

Sociologia Generale (SPS/07 – 1CFU)

Facoltà di Medicina e Psicologia

**LM-41 Medicina e Chirurgia - Roma Azienda Ospedaliera Sant'Andrea
A.A. 2020-2021**

Luca Toschi, PhD

mailto: luca.toschi@uniroma1.it

mobile: +39 347 9373369



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Contenuti del modulo di sociologia generale

Sezione introduttiva:

I rapporti tra società, salute, medicina e malattia oltre il punto di vista strettamente biologico, tecnico, politico o gestionale

→ Le dimensioni e le implicazioni socioculturali della salute

Testo di riferimento:

Carricaburu D., Ménoret M. (2007), *Sociologia della salute*, Bologna, Il Mulino



Contenuti del modulo di sociologia generale

Argomenti in sintesi:

Parte prima: L'istituzione ospedaliera

1. Le funzioni sociali dell'istituzione ospedaliera
2. L'ospedale come organizzazione

Parte seconda: L'attività medica. I professionisti e i pazienti

3. Il medico: controllore sociale o imprenditore morale
4. Oltre i medici: gli altri gruppi professionali nel mondo della medicina
5. Sociologia dell'attività sanitaria: i medici e i pazienti

Parte terza: Malati e malattia

6. Malattie croniche e normalizzazione
7. Vivere con una malattia cronica
8. L'Aids nello spazio pubblico

Contenuti del modulo di sociologia generale

Sezione specialistica:

La violenza di genere come «violenza relazionale»

→ Come si studia la violenza privata oltre il paradigma della vittimologia e della psicologia giuridica. Un'indagine condotta con il Centro Donna Lilith di Latina utilizzando i metodi della Social Network Analysis

Testo di riferimento:

Toschi L. (2020), *Le reti di Caino. Uno studio pilota sugli egonetwork delle donne vittime di abuso*, Acireale-Roma, Bonanno Editore



Contenuti del modulo di sociologia generale

Argomenti in sintesi:

→ Dalla violenza di genere alla violenza relazionale

1. Fonti statistiche e ricerca empirica sulla violenza relazionale in Italia
2. Nota metodologica e analisi di fattibilità
3. Nota di ricerca e discussione: la scomparsa delle reti...

Parole chiave:

- reti socioculturali
- metodi relazionali
- comunità personali
- rapporti di genere
- violenza relazionale

La nozione di «medicalizzazione della vita»

→ La medicalizzazione è il processo mediante il quale le condizioni e i problemi umani vengono definiti e trattati come condizioni mediche e diventano quindi oggetto di studio medico, diagnosi, prevenzione o trattamento. La medicalizzazione può essere condizionata da nuove scoperte scientifiche o nuove ipotesi sulle condizioni umane; dal cambiamento di alcuni atteggiamenti sociali o condizioni economiche; dallo sviluppo di nuovi farmaci o trattamenti (Wikipedia, English).

Quattro esempi classici nella società contemporanea (ruolo dei media)

- 1) Disagio mentale e linguaggio psichiatrico
- 2) Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (in inglese ADHD)
- 3) Maternità e parto
- 4) Salute sessuale e riproduttiva (maschile e femminile)

Sociologia e medicalizzazione

→ I concetti prevalenti di salute e malattia (normalità/patologia) hanno una radice non solo biologica, ma anche fissata sulle differenze di status e potere di alcuni ceti sociali: una volta che una condizione è classificata come medica, un modello medico di disabilità tende a essere usato al posto di un modello sociale.

Un esempio classico nella storia delle scienze umane è costituito dagli studi condotti da Erving Goffman nei primi anni '60 del secolo scorso a proposito delle cosiddette «istituzioni totali» (es. manicomi), in cui l'autore definisce la «carriera morale del malato mentale»

→ Erving Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino: Einaudi, 2010.

L'opera in questione ispirò il lavoro dello psichiatra Franco Basaglia, che curò la prima edizione italiana, e al cui nome è legata la legge 180/1978 in tema di "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori"

Breve storia e sviluppo del concetto

- Il concetto di medicalizzazione è stato formulato dai sociologi per spiegare come la conoscenza medica viene applicata a comportamenti che non sono per natura medici o biologici.
- Il termine «medicalizzazione» è entrato nella letteratura sociologica negli anni '70 nelle opere di Irving Zola, Peter Conrad e Thomas Szasz, tra gli altri: questi sociologi consideravano la medicalizzazione come una forma di controllo sociale in cui l'autorità medica si espandeva in domini dell'esistenza quotidiana e respingevano la medicalizzazione in nome della liberazione.
- Nel libro *Limits to medicine: Medical nemesis* (1975), Ivan Illich proponeva uno degli usi più critici del termine "medicalizzazione". Illich, un filosofo, ha sostenuto che la professione medica danneggia le persone attraverso la «iatrogenesi», un processo in cui la malattia e i problemi sociali aumentano a causa dell'intervento medico (livello clinico, livello sociale, livello strutturale)

Gli attori sociali della medicalizzazione

- Molti studiosi contemporanei collocano le aziende farmaceutiche nello spazio un tempo detenuto dai medici come presunti protagonisti della medicalizzazione. Articoli, saggi e report giornalistici come "L'invenzione di una malattia" o "Sesso, droghe e marketing" criticano l'industria farmaceutica per lo spostamento dei problemi quotidiani nel campo della biomedicina professionale (es. dipendenza da benzodiazepine). Ad ogni modo l'enfasi, in molti settori, è centrata sulla "ipermedicalizzazione" piuttosto che sulla "medicalizzazione" in sé.
- Altri sostengono che il processo di medicalizzazione tende a spogliare i soggetti del loro contesto sociale. Questi vengono ridotti in termini di ideologia biomedica prevalente, con disprezzo per cause sociali globali come la disparità di distribuzione di potere e risorse.
- L'antitesi della medicalizzazione è il processo di «paramedicalizzazione» (medicina alternativa, tradizionale, ecc.)

Aree di applicazione e ricerca scientifica

- Per molti anni, psichiatri emarginati (come Peter Breggin, Paula Caplan, Thomas Szasz) e critici esterni (come Stuart A. Kirk) hanno "accusato la psichiatria di impegnarsi nella sistematica medicalizzazione della normalità" (*eccesso di diagnosi*)
- Più recentemente queste preoccupazioni sono venute da addetti ai lavori che hanno lavorato e promosso l'American Psychiatric Association (ad es. Robert Spitzer, Allen Frances)
- La pandemia di HIV / AIDS causò presumibilmente già dagli anni '80 una profonda ri-medicalizzazione della sessualità
- La diagnosi di «disturbo disforico premestruale» ha causato alcune controversie e lo psicologo Peggy Kleinplatz ha criticato la diagnosi come la medicalizzazione di un normale comportamento umano, che si è verificata mentre la fluoxetina (nota anche come Prozac) veniva riproposta, come terapia PMDD, con il nome commerciale Sarafem

Aree di applicazione e ricerca scientifica

- Secondo Kittrie, un certo numero di fenomeni considerati "devianti", come l'alcolismo, la tossicodipendenza, la prostituzione, la pedofilia e la masturbazione ("abuso di sé"), erano originariamente considerati problemi morali, poi legali e ora medici. Innumerevoli altre condizioni come l'obesità, il fumo di sigarette, il parto, il divorzio, la gravidanza indesiderata, la cleptomania e il dolore (fisico e psichico), sono state dichiarate una malattia dalle autorità mediche e psichiatriche che detengono credenziali istituzionali impeccabili
- Secondo Mike Fitzpatrick, la resistenza alla medicalizzazione era un tema comune della liberazione gay, dell'antipsichiatria e dei movimenti femministi degli anni '70, ma ora non c'è in realtà alcuna resistenza all'avanzamento dell'intrusione del governo nello stile di vita se si ritiene che sia giustificato in termini di salute pubblica
- Inoltre, la pressione per la medicalizzazione viene anche dalla società stessa. Le femministe, che una volta si opponevano allo stato come oppressivo e patriarcale, ora chiedono misure più coercitive e intrusive per affrontare l'abuso di minori e la violenza domestica (es. castrazione chimica)

Parte prima: L'istituzione ospedaliera

1. Le funzioni sociali dell'istituzione ospedaliera

→ Dalla «medicina» alla «salute»: l'universo sanitario si apre a una lettura politica, sociale e culturale della malattia e delle organizzazioni (questo processo è visibile più o meno dal secondo dopoguerra, quando nasce l'ospedale come lo conosciamo noi, mentre la «funzione» ospedaliera ha una tradizione di circa duemila anni)

A cosa serve l'ospedale? Alla missione terapeutica di base (cura dei malati) negli ultimi decenni si affiancano anche altre funzioni...

1.1 Diversità delle origini e pluralità delle funzioni sociali

L'ospedale come «macchina per curare i malati» prende forma nel diciottesimo secolo (da luogo di assistenza a luogo di azione terapeutica): diventa un elemento essenziale della tecnologia medica, con la presenza continua dei medici, un sistema di osservazione e annotazione, una maggiore cura dell'igiene...

In questa fase storica nasce la medicina clinica, definita da Foucault come un nuovo «sguardo medico», e la funzione curativa diventa dominante → la «medicina ospedaliera» inizia a trattare i malati in base a criteri medici e non sociali (indigenza, religione, pericolosità, stigma)

Secondo il sociologo americano Rieff, l'ospedale ha preso il posto della Chiesa e del Parlamento come istituzione archetipa della cultura occidentale. Questo fenomeno si è sviluppato dal secondo dopoguerra in poi, e l'ospedale (generale o psichiatrico) ha attirato l'interesse di molti studiosi nel campo delle scienze umane e sociali...

1.2 Istituzione ospedaliera e controllo sociale

I primi studi riguardano la salute mentale e l'ospedale psichiatrico: nel saggio *The Mental Hospital as a Type of Organization* (1957), Talcott Parsons sostiene che l'istituzione ha una funzione di conservazione dell'ordine sociale → oltre agli obiettivi *terapeutici*, c'è quello della *custodia* (guarigione impossibile o troppo costosa) e della *protezione* (verso se stessi e la società). È fondamentale la funzione di socializzazione al «ruolo di malato» che presiede alla a)risocializzazione nei ruoli precedenti (miglioramento) oppure alla immissione in ruoli nuovi, adatti allo stato di malati (persistenza).

Erving Goffman (1961) propone un «approccio dall'interno della vita ospedaliera» (St. Elizabeth Hospital, Washington D.C.) come osservazione diretta delle «istituzioni totali» → strutture di segregazione in cui l'interazione tra professionisti e internati si svolge sulla base di copioni che funzionano in parallelo, secondo uno schema burocratico → Egli definisce l'*adattamento primario* (cooperazione alle richieste dell'organizzazione) e l'*adattamento secondario* (resistenza), che tuttavia viene neutralizzato dall'istituzione e tradotto in termini psichiatrici → Goffman non vede l'istituzione come una risposta a bisogni sociali...

1.3 Cure, formazione e ricerca: le nuove missioni dell'ospedale

La legge ospedaliera del 1958 (chiamata «riforma Debrè» dal nome del suo promotore) è all'origine dell'attuale struttura del sistema ospedaliero dei più importanti paesi europei: essa istituisce i Centri Ospedalieri Universitari e la loro triplice missione di cura, insegnamento e ricerca, ma soprattutto la figura del medico ospedaliero a tempo pieno, con la possibilità di esercitare privatamente dentro l'ospedale → è il punto di partenza della coabitazione tra attività clinica e ricerca fondamentale

1.4 Dalla riproduzione delle disuguaglianze alla produzione di nuove disuguaglianze

Come cambia il destino dei malati dentro l'ospedale generico?

→ La contrapposizione tra una medicina privata riservata ai «ricchi» e una medicina pubblica d'assistenza destinata ai «poveri» avrebbe dovuto risultare superata, ma l'ingiustizia sociale non scompare affatto...

Una importante ricerca (Herzlich 1973) dimostra ancora che la presa in carico dei pazienti è strutturata dalla selettività dell'accettazione dei malati e dalla distribuzione del corpo medico all'interno dell'ospedale

→ *Malati dell'ospedale* (status basso, stigma) e *malati del medico* (fama)

Anche Chauvenet (1978) si interroga sulla «medicina di classe»: si tratta di sapere se l'ordine medico è responsabile delle disuguaglianze sociali di salute e se contribuisce «alla riproduzione e alla produzione della società di classe». Egli sostiene che dentro lo stesso ospedale coesistono diverse medicine, gerarchizzate e separate:

- *Medicina di prestigio ad alta tecnologia* (attività di ricerca e selezione)
- *Medicina di massa* (classi medie e criteri economici del ricovero)
- *Filiera di abbandono clinico* (anziani senza risorse, relegazione)

Dodier e Camus (1997) considerano illuminante il servizio ospedaliero di pronto soccorso, in cui le disuguaglianze sociali e l'accoglienza passano attraverso il dualismo dell'*apertura* (accesso garantito) e della *selezione* (orientamento e selezione dei malati). Questo dualismo può spiegarsi con la storia dell'istituzione, dove si ritrovano le tre forme di accettazione che oggi coesistono e si sono affermate in successione cronologica:

- *Ospitalità* (la forma più antica, accessibilità a tutte le richieste)
- *Gestione collettiva della malattia* (prevale una logica di stato sociale)
- *Innovazione biomedica* (prevale una logica di scambio scientifico)

Mentre le prime due forme di presa in carico si fondano sul criterio territoriale, la terza introduce il concetto di «rete biomedica»

→ La ricerca biomedica è inoltre collegata alla carriera (pubblicazioni)

2. L'ospedale come organizzazione

- Negli Stati Uniti gli studi sull'organizzazione ospedaliera sono stati influenzati dalla «scuola delle relazioni umane» di Elton Mayo, che intendeva trasferire all'ospedale le problematiche e le tecniche sviluppate nel mondo industriale secondo la prospettiva della psicologia sociale (potere e autorità, meccanismi decisionali, divisione del lavoro e processi di cambiamento, soddisfazione e assenteismo, ecc.)
- Nel contesto sociologico europeo gli studi sull'ospedale come organizzazione nascono con la riflessione sul fenomeno burocratico nelle società moderne di Max Weber (1922). Secondo Weber la burocrazia esprime il potere di tipo «legale-razionale» in cui:
 - l'autorità è fondata sulla competenza (non sulla tradizione o carisma)
 - Il potere è gerarchizzato
 - le regole sono impersonali
 - gli obiettivi sono prefissati
 - si afferma la divisione del lavoro
 - c'è alto grado di specializzazione di responsabilità, diritti, autonomia
- Ma cosa succede veramente in una tale istituzione?

2.1 Dualismo dell'autorità, complessità dell'istituzione

Secondo alcuni autori (Smith 1958, Freidson 1970) nell'ospedale emergono due linee di autorità (modello della burocrazia professionale):

- *Profana (linea d'autorità amministrativa)*
- *Professionale (linea d'autorità medica)*

Il secondo asse è più problematico perché il medico è socio-giuridicamente responsabile dei suoi pazienti e gode di una indipendenza socio-economica in rapporto all'ospedale, quindi tende a esercitare il potere in modo carismatico, sfidando le regole amministrative e sovvertendo le *routine*. Questo dipende anche dal fatto che il medico può invocare l'urgenza, imponendo autorità e autonomia...

- Questo modello di analisi, descritto molto bene da Mintzberg (1982), è perfetto per il funzionamento dell'ospedale in un contesto di grande prosperità economica (fino a metà anni Settanta), essendo basato sul costo giornaliero del paziente, con servizi di grandi dimensioni indipendenti gli uni dagli altri: in questa situazione amministratori e medici hanno grandi privilegi, la logica professionale prevale su quella gestionale e tutti sono liberi di agire per obiettivi individuali...
- **Questi modelli non sono sufficienti per fare un'analisi macrosociale**

2.2 L'ospedale e il suo ordine negoziato

Il modello di Strauss (1963, 1992) sposta l'attenzione sui processi di negoziazione: nell'ospedale convivono professionisti di varia estrazione che devono conciliare i propri obiettivi con quelli istituzionali e con le aspettative di malati e famiglie → l'analisi si focalizza sulle interazioni tra le varie categorie piuttosto che sulle posizioni gerarchiche (influenza della psicologia sociale interazionista di G. H. Mead). Il cuore delle attività è retto da negoziati e compromessi, pertanto il sistema delle regole è poco strutturato, la loro applicazione non è meccanica...

L'*ordine negoziato* di Strauss tiene in grande considerazione anche il cosiddetto personale «profano», soprattutto nello scambio di informazioni relative ai malati, i quali prendono parte alle contrattazioni con profani (comfort, cibo), infermieri (visite, calmanti) e medici (diagnostica, dimissioni), soprattutto i pazienti ospedalizzati cronici

- Secondo questa prospettiva una sociologia puramente organizzativa non può spiegare cosa accade veramente dentro un ospedale, le relazioni sociali non possono essere studiate solamente in termini di gerarchie e soprattutto di opposizione personale/pazienti
- Nella teoria dell'*ordine negoziato* le organizzazioni complesse come l'ospedale sono interpretabili come strutture di attori interagenti...

2.3 L'analisi strategica applicata all'ospedale

2.4 L'«ospedale stratega»

Dopo la fine del «trentennio glorioso» (1945-1975) gli ospedali sono costretti ad adattarsi a decisioni esterne sulle quali non hanno alcun potere, soprattutto per la razionalizzazione della spesa (degenza, ticket ospedaliero, piattaforme tecniche comuni, riorganizzazione in dipartimenti, ecc.) → con il nuovo modello si può parlare di *ospedale stratega* (Contandriopoulos e Souteyrand 1996), superando il tipo di istituzione chiusa di tipo burocratico-professionale influenzata soprattutto dai medici, integrandosi in una rete sanitaria più complessa (centri ospedalieri universitari, medici in libera professione, settore privato in espansione, funzione manageriale sempre più determinante)

- Con le politiche di controllo della spesa sanitaria la presa in carico dei malati diventa più varia, l'ospedalizzazione più breve (day hospital) e accompagnata da consulti specialistici esterni
- L'ospedale generale ha dovuto adattarsi a un contesto di predominio biomedico e tecnologico, con una crescente competizione tra pubblico e privato (fenomeno della specializzazione competitiva)

2.5 Le reti di salute

Il concetto di rete ha contribuito notevolmente a rinnovare la sociologia delle organizzazioni → secondo Degenne e Forsé (1994) la teoria di rete è un nuovo paradigma delle scienze sociali, anche in relazione alle *reti sociotecniche*, in cui gli attori individuali e collettivi possono anche essere non umani...

- Il modello operativo passa da verticale a trasversale (con iniziative come le «reti città-ospedale» che si sono sviluppate in settori disparati come l'alcolologia, la gerontologia, l'oncologia, la nascita, le cure palliative)
- Tutto ciò ha la sua matrice operativa nella «sociologia delle reti»

Attualmente (anni duemila), in campo sociologico, le ricerche non riguardano più l'ospedale come organizzazione o istituzione, ma partendo dai pazienti che vi soggiornano e ricevono cure e dai professionisti che ci lavorano (come si vedrà nei prossimi capitoli...)

Parte seconda: L'attività medica

3. Il medico: controllore sociale o imprenditore morale

La riflessione sociologica su sanità, malattia e medicina:

- Tradizione funzionalista: Talcott Parsons all'interno del lungo trattato *Il sistema sociale* (1951) scrive un capitolo intitolato «Struttura sociale e processo dinamico: il caso della pratica medica moderna». Secondo questa prospettiva le professioni mediche sono un elemento centrale dello sviluppo della società, nella loro funzione essenziale di controllo sociale
- Tradizione interazionista: Edwin Lemert pubblica (1951) un volume intitolato *Social Pathology* in cui le professioni mediche sono viste come un mestiere fra gli altri (occupazioni in cerca di *status*, nei confronti delle quali non si dovrebbero creare apologie...)

Entrambe le tradizioni si contrappongono sul tema della formazione

3.1 Formazione e socializzazione dei medici

- Funzionalismo: Merton, Reader e Kendall (1957) sostengono che gli studi universitari forniscono non solo competenze tecniche ma anche le esigenze e le norme che assicurano il controllo attraverso l'azione dei medici/docenti (socializzazione dalla cultura universitaria alla cultura professionale → ruoli stabiliti nelle strutture sociali)
- Interazionismo: non è la scienza a fare il medico, bensì la sua *iniziazione* a tale status → gli studenti elaborano collettivamente una cultura sul senso e l'intensità del loro apprendistato, si *convertono* a un modo nuovo di vedere il mondo, concluso col titolo di medico... Questa prospettiva non attribuisce la persistenza della cultura alla trasmissione intergenerazionale, ma alla risposta a esigenze e obiettivi condivisi (negoziante tra problemi immediati/progetti futuri)
- Secondo Merton (funzionalismo) gli studenti di medicina sono socializzati nel ruolo di medici attraverso un'anticipazione della loro pratica futura (medico come «controllore sociale»)
- Secondo Becker (interazionismo) è l'iniziazione allo statuto professionale che fa il medico (*Boys in White*, 1961) perché il soggetto recita la propria parte per essere accettato in una comunità professionale di tipo negoziale (medico come «imprenditore morale»)

3.2 La malattia: devianza biologica e sociale

Secondo i funzionalisti, soprattutto Parsons, la malattia è vista come una devianza biologica, rispetto alle norme della salute, che si trasforma anche in devianza sociale in quanto minaccia per l'equilibrio sociale... L'obiettivo dell'attività medica è sradicare questa anomalia attraverso il processo logico diagnosi/rimedio per ristabilire lo stato di buona salute

- Esiste un contratto professionale che lega il paziente al medico, in cui quest'ultimo stabilisce ciò che è desiderabile e ciò che non lo è nel quadro di questa relazione: in tale prospettiva si effettua il passaggio dal biologico al sociale
- Dal punto di vista sociologico la malattia è vista dai funzionalisti come uno *stato sociale deviante*, indotto da un *comportamento* legato a uno stato biologico carente (infatti il malato vive un'esperienza che lo obbliga a modificare le proprie abitudini)
- Pertanto la malattia subisce un processo di oggettivazione sociologica che permette di considerarla come uno stato sociale e quindi inserirla nel quadro più generale del funzionamento della società: è la «teoria della devianza applicata alla malattia» (1951) per cui la malattia è una disfunzione e una minaccia per la stabilità...

3.3 I ruoli sociali nella relazione terapeutica

Definizione dei diritti/doveri di malati e medici: le critiche rivolte all'analisi funzionalista (variazioni del comportamento, tipo di malattia, relazione medico/paziente, orientamento per il comportamento delle classi medie)

- età, sesso, istruzione, etnia sono elementi che producono una definizione molto varia del ruolo di malato e delle sue reazioni
- Parsons si basa solamente sulla descrizione della malattia acuta, in cui la passività del paziente e l'autorità del medico sono massime. Nel 1975 egli riprende anche il tema della malattia cronica (es. diabete) a patto che il paziente possa condurre un'esistenza normale (escluse quelle degenerative, cui non compete il ruolo di malato)
- La relazione medico/paziente è semplicistica: si concentra sul «gabinetto medico» senza tenere in considerazione ciò che accade in situazioni più complesse (es. l'ospedale coi suoi vincoli organizzativi, il domicilio del malato con famiglia, vicini, ecc.). Non bada alla differenza tra terapia (autorità) e prevenzione (persuasione)
- Le classi popolari sono meno informate, danno meno importanza ai sintomi, sono più scettiche e l'accesso alle cure è ripartito in modo disuguale: il «ruolo di malato» è cucito da Parsons sulle classi medie, più disinvolute e impegnate a favore dei valori della buona salute...

3.4 Il medico come controllore sociale

Secondo questa prospettiva la medicina, soprattutto nelle società occidentali, è misurata sulla base del concetto di «medicalizzazione» perché molti problemi sociali sono visti come problemi medici: comunicando e rappresentando le norme sanitarie il medico ha la funzione essenziale di «controllore sociale» in quanto controlla la devianza prodotta dalla malattia → in risposta alle varie critiche rivolte alla posizione dei funzionalisti, Eliot Freidson pubblica nel 1970 un'opera fondamentale: *Profession of Medicine*, che segna la fine del conformismo parsonsiano (due assi teorici: devianza e relazione terap.)

3.5 Interazionismo, devianza e medicina

Freidson parte dalla constatazione che la medicina domina professionalmente le definizioni tipiche del suo oggetto (malattia), quindi il sociologo deve fondarsi necessariamente sulle concezioni mediche dei disturbi, non può inventare eziologie e concezioni proprie → per liberare lo sguardo sociologico da questo dominio professionale Freidson propone un approccio «situazionale» che impone una riflessione sul *significato* di uno stato, non sullo stato stesso...

- Questo approccio parte dai lavori di Becker e Lemert (anni '60) sul concetto di devianza sociale, in base ai quali il fatto che un atto sia deviante dipende dalla reazione degli altri: il ruolo sociale di deviante non risiede nell'individuo ma nel processo che crea le regole di questa attribuzione nei confronti di certe azioni e/o persone...
- **La devianza è negli occhi di chi guarda**: nel funzionalismo il ruolo di controllore sociale attribuito al medico è un *effetto* della devianza legata alla malattia, nella cosiddetta «teoria dell'etichettamento» interazionista, questo controllo diventa la *causa* dell'attribuzione al malato dello status di deviante, quindi è importante studiare sia chi definisce la devianza che il deviante stesso (situazione/interazione)
- La malattia passa dallo stato biologico a quello umano e sociale quando il medico *assegna il significato* di malattia a un disturbo o affezione, modificando la condotta del soggetto: **la medicina diventa una delle forme di reazione sociale alla devianza, un'impresa morale**
- Freidson sottolinea che a un comportamento che si disapprova si dà sempre più spesso il significato di malattia che esige trattamento piuttosto che di crimine, oppressione o peccato: la medicina progressivamente sostituisce il diritto e la religione
- La designazione di una malattia comporta un giudizio morale: quando il medico dice che l'alcolismo è una malattia, è un «imprenditore» morale come il prete che dice che è un peccato...

3.6 Professione, autonomia e competenza

Secondo Freidson la base della professione medica è l'auto-regolamentazione, ma la medicina moderna (anni '70) si esercita attraverso una rete di *relazioni organizzate*: la «rete dei colleghi» è il prototipo del dispositivo informale che regola l'esercizio (qualcosa di intermedio tra singolo studio medico e organismi burocratici come gli ospedali, quindi non solo la relazione medico/paziente...)

- Nell'approccio situazionale tipico dell'interazionismo più che la deontologia e le conoscenze tecniche conta l'ambiente di lavoro e le sue norme (studi medici e ospedali seguono modelli molto diversi)
- In questo approccio la relazione medico/paziente è molto più variabile, perché il malato è un attore centrale, il modello non è più medico-centrico (es. la pratica individuale dipende dal cliente laddove la pratica all'interno di una organizzazione dipende solo dai colleghi): si produce un conflitto tra norme professionali e norme profane...
- In contrasto col modello consensuale di tipo funzionalista (unità di fini tra medici e pazienti) il modello conflittuale mette in luce mondi differenti che negoziano valori e norme nell'interazione
- Howard Becker sostiene che le professioni (medico) acquistano il monopolio e il controllo sul proprio lavoro, in antitesi completa con i lavori comuni: si pone il tema delle limitazioni di potere...

4. Oltre i medici: gli altri gruppi professionali nel mondo della medicina

4.1 Lavoro infermieristico e socializzazione professionale

I primi lavori sulle infermiere furono pubblicati da Everett Hughes (1951, 1958), che riprende il tema della socializzazione professionale come *iniziazione e conversione* della persona a un nuovo modo di vedere...

Fred Davis (1968) affina questo modello in sei tappe:

- *Innocenza iniziale*: credenza negli stereotipi profani tradizionali, bontà e amore verso coloro che soffrono, cura come «azione», ecc.
- *Riconoscimento dell'incongruità*: scontro con la realtà attraverso i rapporti con i docenti, divario tra aspettative e mondo professionale
- *Consapevolezza*: risposta alle aspettative degli altri, quadro cognitivo
- *Simulazione del ruolo*: è la continuità e attuazione della consapevolezza, è l'accettazione del ruolo con la piena coscienza
- *Interiorizzazione provvisoria*: insuccesso nell'integrare gli orientamenti di ruolo che guidano l'azione dell'allieva infermiera
- *Interiorizzazione stabile*: ultima tappa della «conversione dottrinale» in cui le allieve incorporano il ruolo professionale ignorando certi aspetti del vecchio «io» profano alla luce del nuovo io professionale

4.2 Divisione del lavoro medico e mestieri paramedici

Secondo Freidson (1970) la divisione del lavoro medico è frutto della pressione della professione dominante, il cui controllo ha quattro caratteristiche non solo tecniche, ma anche di tipo sociologico:

- La maggior parte del sapere paramedico, così come l'insegnamento, appartiene al sapere medico
- Il lavoro consiste soprattutto nella diagnosi e nella scelta del trattamento (gli atti tecnici sono complementari alla diagnosi)
- Gli impieghi sono subordinati alla richiesta e controllo del medico
- Il prestigio sociale dei mestieri paramedici è minore di quello medico

Tra tutti i mestieri, quello dell'infermiere è il più complesso perché la loro condizione li obbliga ad affiancare quotidianamente il corpo medico nel quadro dell'ospedale moderno, in cui l'interdipendenza delle professioni è alta (Strauss, 1985) e tutti devono perseguire i propri interessi...

→ Negli anni dal 1995 in poi gli studi sociologici sulla professione infermieristica si sono moltiplicati: rispetto al «lavoro emotivo» (Drulhe, 2000), al «lavoro sentimentale» (Lépinard, 2000), al *burn out* (Loriol, 2000), all'inquadramento terapeutico (Dembinski, 2000), alla specializzazione in salute mentale (Jaeger, 1994), ai «rapporti umani»...

4.3 Quando è il «lavoro sporco» a fare il mestiere...

...è il titolo dell'articolo che Arborio (1995) ha dedicato agli inservienti nel mondo professionale dell'ospedale, il cosiddetto «personale invisibile»

- Si tratta di un lavoro individuale intorno al malato che non può essere assimilato a quello degli altri professionisti sanitari (soprattutto medici e infermieri) ma che richiede competenze particolari in quanto «lavoro sull'uomo» (Goffman, 1961): igiene e comfort dei degenti, lavaggio e vestizione del malato, cura degli ambienti, nutrizione, pulizia e sterilizzazione degli strumenti, ecc.
- Secondo un lavoro successivo di Arborio (2001) il «lavoro sporco assoluto» garantisce all'inserviente la costruzione di relazioni privilegiate con i malati in quanto lavoro delegato secondo una scala gerarchica di «contatto con la sporcizia» che determina la differenza di status (medico → infermiere → inserviente → personale di pulizia)

5. Sociologia dell'attività sanitaria: i medici e i pazienti

Qual è il posto del paziente all'interno della divisione sociale del lavoro in medicina? Questo capitolo si focalizza sulle ricerche intorno alla situazione dei pazienti, alla loro partecipazione all'organizzazione delle cure, molto spesso trascurata sia dai medici che dai sociologi...

5.1 L'emergere del concetto di persona in medicina

5.2 Una medicina della persona totale

Più o meno dalla metà del secolo scorso lo sguardo medico si arricchisce di una riflessione sul «punto di vista del malato», l'esperienza soggettiva del paziente (medicina olistica): si fonde così il discorso medico col discorso di compassione, ridefinendo il concetto di malato, medico e malattia con una riorganizzazione della pratica sanitaria...

→ Un esempio classico di questa nuova ottica è la cosiddetta «medicina del dolore»: in questo caso il dolore cronico acquisisce lo status di malattia in cui l'esperienza della persona è allo stesso tempo oggetto d'indagine e strumento di lavoro. Secondo Baszanger (1995) il dolore è un comportamento disadattivo che produce un «nuovo» paziente...

- Il progetto della medicina (*homo medicus*) tende a dotare le persone di un rapporto nuovo tra corpo e spirito in una fase in cui le scienze biomediche esercitano un impatto crescente sollevando numerosi interrogativi etici (diagnostica preventiva, trapianti d'organi, fecondazione artificiale, ecc.)

5.3 Il posto dei pazienti nell'etnografia sociologica medica

Le prime etnografie ospedaliere sono state dedicate alle istituzioni psichiatriche negli anni '50, per allargarsi negli anni '60 all'ospedale generale in una prospettiva «militante» che criticava il sistema di sottomissione all'autorità medica → La ricerca di Duff e Hollingshead (1968) sull'ospedale americano si concentra sulla missione dell'ospedale e sull'analisi delle disparità tra medici e pazienti: è un vero e proprio atto d'accusa verso la disuguaglianza sociale e l'insuccesso terapeutico...

- Negli anni successivi il tema del contesto sociale di presa in carico è stato praticamente bandito, lasciando spazio a studi meticolosi su unità a elevata specializzazione (pronto soccorso, maternità, ecc.) oppure sulla comunicazione tra medici e pazienti fuori dell'ospedale
- Sempre meno interesse per la cultura dei pazienti come collettività, l'esperienza dei quali si è via via individualizzata e privatizzata...

5.4 Il lavoro dei pazienti secondo Strauss

Nella seconda metà del secolo scorso si sviluppa un modello di ricerca qualitativa chiamata *grounded theory* («teoria radicata», basata sui fatti) che soprattutto grazie a Strauss pone il paziente come partecipe dell'attività medica: a questo proposito si parla di osservazione *in situ* (analisi empirica dell'azione di natura induttiva). L'autore sostiene che il paziente ospedaliero sia un vero e proprio «lavoratore» scarsamente riconosciuto, ma che il suo contributo alle proprie cure è parte integrante della divisione e dell'organizzazione del lavoro medico...

5.5 Una sociologia dell'«in situ»

Questa tradizione dell'osservazione partecipante, e l'influenza di Hughes, ha progressivamente egemonizzato la sociologia della salute:

- Goffman, in *Asylums* (1961) e Freidson si ispirano a *Men and their...*
- Fred Davis (1963) sul processo personale nella poliomelite
- Roth (1963) affronta il tema dell'impiego del tempo, in *Timetables*
- Ménoret (1999) sull'incertezza e sui tempi nella cura oncologica
- Cicourel (2002) sviluppa un approccio socio-cognitivo analizzando i flussi di autorità attraverso l'attività linguistica → limiti del paziente

Parte terza: Malati e malattia

6. Malattie croniche e normalizzazione

La malattia cronica ha un inizio che può coincidere con l'inizio della vita (malattie genetiche come l'emofilia), oppure manifestarsi più tardi (come la sclerosi a placche): la grande diversità di queste malattie è l'impatto che hanno non solo dal punto di vista scientifico ma anche da quello economico e sociale...

- In Gran Bretagna e Francia i primi studi sulle malattie croniche appaiono negli anni '80, mentre negli USA già dai primi '60
- Gli studi sulle malattie croniche oramai sono molto diffusi, anche perché il loro peso nei paesi occidentali diventa proporzionalmente maggiore dopo la diffusione degli antibiotici nel secondo dopoguerra
- Tuttavia la genesi della categoria *malattia cronica* ha interpretazioni diverse in quanto «produzione medica storicamente datata»

6.1 La genesi di una categoria: dalla medicina alla sociologia

Secondo il sociologo David Armstrong (1990) la categoria «malattia cronica» è un prodotto della tecnica del questionario epidemiologico tipico degli USA tra le due guerre, e sarebbe un prodotto dello «sguardo medico» → non una scoperta dell'inchiesta ma un'invenzione del ricercatore socio-sanitario che domanda alla popolazione: siete malati? (malattia di lunga durata / invalidità / handicap / infermità)

La sociologa tedesca Uta Gerhardt (1990) sviluppa il lavoro di Armstrong, mettendo in evidenza che le prime ricerche dedicate alle conseguenze personali e sociali delle malattie di lunga durata derivano direttamente dalla corrente interazionista (Davis; Roth → già citati)

Dalla metà degli anni '70 l'interesse dei sociologi per le malattie croniche diventa più sensibile e le ricerche svolte in questo ambito hanno una prevalente metodologia qualitativa e microsociologica (grounded), anche orientata all'analisi della conversazione e narrativa (etnometodologia). Secondo la Gerhardt emerge una terza linea di pensiero con le cosiddette «ricerche biografiche» → resta certo che il peso di queste malattie si accentuerà grazie a due fattori: 1) invecchiamento della popolazione e 2) progressi terapeutici (diabete, insufficienza renale, ecc)

6.2 Malattia cronica e «normalizzazione»: un rapporto da ridefinire

Se la medicina non può guarire, allora si propone di «normalizzare» le situazioni (incoraggiare a vivere nelle condizioni più normali possibile).

Il termine «normalizzazione» in questo contesto può essere utilizzato:

- Come strategia dalle persone malate (adattamento)
- Come modello di comportamento dai medici (naturalizzazione)
- Come concetto analitico dai sociologi (istituzionalizzazione)

Il primo uso sociologico del termine fu utilizzato da Charlotte Schwartz (1957) in uno studio sulle mogli di uomini malati di mente, ma è presente anche nello studio di Davis (1963) sulla reazione delle famiglie alla poliomielite dei bambini: in entrambi i casi la normalizzazione familiare è presentata come un processo rintracciabile attraverso diverse strategie destinate a minimizzare l'impatto sociale della malattia o della disabilità.

→ Goffman (1963) aggiunge la nozione di «normificazione», ossia gli sforzi di una persona stigmatizzata per presentarsi come uno qualsiasi.

7. Vivere con una malattia cronica

8. L'AIDS nello spazio pubblico

Le reti di Caino: uno studio sulla violenza relazionale

Negli ultimi anni il tema della violenza privata nelle relazioni di genere, ma più in generale il tema del rapporto tra i sessi, ha goduto di un notevole impulso. Approcci di analisi empirica più comuni:

- ricerche finalizzate all'analisi statistica e giuridica dei fatti notevoli da un punto di vista criminologico, anche focalizzate sui processi di vittimizzazione e quindi sui profili individuali dei soggetti esposti ai rischi più elevati e dei soggetti maltrattanti (PARADIGMA VITTIMOLOGICO)
- ricerche di tipo biografico-descrittivo, condotte con metodi prevalentemente qualitativi o basati sul resoconto giornalistico, sulle storie di vita delle vittime, soprattutto in relazione a casi di cronaca dotati di grande impatto nelle dinamiche della comunicazione
- ricerche in cui viene utilizzato il concetto di comunità a fini operativi, anche se prevalentemente declinato nei termini dei referenti territoriali e organizzativi delle reti di servizi alla persona (servizi sociali degli enti locali, consultori per la famiglia e l'adolescenza, forze dell'ordine, centri antiviolenza, ospedali, ecc.)

- In questa sede l'orientamento teorico e operativo che si intende privilegiare si focalizza sulla tradizione dell'analisi strutturale del comportamento, ampiamente riferibile a costrutti sociologici non di rado trascurati come la teoria sociometrica dei ruoli di Jacob Levy Moreno [1953], la nozione di interdipendenza dinamica di Kurt Lewin [1972] e l'ordine dell'interazione di Erving Goffman [1998].
- Come direttore di ricerca già dal 1932 presso la *Hudson School for Girls* a New York, comunità di recupero per giovani donne devianti, Jacob Levy Moreno elaborò originariamente la Sociometria, metodo di analisi sociologica in ambito gruppale che introduce nello studio della relazionalità gli strumenti misurativi tipici delle scienze matematiche e statistiche, applicandola a un'ampia casistica di marginalità sociale le cui protagoniste presentavano profili comportamentali fortemente a rischio di violenze attive e passive.
- Oggi tutti questi contributi sono confluiti nel più moderno PARADIGMA DI RETE (Social Network Analysis o Analisi delle reti sociali), che si è dotato di un'ampia famiglia di metodi e tecniche di indagine sempre più sofisticate e sostenute dallo sviluppo di software

Secondo questa prospettiva la *violenza di genere* (psicologica, fisica, sessuale) è più agevolmente definibile come *violenza relazionale*, in quanto espressione della scarsa integrazione del soggetto abusato nei vari contesti del ciclo di vita, e dell'incapacità, almeno temporanea, di fronteggiare le situazioni a rischio (affettive, familiari, lavorative) ottenendo sostegno dalle proprie cerchie sociali, e non solo dal circuito istituzionale innescato dall'evento abusante (come nella vittimologia...)

- La tecnica privilegiata in questa ricerca è la «Personal Network Analysis (PNA)», che intende ricostruire, in base agli obiettivi di volta in volta prefissati, la rete delle relazioni personali di ciascun attore sociale, con lo scopo di valutare le qualità dei diversi legami esistenti (direzione, segno, peso, etc.) e di identificare le caratteristiche morfologiche della rete stessa, anche in presenza di relazioni patologiche e disfunzionali
- «Il focus dell'analisi non è l'individuo, ma la sua rete (i cui confini sono delineati dall'oggetto specifico della ricerca: amici, conoscenti, persone a cui si chiede un aiuto, le persone “con cui si discute delle cose importanti della vita”, colleghi e conoscenti che consentono di raggiungere obiettivi che da soli non si riesce a perseguire» (Di Nicola)

In questo contributo si propone pertanto una nuova chiave di lettura di quel particolare aspetto della violenza privata che troppo spesso viene tradotto in “violenza di genere” oppure “violenza contro le donne”, infatti ciò che più conta nella dinamica della *violenza relazionale* non è tanto il genere delle vittime e dei carnefici quanto la forma e la composizione delle reti sociali in cui gli attori sono inseriti e lo status che vi occupano i soggetti più significativi

- → «Il reato è un fenomeno relazionale perché avviene, nella gran parte dei casi, tra soggetti che intrattenevano una relazione precedente, ma soprattutto perché soltanto ricostruendo quella relazione sarà possibile individuare criminogenesi e criminodinamica del reato. L'ottica relazionale non vuole certo tradire la visione vittimologica, né tantomeno attribuire responsabilità alla vittima per quanto accadute. Al contrario, studiare la relazione significa riconoscere e dare dignità a quel soggetto che fino a qualche decennio fa era completamente invisibile agli occhi delle stesse scienze criminologiche.» (Monzani, Giacometti, 2018: 12)
- Per questo motivo è molto importante confrontarsi con il lavoro svolto dai Centri Antiviolenza sul territorio, verificare se questo modello operativo è riconosciuto e utilizzato nell'attività quotidiana dei centri

1. Fonti statistiche e ricerca empirica sulla violenza relazionale in Italia

Tra le iniziative più rilevanti sul piano istituzionale va segnalata soprattutto la costituzione di una commissione parlamentare con lo scopo di svolgere indagini sul fenomeno del femminicidio e sulla violenza di genere in Italia

- Trattasi della Commissione parlamentare d'inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere, meglio nota come “Commissione Femminicidio”, istituita nel 2017. La seconda Commissione viene istituita con la Delibera del Senato della Repubblica del 16/10/2018. Tra le attività più importanti finora svolte figura un lungo report di dati ottenuti da procure, tribunali, corti d'appello e altri referenti, presentato in Senato il 6 Febbraio 2018.
- Rispetto ai parametri della copertura statistica e dell'ampiezza delle aree tematiche esplorate, la fonte più importante per reperire dati e informazioni su scala nazionale, unitamente ai rapporti della già citata Commissione Femminicidio del Senato, è data dalla collaborazione tra l'Istituto Nazionale di Statistica e il Dipartimento delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio.

Tab.1.1 – ISTAT: articolazione del quadro informativo integrato sulla violenza contro le donne in Italia

<i>Macroarea</i>	<i>Aree tematiche</i>
Il contesto	Normativa internazionale Normativa italiana Politiche Definizioni e indicatori
Il fenomeno	Violenza dentro e fuori la famiglia Violenza sul luogo di lavoro Omicidi di donne Stereotipi
La fuoriuscita	Numero verde 1522 Centri antiviolenza e case rifugio Programmi per gli autori di reato
Il percorso giudiziario	Denunce Forze di Polizia Procedimenti definiti in Procura Condanne Detenuti
La prevenzione	Campagne di sensibilizzazione Attività istituzionali
Esperienze internazionali	Studi e approfondimenti Cosa si fa nei singoli Paesi

Nella relazione finale della Commissione Parlamentare sul Femminicidio, comunicata alla Presidenza il 5 Marzo 2018 (Relatrice: Sen. Francesca Puglisi) si fa ampiamente ricorso alle indagini condotte dall'ISTAT nel 2006 e nel 2014, quest'ultima perfezionata con aree tematiche relative allo stalking, alle donne straniere e disabili e al fenomeno dello stupro. Le informazioni rilevate, riferisce in sede di audizione Laura Sabbadini, Direttrice del Dipartimento delle Statistiche Sociali e Ambientali dell'ISTAT dal 2011 al 2016, sono molto dettagliate:

- 1. diffusione del fenomeno nelle sue principali caratteristiche di violenza fisica, sessuale, psicologica, economica, stalking;
- 2. individuazione del periodo in cui si è verificata la violenza, nel corso della vita o nei dodici mesi o altro intervallo temporale relativo all'ultimo fatto avvenuto;
- 3. le caratteristiche delle vittime;
- 4. la reazione delle donne all'episodio di violenza e i costi sociali della violenza in termini di conseguenze fisiche, psicologiche ed economiche;

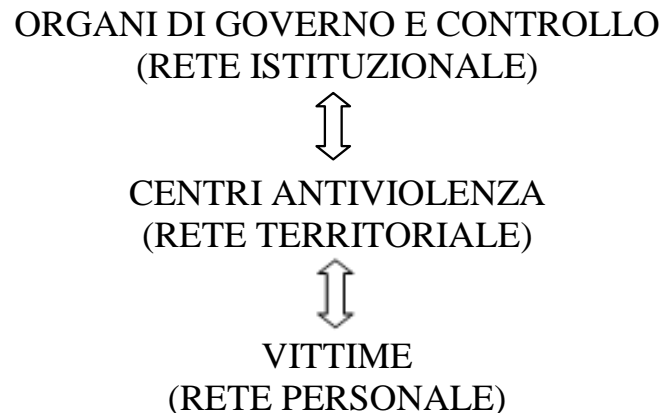
- 5. le caratteristiche degli autori delle violenze, con particolare attenzione agli autori delle violenze in famiglia;
- 6. la distinzione tra parte sommersa e denunciata e ragioni della denuncia e della non denuncia; la dinamica della violenza e la relazione nella coppia nei casi di violenza in famiglia; i fattori di rischio della violenza (abuso di alcool, violenza assistita da piccolo dell'autore, violenza assistita da piccola da parte della vittima);
- 7. la violenza assistita da parte dei figli che crea i presupposti del suo perpetrarsi nel futuro, essendo più probabile per un maschio che ha assistito alla violenza della propria madre diventare autore di violenza a sua volta e per una femmina di diventare vittima;
- 8. la violenza subita prima dei sedici anni.

Attualmente l'indagine è stata di nuovo finanziata dal Governo attraverso il Piano antiviolenza e sarà completata dall'ISTAT nel biennio 2019-2020 a distanza di cinque anni dalla precedente. È utile aggiungere che in precedenza, a partire dal 1997, l'ISTAT aveva inserito in un modulo dell'indagine multiscopo sulla sicurezza dei cittadini alcuni quesiti su molestie e violenze sessuali e su ricatti sessuali in ambito lavorativo.

[<https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne>] → consultare dati sul testo...

2. Nota metodologica e analisi di fattibilità

La struttura dei processi interpersonali che fanno da sfondo agli episodi di violenza è spesso un aspetto inafferrabile del problema, non solamente nel caso eclatante del femminicidio ma anche rispetto a fatti apparentemente meno offensivi, come la subordinazione psicologica. Infatti il macro-dato offerto dalle statistiche ufficiali non sempre riesce a discriminare la testimonianza delle vittime nel quadro della criminogenesi dell'evento abusante, sul piano della storia personale e delle reti sociali di appartenenza. Le strutture intermedie come i Centri antiviolenza svolgono un ruolo di filtro tra la politica sociale, la sua pianificazione e la gestione individuale dei processi di fuoriuscita dalla violenza:



→ Il frame teorico: le componenti espressive e sociali della devianza

L'atto di violenza relazionale deve essere inquadrato come comportamento dotato di significato e di intenzione sia per l'autore che per la vittima, quindi sempre radicalmente contestuale, interattivo e controllato socialmente, come anche si sostiene nella *Teoria dell'azione deviante comunicativa* proposta da De Leo e Patrizi. C'è una dimensione comunicativa alla base di ogni azione deviante, i cui effetti espressivi saranno individuati in 4 categorie che gli attori anticipano attraverso atti:

- 1. gli *effetti Sé*, ossia gli effetti che l'azione produce sul sistema agente e sulla sua organizzazione;
- 2. gli *effetti di relazione*, che possono riguardare la vittima o altri sistemi, ad esempio per confermare appartenenza, autonomia, conflitto o particolari ruoli di vantaggio;
- 3. gli *effetti di controllo*, orientati alle agenzie di controllo informali (famiglia, gruppi) e formali (istituzioni, forze dell'ordine) e alle norme (formali e non), alcune delle quali dovranno ovviamente essere trasgredite;
- 4. gli *effetti di cambiamento*, che definiscono la funzionalità della devianza rispetto al mantenimento di un equilibrio o alla ricerca di una perturbazione del sistema.

In questa circostanza è stato condotto uno studio di fattibilità basato sull'analisi degli egonetwork (comunità personali), una tecnica speciale di rilevazione sempre più utilizzata nel campo della SNA, la cui principale caratteristica consiste nel porre al centro della rete un soggetto di ancoraggio (ego) – generalmente l'attore sociale intervistato – che in base ai criteri sociometrici fissati dall'analista avrà il compito di ricostruire il network e le sue proprietà. Secondo le procedure più diffuse il colloquio si articola in quattro sezioni (vedi anche lo schema di intervista riportato in appendice):

- 1. *Ego Questions*: domande finalizzate a rilevare caratteristiche significative della persona intervistata;
- 2. *Alter Prompt*: detto anche *Name Generator*, è l'elenco degli attori sociali inclusi nella rete in base a criteri prefissati;
- 3. *Alter Questions*: domande finalizzate a rilevare caratteristiche significative degli attori nominati e dei legami con essi intrattenuti, fondamentali per le statistiche di composizione del network;
- 4. *Alter Pair*: domande finalizzate a rilevare il livello di interconnessione degli attori nominati, fondamentali per le statistiche strutturali del network.

Il questionario relazionale è stato costruito e analizzato con il software EgoNet©

→ Questions of type: Ego

1) Text: Età in anni compiuti

Answer Value: _____

2) Text: Titolo di studio conseguito

Possible selections:

- Nessun titolo (index=0,value=-1)
- Scuola primaria (index=1,value=-1)
- Scuola secondaria (index=2,value=-1)
- Laurea (index=3,value=-1)

3) Text: A quale periodo risale l'inizio delle violenze?

Possible selections:

- Anno in corso (index=0,value=-1)
- Ultimi tre anni (index=1,value=-1)
- Più di tre anni (index=2,value=-1)

4) Text: Prevalentemente, di che tipo di violenza si trattava?

Possible selections:

- Fisica (index=0,value=-1)
- Psicologica (index=1,value=-1)
- Economica (index=2,value=-1)

5) Text: Chi era l'autore della violenza?

Possible selections:

- Partner (index=0,value=-1)
- Ex partner (index=1,value=-1)
- Familiare (index=2,value=-1)
- Conoscente (index=3,value=-1)

6) Text: Attualmente ha una relazione affettiva, anche non stabile?

Possible selections:

- Sì, e ne sono soddisfatta (index=0,value=-1)
- Sì, ma non mi soddisfa in pieno (index=1,value=-1)
- No, ma desidero averne (index=2,value=-1)
- No, e non desidero averne (index=3,value=-1)

→ Questions of type: Alter Prompt

- Title: Rete personale (indicare le 5 persone “core” nel periodo di violenza conclamata, incluso eventuale autore)
- (1 _____)
- (2 _____)
- (3 _____)
- (4 _____)
- (5 _____)

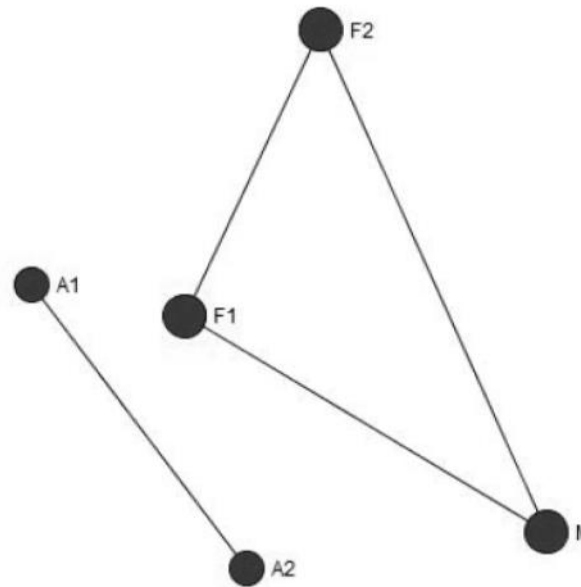
→ Questions of type: Alter

	Genere (M/F)	Età	Titolo di studio	Tipo di legame	Intensità legame
(1)					
(2)					
(3)					
(4)					
(5)					

→ Questions of type: Alter Pair (soglia di connessione: conoscenza e frequenza regolare: NO/SI)

	(2)	(3)	(4)	(5)
(1)				
	(2)			
		(3)		
			(4)	

Ogni singola intervista genera un egonetwork (sociogramma personale):



Il grafico precedente è associato alla prima intervistata (D1)

Tab.3.1 – Misure strutturali e tipologia di Broker relative ai singoli egonetwork

<i>Intervistata (età / titolo di studio)</i>	<i>Ampiezza</i>	<i>Cliques</i>	<i>Compo</i>	<i>Broker</i>
D1 (33 / secondaria)	5	1	2	M-familiare
D2 (31 / laurea)	4	1	2	A1-amicale
D3 (56 / primaria)	5	-	3	PA-familiare
D4 (54 / primaria)	3	1	1	P1-amicale
D5 (49 / secondaria)	5	1	2	FE-familiare
D6 (34 / laurea)	5	-	3	E-amicale
D7 (50 / primaria)	5	-	4	S-familiare
D8 (31 / laurea)	5	-	1	C-familiare
D9 (28 / laurea)	4	1	1	B-amicale
D10 (25 / secondaria)	4	1	2	B-amicale
Età media: 39				

- *Ampiezza*: corrisponde semplicemente al numero di individui nominati, che nella fattispecie era limitato ad un massimo di 5;
- *Cliques*: nel linguaggio della SNA, una *clique* corrisponde al massimo sottografo completo, vale a dire un sottografo composto da non meno di 3 nodi (triade), ognuno dei quali è direttamente connesso agli altri. Nel caso D1, l'unica *clique* presente è quella composta dai nodi F1, F2 e M, non potendosi tecnicamente considerare una *clique* la diade composta da A1 e A2.
- *Componenti*: nel linguaggio della SNA, una *componente* corrisponde al massimo sottografo connesso, vale a dire un sottografo in cui ogni nodo può raggiungere tutti gli altri attraverso almeno un percorso (*path*), anche se intermediato da uno o più nodi. Nel caso D1 risultano 2 componenti (A1/A2 e F1/F2/M): è agevole constatare che i nodi che fanno parte dell'una non possono raggiungere i nodi che fanno parte dell'altra.
- *Broker*: generalmente rappresenta l'attore dotato di maggior potere, quello attraverso il quale passa il più alto numero di interconnessioni e quindi di scambi e comunicazioni. Nel caso D1 il broker risulta essere M, che è un familiare dell'intervistata e presenta un grado pari a 2 (il grado indica la quantità di legami diretti rilevati).