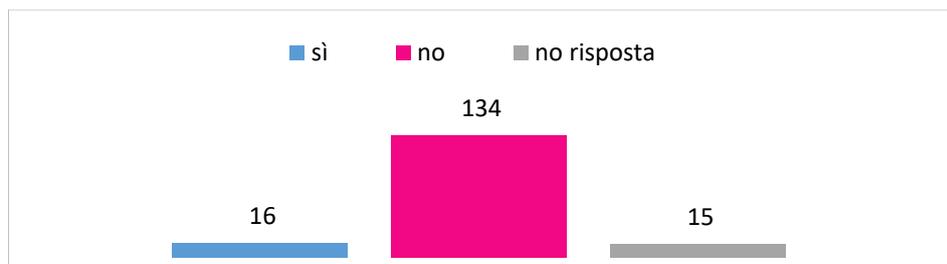


(Tabella IX)



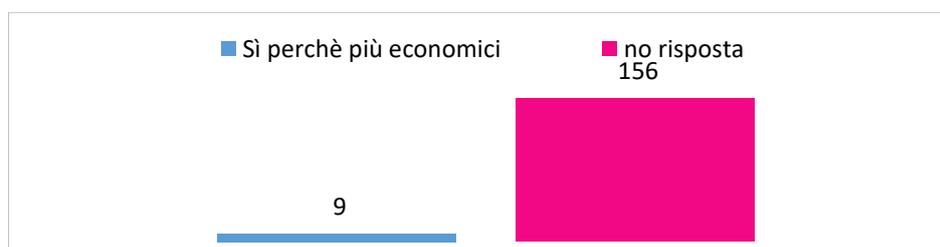
(Tabella X)

8- Ha mai acquistato prodotti relativi alla correzione del suo difetto visivo attraverso internet:

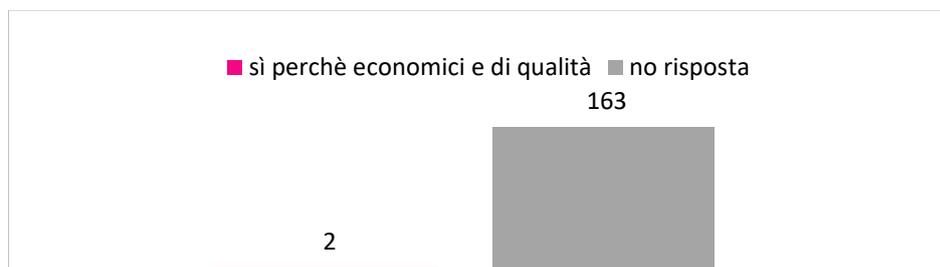


(Tabella XI)

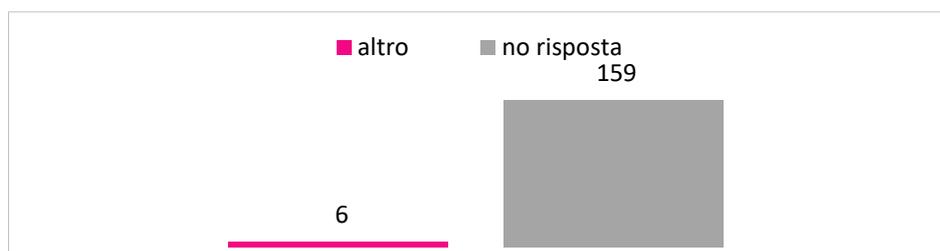
Se sì per quale motivo (sono valide più risposte):



(Tabella XII)

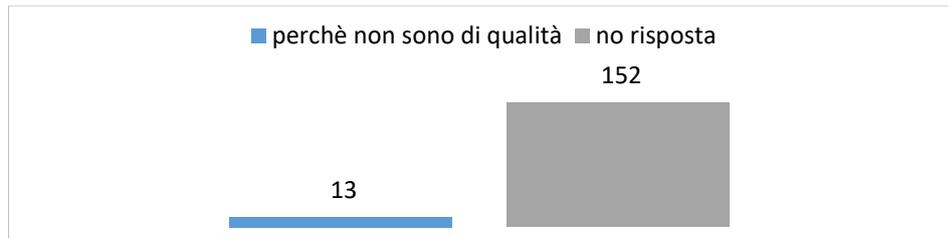


(Tabella XIII)

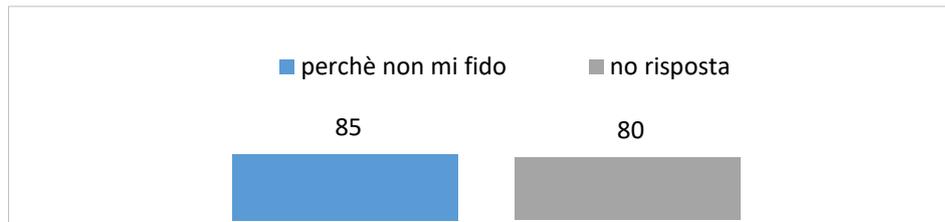


(Tabella XIV)

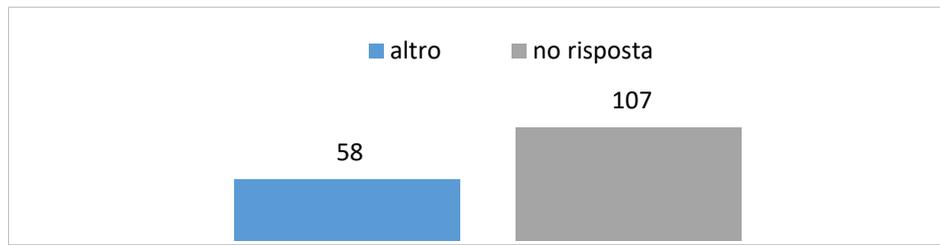
Se no, per quale motivo:



(Tabella XV)

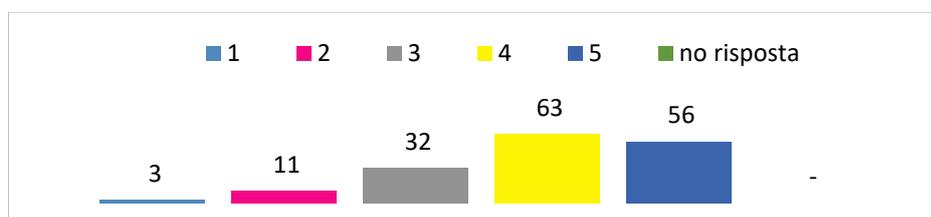


(Tabella XVI)



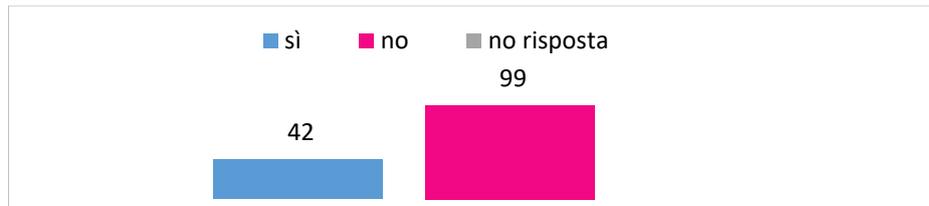
(Tabella XVII)

9- Qual è il grado di professionalità (cortesia, conoscenze, linguaggio utilizzato...) del professionista che la segue (per 1 si intende per niente competente, per 5 si intende assolutamente competente):



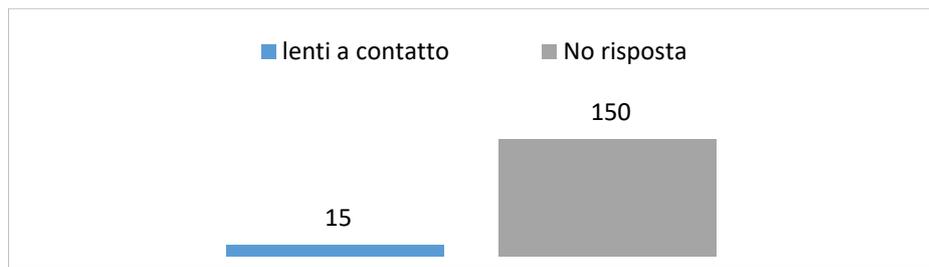
(Tabella XVIII)

10- Ultimamente hai cercato sul web informazioni riguardanti gli occhiali o le lenti a contatto che usi:

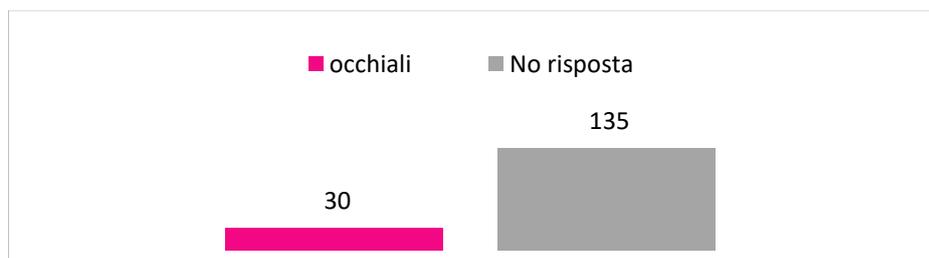


(Tabella XIX)

Su cos'hai cercato informazioni:

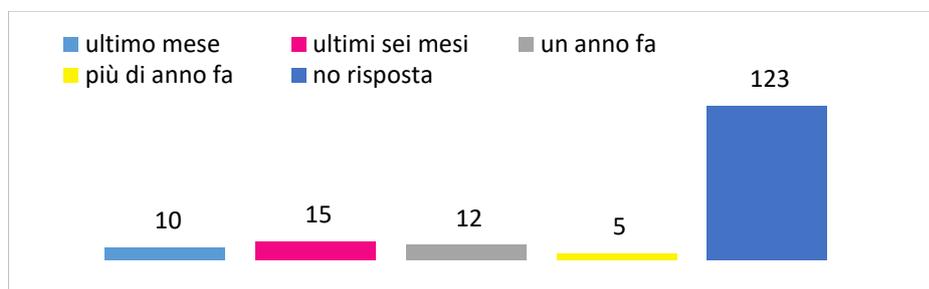


(Tabella XX)



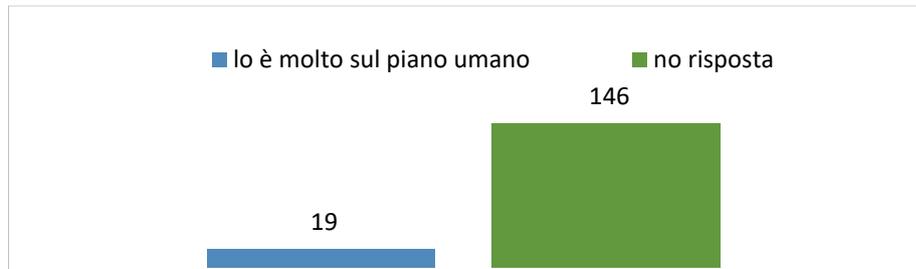
(Tabella XXI)

Quand'è che hai cercato informazioni:



(Tabella XXII)

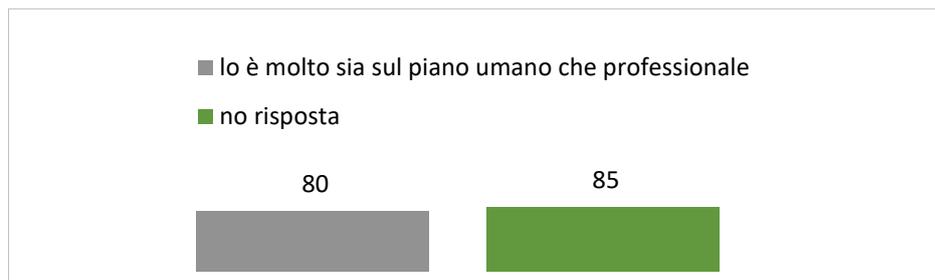
11- Secondo te il tuo professionista è empatico con te e/o con il suo difetto visivo (sono valide più risposte):



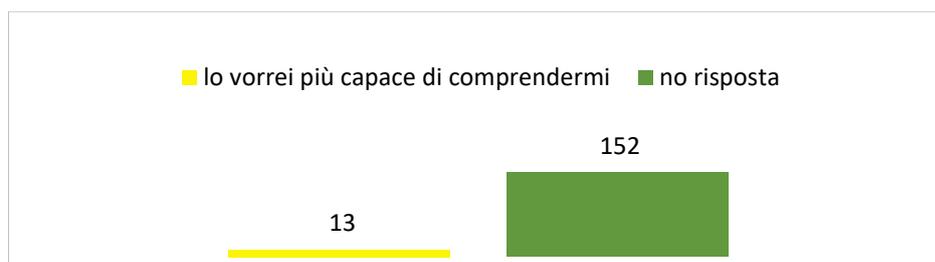
(Tabella XXIII)



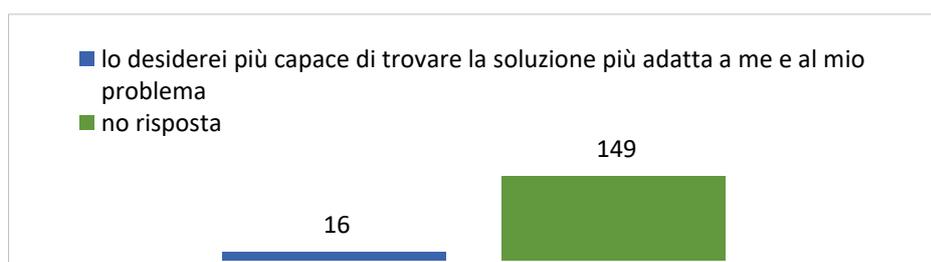
(Tabella XXIV)



(Tabella XXV)

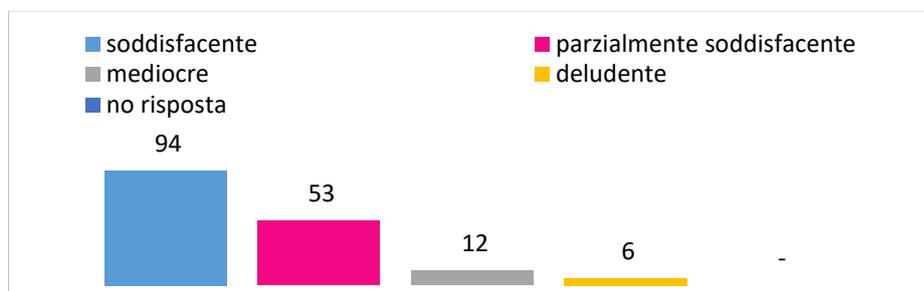


(Tabella XXVI)



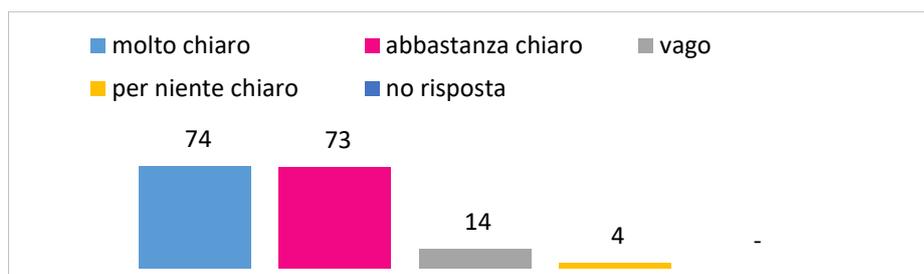
(Tabella XXVII)

12- Secondo te la soluzione che ti è stata proposta dal tuo professionista è stata (una sola risposta):



(Tabella XXVIII)

13- Il tuo professionista è stato chiaro sulle modalità di utilizzo della tua correzione in uso (una sola risposta):



(Tabella XXIX)

3.3 CONFRONTO TRA PADOVA E TORINO

L'immagine che segue (Figura 1) distingue e analizza le due realtà per genere di appartenenza e per classe di età.

In aggiunta a quanto espresso nel riquadro, si segnala il fatto che le modalità di somministrazione del questionario, per quanto riguarda le fasce d'età e il sesso, non sono state "controllate" proprio per le modalità di somministrazione suesposte.

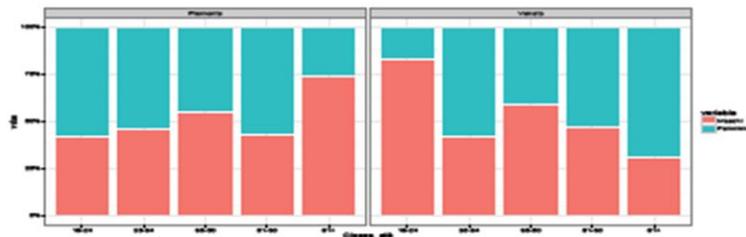
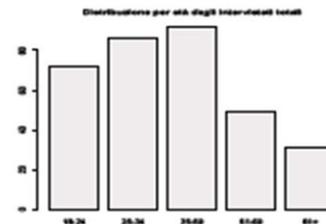
2.1 Informazioni generali

Distribuzione degli intervistati per età e sesso nelle due regioni (Item socio-demografici)

| | | 18-24 | 25-34 | 35-50 | 51-60 | 61+ | |
|---|---|------------|------------|------------|-----------|-----------|------------|
| P | F | 15 (9.2%) | 26 (15.9%) | 24 (14.7%) | 12 (7.4%) | 4 (2.5%) | 81 (49.7%) |
| | M | 11 (6.7%) | 22 (13.5%) | 29 (17.8%) | 9 (5.5%) | 11 (6.7%) | 82 (50.3%) |
| V | F | 8 (4.8%) | 22 (13.2%) | 16 (9.6%) | 15 (8.9%) | 11 (6.6%) | 72 (43.1%) |
| | M | 38 (22.8%) | 16 (9.6%) | 23 (13.8%) | 13 (7.8%) | 5 (2.3%) | 95 (56.9%) |

La tabella sopra vuole mostrare la distribuzione assoluta e percentuale delle femmine e dei maschi nelle due regioni. Guardando il totale per riga si può vedere la proporzione di maschi e femmine che ha risposto nelle due regioni. Utilizziamo gli istogrammi per riassumere al meglio l'informazione: quello a destra è derivato dalla totalità (P+V) dei dati e mostra che la maggior parte dei rispondenti ha un'età inferiore a 51 anni (75%) con una frequenza maggiore nella classe 35-50.

Il grafico sottostante invece rappresenta i dati nella tabella sopra, ovvero ad esempio, nella classe 18-24 del Veneto si mette in evidenza lo squilibrio dato da 8 femmine e 38 maschi. Le barre coprono il 100% delle osservazioni quindi sono da leggerci come parte e parte complementare all'interno di una fascia d'età.



(Figura 1)

Per quanto concerne la figura professionale di riferimento del generico utente del questionario (Figura 2), è evidente che il confronto è “inquinato” dalla diversa distribuzione delle tre professionalità nelle due realtà geografiche e da come queste tre professionalità sono interpretate dai pazienti stessi (talvolta non è chiara al paziente il titolo professionale a cui il paziente si rivolge).

Distribuzione della tipologia di professionista nelle due regioni (Item X1)

| | Ot | Opt | Ot-Opt | |
|----------|----|-----|--------|-----|
| Piemonte | 40 | 48 | 75 | 163 |
| Veneto | 86 | 12 | 69 | 167 |

| | Ot | Opt | Ot-Opt | |
|----------|--------|--------|--------|------|
| Piemonte | 24.54% | 29.45% | 46.01% | 100% |
| Veneto | 51.50% | 7.19% | 41.32% | 100% |

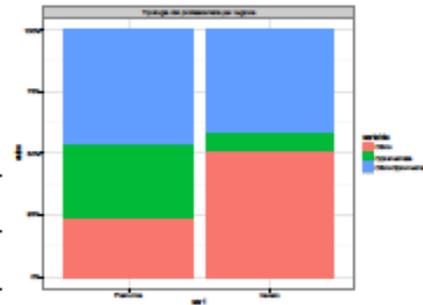


Tabelle e grafico mostrano che in Veneto vi è una maggiore concentrazione di ottici, mentre la figura dell'optometrista è molto rara; al contrario in Piemonte sono stati rilevati tanti ottici quanto optometristi e la figura che la fa da padrona è quella ibrida. Sono stati calcolati degli indici di associazione³ tra gli item X, Y che evidenziano una lieve correlazione (Cramer's $V = 0.34$). Si è poi testata⁴ l'indipendenza delle distribuzioni $f(Y|X = Piemonte)$ e $f(Y|X = Veneto)$ tramite un test χ^2 che ci porta a rifiutare l'ipotesi nulla di indipendenza ($p - value < 0.05$) e quindi a supporre un potenziale legame tra $Y =$ Tipologia del professionista e $X =$ Regione

```
##Test Chiquadro
> summary(tab1)
Number of cases in table: 330
Number of factors: 2
Test for independence of all factors:
Chisq = 38.6, df = 2, p-value = 4.149e-09
```

```
##Indici di associazione
> TschuprowT(tab1)
[1] 0.2875967
> CramerV(tab1)
[1] 0.342012
> Phi(tab1)
[1] 0.342012
```

³Tali indici possono essere visti come la versione discreta dell'indice di correlazione di Pearson (che si usa per variabili continue), variano tra 0 e 1 e segnalano una moderata correlazione quando superano il valore 0.3

⁴Per test si intendono le metodologie della statistica volte ad avvalorare o meno un'ipotesi sui parametri delle distribuzioni, qui ad esempio si vuole testare l'indipendenza tra le distribuzioni delle figure professionali nelle due regioni.

(Figura 2)

Come evidenzia il confronto dei seguenti due grafici (Figura 3 e Figura 4), la realtà veneta porta alla luce una frequentazione del professionista prevalentemente nel momento del bisogno.

Distribuzione della cadenza delle visite nelle due regioni (Item X2)

| | bisogno regolare | | |
|---|------------------|----|-----|
| P | 86 | 77 | 163 |
| V | 112 | 55 | 167 |

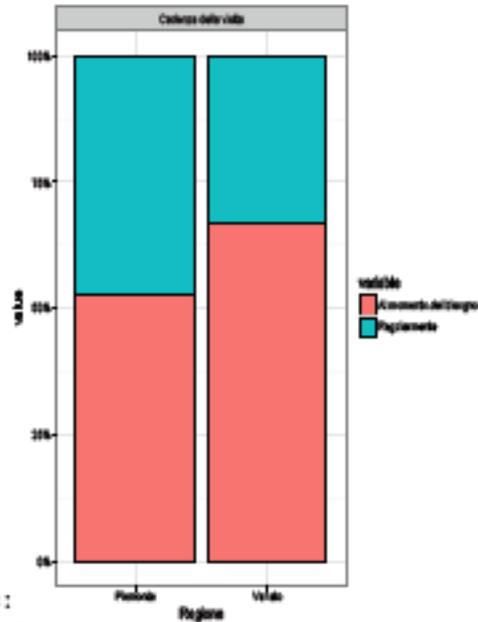
| | bisogno regolare | | |
|---|------------------|--------|------|
| P | 52.76% | 47.24% | 100% |
| V | 67.07% | 32.93% | 100% |

Tabelle e grafico evidenziano una maggior propensione dei veneti a visitare il proprio professionista solo al momento del bisogno rispetto ai piemontesi.

Il test per l'indipendenza porta a rifiutare l'ipotesi nulla, anche se con un p-value (≈ 0.01) vicino al livello di significatività scelto ($\alpha=0.05$). Gli indici di associazione (Cramer's V=0.15) sono piuttosto bassi ad indicare uno scarso legame tra i due items. Riportiamo l'output ottenuto su R per indici e test:

```
##Test Chiquadro
> summary(tab6)
Number of cases in table: 330
Number of factors: 2
Test for independence of all factors:
Chisq = 7.033, df = 1, p-value = 0.008001
```

```
##Indici di associazione
> CramerV(tab6)
[1] 0.1459904
> TschuprowT(tab6)
[1] 0.1459904
> Phi(tab6)
[1] 0.1459904
```



(Figura 3)

Il prospetto che segue (Figura 4) ci dà un'informazione molto importante sull'uso delle tecnologie in ambito medico: dall'analisi dei dati emerge una preferenza spiccata dei piemontesi all'utilizzo di internet per la raccolta delle informazioni circa gli aspetti che riguardano il proprio problema visivo.

Dal punto di vista empatico pare quindi di poter dedurre una maggiore asetticità del paziente piemontese che non ha ancora maturato un pieno rapporto di fiducia nei confronti di un professionista e che quindi preferisce affidarsi ad una serie di informazioni raccolte in maniera autonoma dal web, anche a rischio della loro non totale credibilità e affidabilità sul piano scientifico.

Distribuzione della cadenza delle visite nelle due regioni (Item X2)

| | bisogno | regolare | |
|---|---------|----------|-----|
| P | 86 | 77 | 163 |
| V | 112 | 55 | 167 |

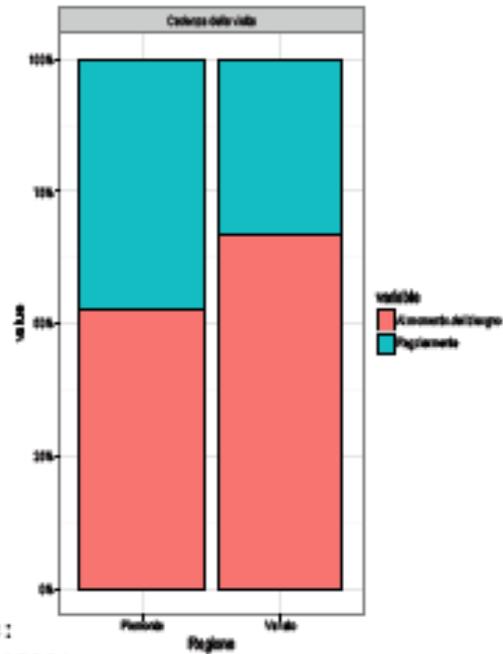
| | bisogno | regolare | |
|---|---------|----------|------|
| P | 52.76% | 47.24% | 100% |
| V | 67.07% | 32.93% | 100% |

Tabelle e grafico evidenziano una maggior propensione dei veneti a visitare il proprio professionista solo al momento del bisogno rispetto ai piemontesi.

Il test per l'indipendenza porta a rifiutare l'ipotesi nulla, anche se con un p-value (≈ 0.01) vicino al livello di significatività scelto ($\alpha=0.05$). Gli indici di associazione (Cramer's V=0.15) sono piuttosto bassi ad indicare uno scarso legame tra i due items. Riportiamo l'output ottenuto su R per indici e test:

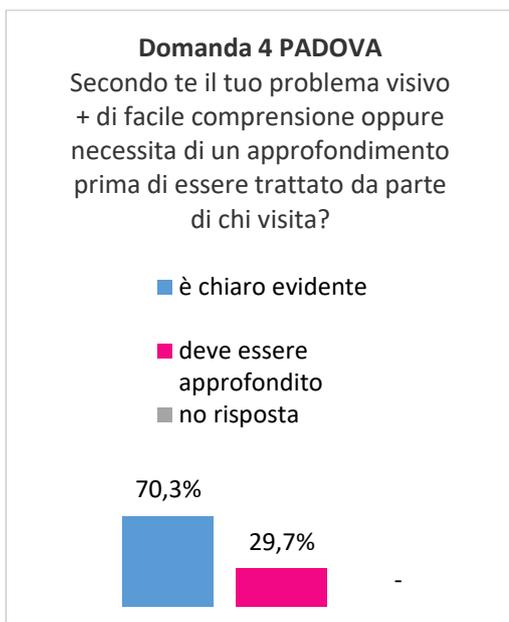
```
##Test Chiquadro
> summary(tab6)
Number of cases in table: 330
Number of factors: 2
Test for independence of all factors:
Chisq = 7.033, df = 1, p-value = 0.008001

##Indici di associazione
> CramerV(tab6)
[1] 0.1459904
> TschuprowI(tab6)
[1] 0.1459904
> Phi(tab6)
[1] 0.1459904
```

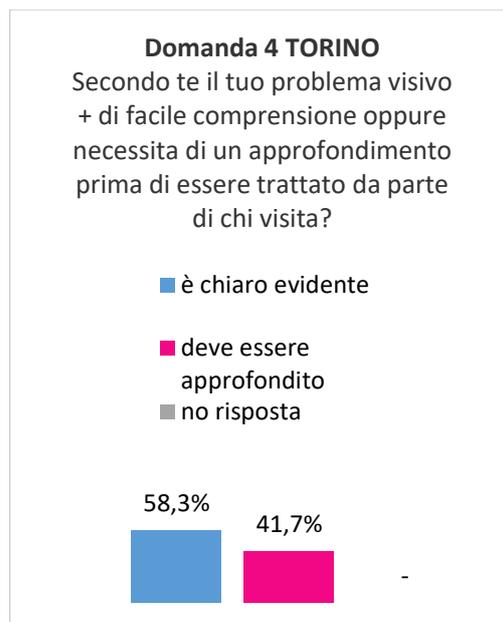


(Figura 4)

Dal confronto fra i seguenti due istogrammi (Figura 5 e Figura 6) emergono differenze sostanziali nella percezione del grado di comprensione del proprio problema visivo da parte dei padovani e dei torinesi. Si può infatti notare come il paziente padovano sia sensibilmente più diffidente rispetto ad una diagnosi effettuata su base qualitativa e sia più esigente nel volersi sottoporre ad esami più approfonditi prima della diagnosi.

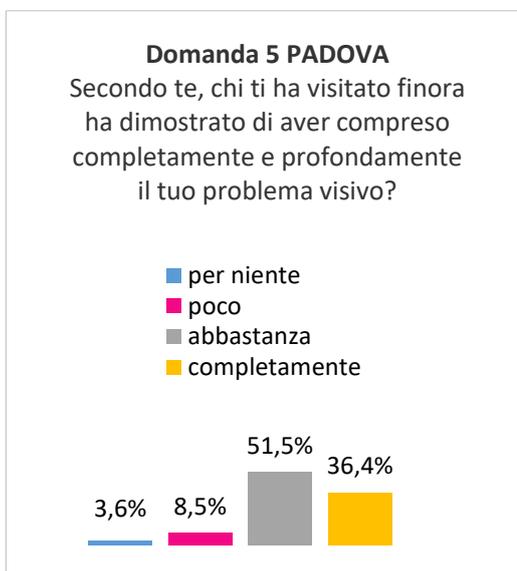


(Figura 5)

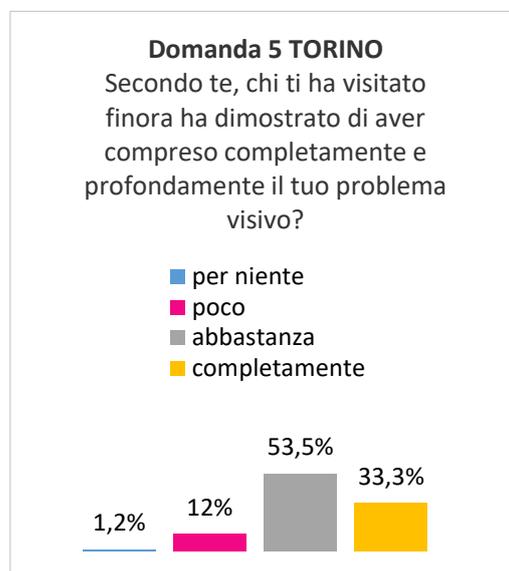


(Figura 6)

I seguenti grafici (Figura 7 e Figura 8) esprimono la sensazione che ogni paziente ha rispetto al fatto che la sua patologia sia stata compresa o meno dalla figura professionale alla quale si è rivolto.



(Figura 7)



(Figura 8)

Si evidenziano due distribuzioni delle risposte molto simili, dalle quali si può dedurre che la percezione che il paziente ha di essere più o meno compreso nel proprio problema prescinde dalla regione.

Si segnala una maggior percentuale di completa soddisfazione a Padova, ma va anche evidenziato il fatto che il numero di pazienti completamente insoddisfatti di quella regione è il triplo del numero degli insoddisfatti torinesi.

Incoraggiante è il fatto che in entrambe le realtà geografiche le persone abbastanza o completamente soddisfatte superano l'86% e quindi il grado di fiducia degli intervistati nei confronti del professionista è da considerarsi molto elevato.

I diagrammi a confronto nel riquadro che segue (Figura 9) confrontano gli atteggiamenti nelle due realtà geografiche rispetto all'uso di internet per trovare informazioni sul proprio problema.

Uso di internet a scopo informativo nelle due regioni (Item X6,X8)

| (a) Item 6 | | | | | (b) Item 10 | | | |
|------------|-----|----|----|-----|-------------|-----|----|-----|
| | N | NR | S | | N | S | | |
| Piemonte | 85 | 0 | 78 | 163 | Piemonte | 97 | 66 | 163 |
| Veneto | 108 | 8 | 51 | 167 | Veneto | 125 | 42 | 167 |

| | N | NR | S | | N | S | | |
|----------|--------|-------|--------|------|----------|--------|--------|------|
| Piemonte | 52.15% | 0.00% | 47.85% | 100% | Piemonte | 59.51% | 40.49% | 100% |
| Veneto | 64.67% | 4.79% | 30.54% | 100% | Veneto | 74.85% | 25.15% | 100% |

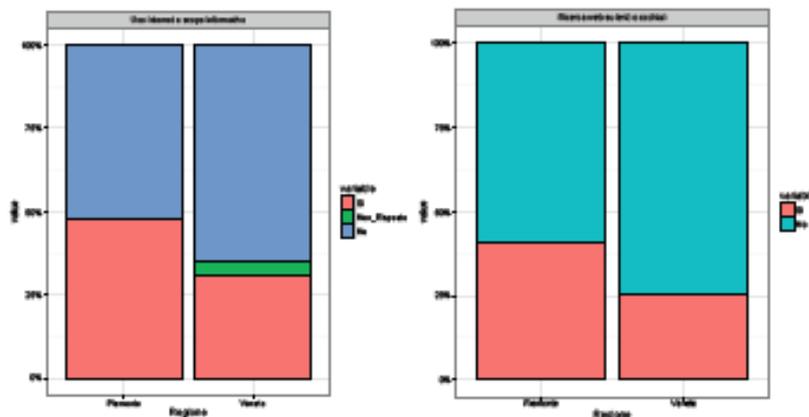


Tabelle e grafici sopra riportati mostrano che in Piemonte gli intervistati sono più propensi all'uso di internet per la prevenzione del proprio problema. Inoltre i due grafici mostrano praticamente le stesse distribuzioni di frequenza, implicando una "correlazione"⁵ tra Item 6 e Item 10 molto alta ($Corr_{pol} = 0.67$)

```
##Test Chiquadro Item 6
Test for independence:
Chisq = 16.346, p-value = 0.0003

##Test Chiquadro Item 10
Test for independence:
Chisq = 8.818, p-value = 0.003

##Indici di associazione Item 6
> CramerV(tab8)
[1] 0.2225609

##Indici di associazione Item 10
> CramerV(tab10)
[1] 0.1634632
```

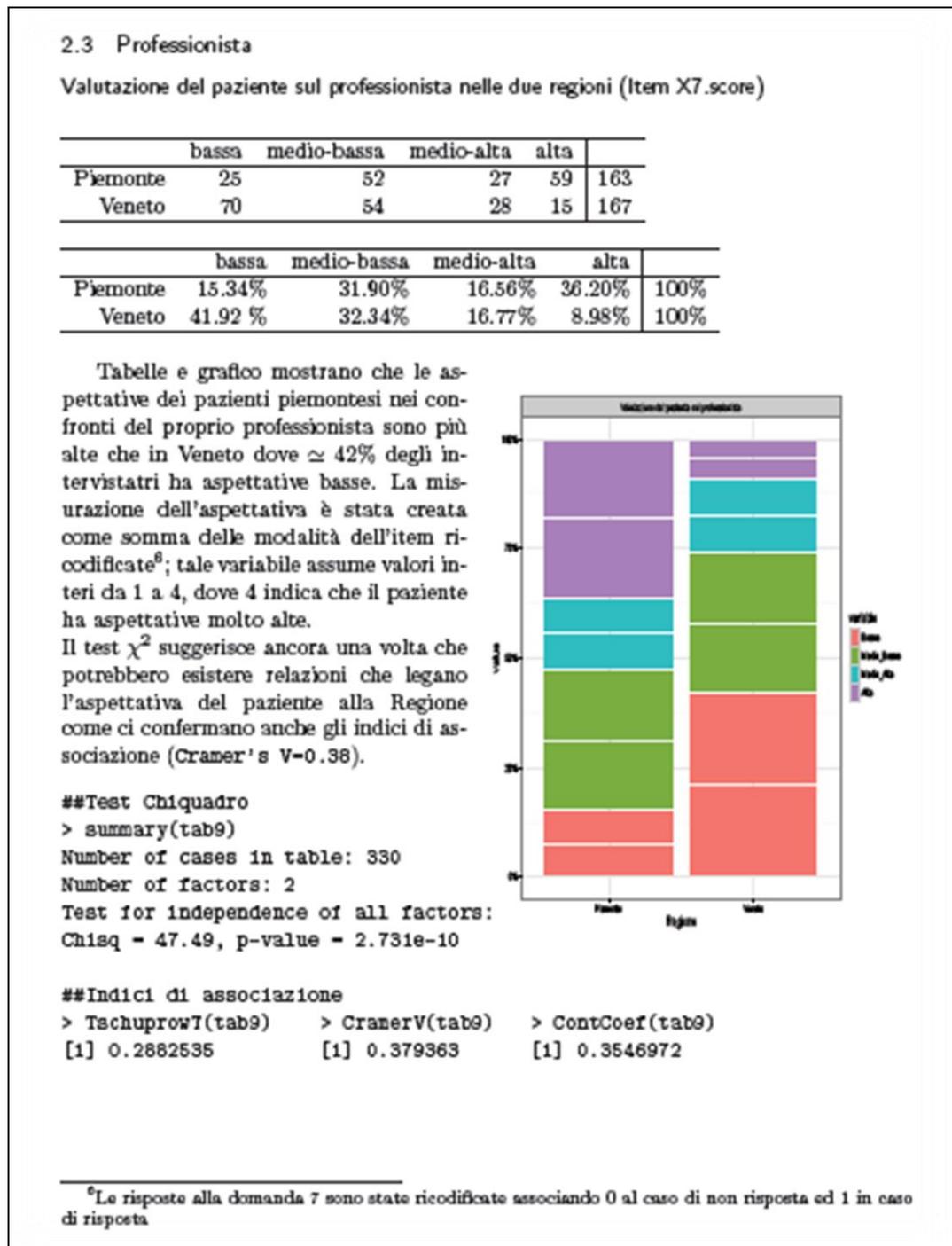
⁵La correlazione nel suo significato usuale presuppone l'uso di variabili continue, in questo caso si parla invece di correlazioni poliecriche.

(Figura 9)

Si ritiene che il maggior uso delle tecnologie da parte dei torinesi compensi, in un certo senso quanto già esaminato nella domanda 4 del questionario: così come è vero che un maggior numero di torinesi ritiene il proprio problema di facile comprensione, è altrettanto vero che un numero maggiore di essi consulta internet quindi, probabilmente, la percezione del proprio problema visivo è considerata di facile comprensione proprio grazie alle informazioni trovate in rete.

Allo stesso tempo si può constatare che il paziente padovano si dimostra più lineare rispetto alla patologia e allo specialista: egli è più esigente nella fase diagnostica ma poi si rivela anche più fiducioso nelle informazioni che riceve dal professionista, non sentendosi costretto a verificare in internet.

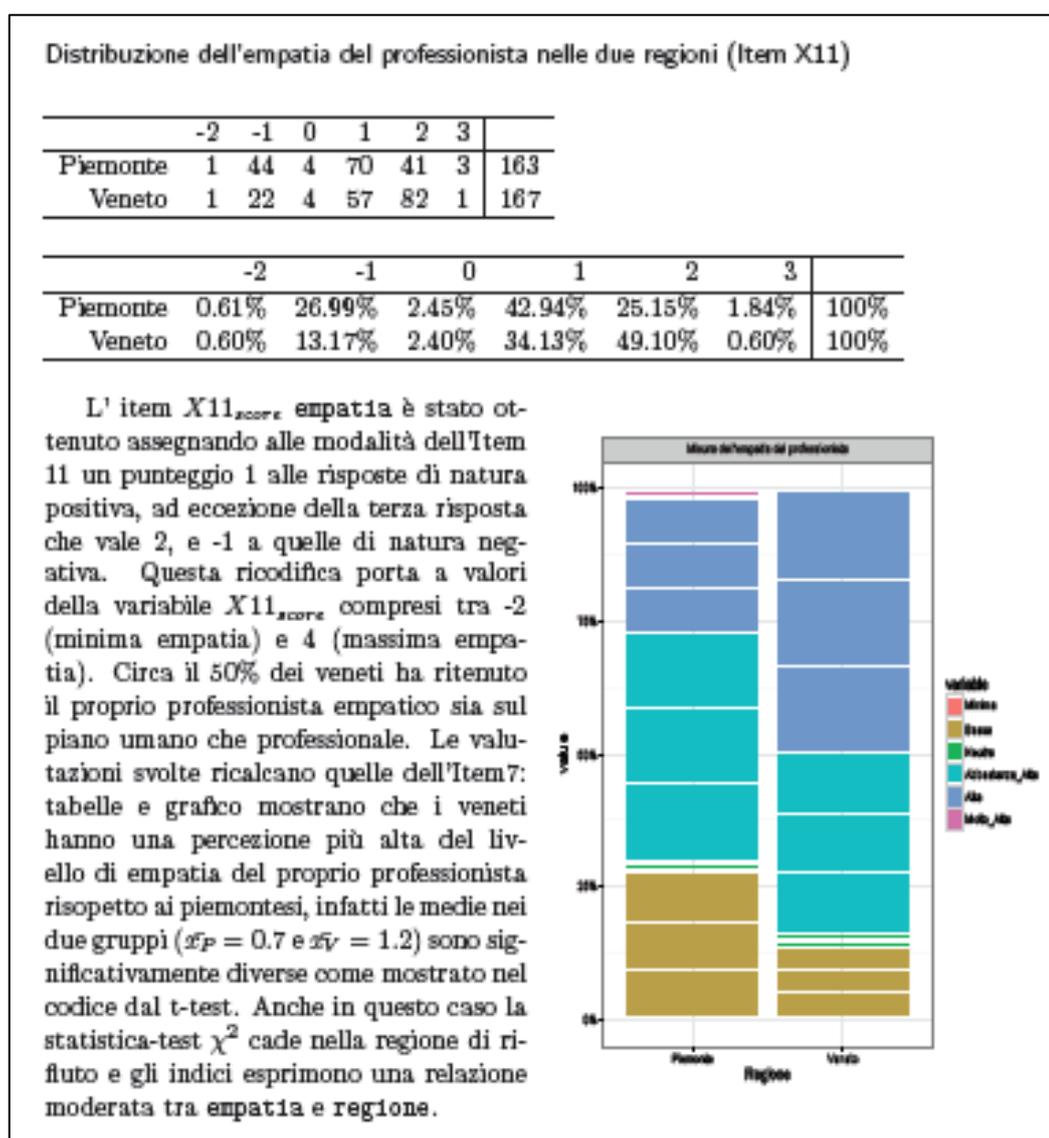
A consolidare quanto appena esposto, risulta utile il confronto tra Padova e Torino per quanto riguarda le aspettative nei confronti del professionista (Figura 10).



(Figura 10)

Si può quindi interpretare la maggior aspettativa dei piemontesi rispetto ai veneti in termini di “diffidenza”: abbiamo già infatti osservato come il paziente piemontese preferisca l’utilizzo di internet molto di più rispetto al paziente veneto a dimostrazione di maggiori aspettative e professionalità.

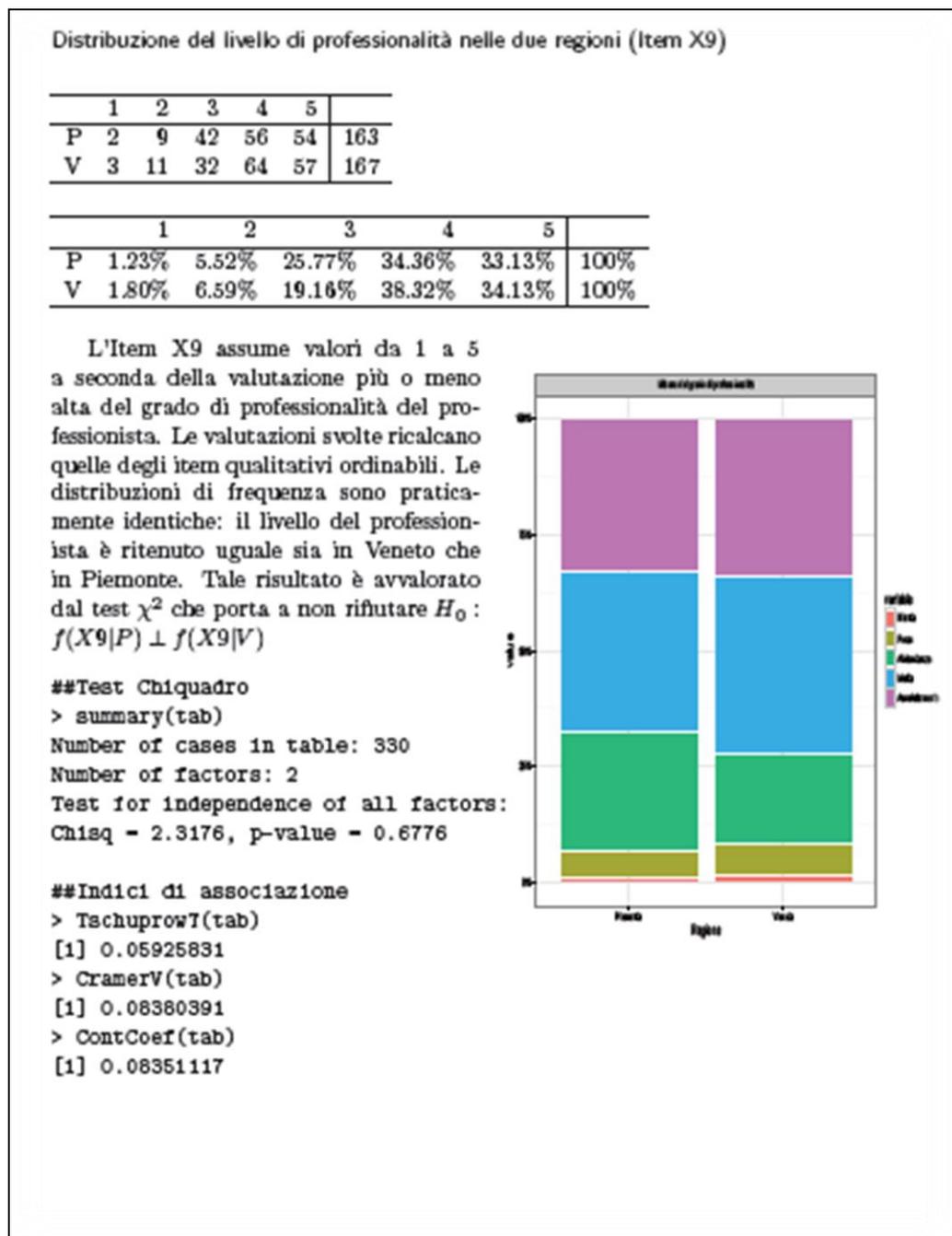
A supportare ulteriormente il fatto che il paziente padovano si senta più compreso dal suo professionista rispetto a quello torinese, risulta utile introdurre la seguente immagine (Figura 11).



(Figura 11)

Si conferma quindi, ancora una volta una maggior presenza di grado di empatia da parte dell'utente veneto rispetto a quello piemontese.

Consultando le prossime due figure (Figura 12 e Figura 13) si può dedurre che a parità di grado di professionalità e di soluzione proposta, i soggetti veneti percepiscono un maggiore grado di empatia dal loro professionista.



(Figura 12)

Distribuzione del livello di soluzione proposta dal professionista nelle due regioni (Item X12)

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|---|---|----|----|----|-----|
| P | 4 | 22 | 55 | 82 | 163 |
| V | 6 | 12 | 53 | 96 | 167 |

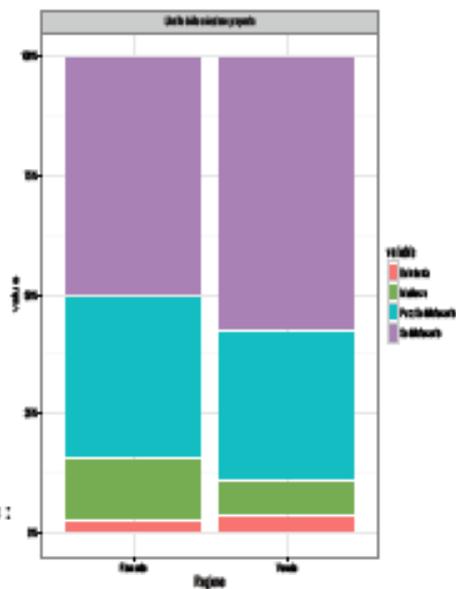
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|---|-------|--------|--------|--------|------|
| P | 2.45% | 13.50% | 33.74% | 50.31% | 100% |
| V | 3.59% | 7.19% | 31.74% | 57.49% | 100% |

L'Item in questione assume valori da 1 a 4 a seconda della valutazione più o meno alta⁸ sulla soluzione proposta dal professionista. Le valutazioni svolte ricalcano quelle degli item qualitativi ordinabili. Anche in questo caso le distribuzioni di frequenza sono praticamente identiche: il livello della soluzione proposta è ritenuto uguale sia in Veneto che in Piemonte. Tale risultato è avvalorato dal test χ^2 che suggerisce di non rifiutare l'ipotesi nulla di indipendenza (p -value = 0.2185 > 0.05).

```
##Test Chiquadro
> summary(tab)
Number of cases in table: 330
Number of factors: 2
Test for independence of all factors:
Chisq = 4.432, p-value = 0.2185
```

```
>
> TschuprowI(tab)
[1] 0.0880518
> CramerV(tab)
[1] 0.1158827
> ContCoef(tab)
[1] 0.1151124
```

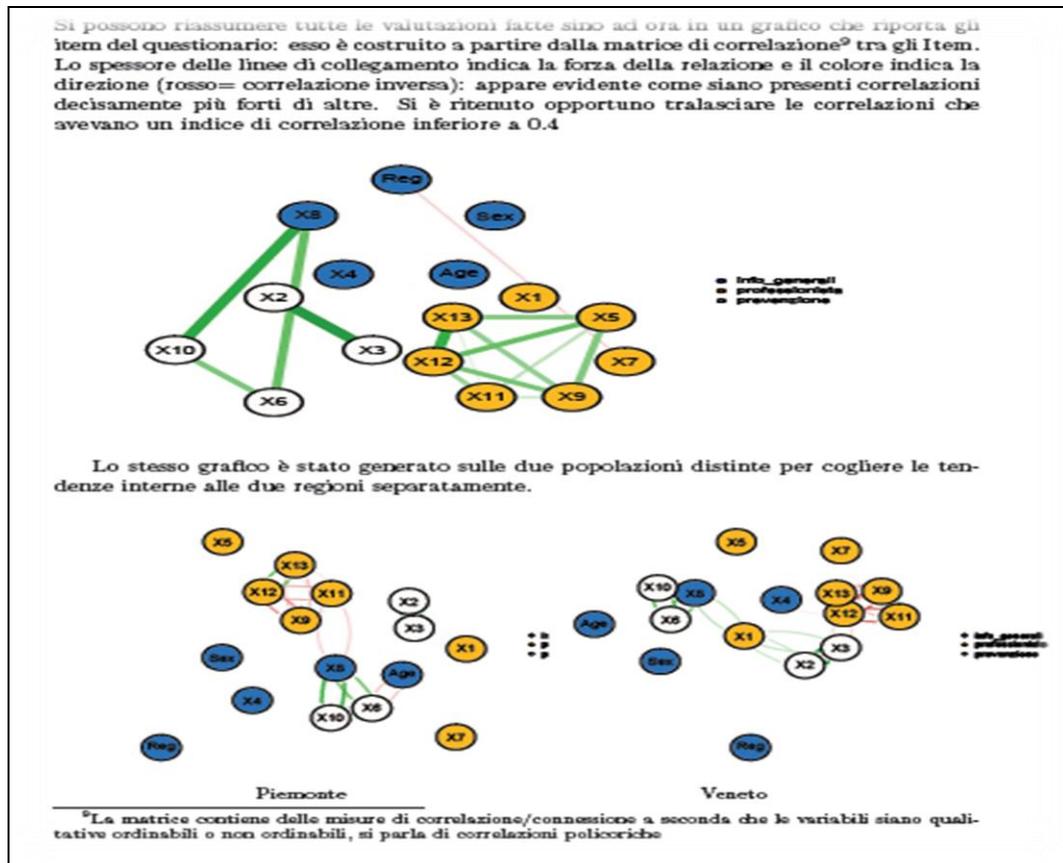
⁸dove 1=deludente e 4 = soddisfacente



(Figura 13)

L'ultima immagine (Figura 14), fornisce una vista d'insieme con tutti i vari collegamenti dei contenuti del questionario.

È presente dapprima una visione generale d'insieme dei dati raccolti nelle due aree geografiche, infine i dati sono separati rappresentando al meglio le differenze fra le due realtà geografiche.



(Figura 14)

3.4 COPIA QUESTIONARIO

In seguito viene riportato uno dei 165 questionari raccolti dall'Università di Padova, originale, compilato e scannerizzato.

EMPATIA
Questionario relativo al rapporto tra paziente (ametrope) e il suo professionista (ottico o optometrista)

M:
 F:

città: VENETO
 città (PD¹)
 Provincia
 PIEMONTE
 Città (TO)
 Provincia

Età 18/24
 25/34
 35/50
 51/60
 61+

1- Il professionista che segue i tuoi problemi di vista o di lettura è un : (una sola risposta)

Ottico
 Optometrista
 Ottico-optometrista

2- Ogni quanto tempo ti rechi da lui per un controllo o per scambiare qualche informazione riguardo il tuo problema visivo? (una sola risposta)

Prendo appuntamenti a cadenza regolare
 Mi reco solo in caso di bisogno (problemi visivi, cambio occhiali, acquisto lenti a contatto)

¹ Residente in qualsiasi città con oltre 100 mila abitanti

3- Di solito prenoti un appuntamento o passi da lui quando ti capita ? (una sola risposta)

Appuntamento
Passo quando capita

4- Secondo te il tuo problema visivo è di facile comprensione oppure necessita di un approfondimento (mediante l'ausilio di test o di manuali) prima di essere trattato da parte di chi ti visita? (una sola risposta)

è chiaro evidente
deve essere approfondito

5- Secondo te, chi ti ha visitato fin'ora ha dimostrato di aver compreso completamente e profondamente il tuo problema visivo?

Per niente
Poco
Abbastanza
Completamente

6- Hai ottenuto informazioni utili riguardanti il tuo problema visivo e la sua evoluzione attraverso internet ?

Si
No

7- Credi che colui che si occupa dei tuoi difetti visivi (il tuo professionista) debba essere : (sono valide più risposte)

Informato sulle ultime novità tecnologiche nel campo delle lenti, delle montature e prodotti vari

Capace di capire come vedi e come nei hai bisogno durante la tua giornata

Sempre informato e aggiornato su tutti gli aspetti scientifici che potrebbero interessare il tuo difetto visivo

Capace di offrirti i prodotti più economici sul mercato per risolvere il tuo difetto visivo

8- Hai mai acquistato prodotti relativi alla correzione del tuo difetto visivo attraverso internet?

- Si
- No

8a- Se sì per quale motivo? (valide più risposte)

- Si perché più economici
- Si perché economici e di qualità
- Altro

8b- Se no perché?

- Perché non sono di qualità
- Perché non mi fido
- Altro

9- Qual è secondo lei il grado di professionalità (cortesia, conoscenze, linguaggio utilizzato...) del professionista che la segue (per 1 si intende per niente competente, per 5 si intende assolutamente competente)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

10- Ultimamente hai cercato sul web informazioni riguardanti gli occhiali o le lenti a contatto che usi?

- Si
- No mai fatto

10a- Su cosa ha cercato informazioni?

- Occhiali
- Lenti a contatto

10b- Quand'è che ha cercato informazioni?

- Nell'ultimo mese
- Negli ultimi sei mesi
- Un anno fa
- Più di un anno fa

11- Secondo te il tuo professionista è empatico con te e/o con il tuo difetto visivo?
(Empatia significa stare con l'altro, sentire con lui e provare assieme la stessa emozione, preoccupazione) Sono valide più risposte:

- Lo è molto sul piano umano
- Umanamente è un po' distaccato ma è molto bravo nel suo lavoro
- Lo è molto sia sul piano umano che professionale
- Lo vorrei più capace di comprendermi
- Lo desidererei più capace di trovare la soluzione più adatta a me e al mio problema

12- Secondo te la soluzione che ti è stata proposta dal tuo professionista è stata: (una sola risposta)

- Soddisfacente
- Parzialmente soddisfacente
- Mediocre (non era ciò che mi aspettavo)
- Deludente (non ha compreso e risolto il mio problema)

13- Il tuo professionista è stato chiaro sulle modalità di utilizzo della tua correzione in uso ? (una sola risposta)

- Molto chiaro
- Abbastanza chiaro
- Vago
- Per niente chiaro

CONCLUSIONI

Dopo aver concluso questo lavoro di tesi, posso affermare di aver arricchito la mia conoscenza riguardante l'empatia, ora so come ogni soggetto possa provarla sulla propria pelle; so come funziona e anche quando, purtroppo, non è così.

Per quanto riguarda le informazioni fornite dal programma PASSI, sono state molto utili in quanto hanno concesso di afferrare al meglio determinati comportamenti, a livello generale, sullo stato di salute e di interesse della stessa, dei soggetti di riferimento.

Da ciò che è emerso dai questionari possiamo dedurre che i soggetti veneti partecipanti al test, ritengono il proprio ottico soprattutto una figura professionale, ma anche un soggetto empatico in grado di capire totalmente le loro esigenze e di soddisfarle in modo completo e preciso pur recandosi da questi professionisti nella maggior parte dei casi solo al momento del bisogno.

I piemontesi reputano gli optometristi la loro figura professionale principale, consultandoli soprattutto su appuntamento. Allo stesso tempo però si affidano per lo più ad internet per soddisfare la curiosità circa i loro problemi.

L'impulso empatico è, quindi, un mezzo biologico per promuovere la comunicazione.

Quest'ultima riveste un ruolo di fondamentale importanza al giorno d'oggi, poiché è necessario capire al meglio i bisogni delle persone che si rivolgono agli addetti del mestiere.

Dopo un'attenta cura di ciò che questi individui vogliono, è necessario rispondere al meglio, ricordando quindi le loro esigenze e cooperando in modo significativo al fine di raggiungere un obiettivo comune.

Contento il cliente, soddisfatto il professionista.

