

NOTE

Attualità

*La qualità della vita nella terza età. Evidenze dello studio “Treviso longeva”**

di Enrico Barasciutti,
Stefano Silli,
Fausta Ongaro,
Ulderico Bernardi,
Maurizio Gallucci

La vecchiaia comporta spesso problemi di salute e diminuzione delle capacità funzionali. Ciò si traduce in un numero elevato di persone che convivono con malattie croniche. Dal momento che è alquanto improbabile una regressione dallo stato di cronicità, un obiettivo importante è quello di permettere un'esistenza agli anziani quanto migliore possibile in termini di qualità della vita [Sarvimäki, Bettina Stenbock-Hult 2000]. Browne *et al.* [1994: 34-42] definiscono la qualità della vita (*QoL: Quality of Life*) come «un'interazione dinamica tra le condizioni esterne/oggettive di un individuo e la sua concezione interiore delle stesse»,

a differenza della qualità della vita legata solo alla salute (*HRQoL: Health Related Quality of Life*), orientata strettamente sull'aspetto sanitario. L'OMS stessa, peraltro, definisce la salute non come “assenza di malattia”, ma come uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale” [Borglin, Jakobsson, Edberg, Hallberg 2005].

La qualità della vita, secondo Lawton [1991], è un concetto multifattoriale, consistente di quattro grandi aree: condizione oggettiva, aspetto comportamentale (inclusa la salute), percezione soggettiva e benessere psicologico (incluso il senso di soddisfazione) [Sarvimäki, Bettina Stenbock-Hult 2000].

Gli indicatori con cui la qualità della vita dovrebbe essere misurata sono molteplici, dagli aspetti socio-economici a quelli di soddisfazione personale, dalle capacità funzionali [Bennett 2002] al senso di significato dell'esistenza.

La percezione da parte dell'anziano del proprio stato è molto più importante dei fattori meramente oggettivi [Nunley, Hall, Rowles 2000]; pertanto, la personalità ed il carattere sono da considerarsi degli indicatori importantissimi che condizionano la qualità della vita [Sarvimäki, Bettina Stenbock-Hult 2000], affinché ci sia un senso di

* Con un commento sociologico di Giuseppe Manzato (a seguire).

significato e coerenza [Takkinen, Ruoppila 2001].

Il senso d'amore e di esistenza, con l'età, prendono il sopravvento sulla dimensione prettamente materiale. L'accento, nella scala dei valori, è puntato sulla salute, sull'indipendenza [Hwang, Lin 2003], sulla soddisfazione, sulle aspettative [Bowling, Banister, Sutton, Evans, Windsor 2002], sul senso di appartenenza [Bailey, McLaren 2005] e sull'integrità personale intesa come cura di sé [Nilsson, Ekman, Ericsson, Winblad 1996].

Uno studio statunitense, ad esempio, ha considerato un gruppo di persone anziane prima e dopo una esperienza di attività di giardinaggio ed ha evidenziato delle differenze pre e post-test riguardo a senso di solitudine, integrazione sociale, instaurazione di legami e sicurezza in se stessi [Brown, Allen, Dwozan, Mercer, Warren 2004].

Stato depressivo, solitudine, stanchezza, disturbi del sonno e quantità di malattie acute/croniche concorrono ad un basso livello di QoL. I dolori rappresentano un indicatore di bassa QoL e HRQoL; le difficoltà motorie, l'incontinenza urinaria e le difficoltà di respiro durante le normali attività quotidiane sono indici di basso livello di HRQoL (legata agli aspetti fisici); il senso di fatica, il nervosismo e i disturbi del sonno sono indici di basso livello di HRQoL (legata ad aspetti psicologici) [Borglin, Jakobsson, Edberg, Hallberg 2005].

Da un punto di vista pratico, alcuni di questi aspetti (ad esempio il vestirsi e la continenza di feci e urine) si misurano con le ADL (*Activities of Daily Living*, ovvero autonomia nelle attività della vita quotidiana). Tuttavia, esse a volte presentano dei problemi concernenti l'attendibilità delle informazioni ottenute, poiché gli anziani possono fornire risposte inadeguate, per non ammettere la perdita della loro comple-

ta autonomia, o per ingigantire o sotto-stimare la loro condizione spesso precaria. Pertanto, test di performance, come il test per l'equilibrio o la marcia cronometrata [Gallucci 2004] possono essere delle valide alternative nei casi in cui un individuo non riporti alcuna difficoltà, stando alle ADL [Bennett 1999].

I fattori che influenzano il senso di benessere, di significato e di valore di una persona sono definiti "condizioni" di qualità della vita e possono essere classificati in "condizioni intra-individuali" (salute, capacità funzionali, personalità) e "condizioni extra-individuali" (lavoro, condizioni ambientali e abitative e rete sociale).

Gli anziani che risiedono nelle case di riposo hanno una bassa concezione del "sé" [Shu, Huang, Chen 2003]. Diversi studi hanno sottolineato l'importanza della sensibilità, del tatto e della capacità di comunicazione [Williams, Kemper, Hummert 2005; O'Connor, St Pierre 2004; Edwards, Chapman 2004; Ryan, Meredith, MacLean, Orange 1995] da parte del personale infermieristico per migliorare le condizioni degli anziani, soprattutto di quelli con disordini cognitivi, o per rendere meno dolorosa la comunicazione tra anziani malati terminali e i loro cari [Bush 2001; Jorunn Drageset 2004].

Comunque, come Frankena [1973] fece notare, affinché una vita sia da considerare meritevole d'essere vissuta, non è affatto necessario che essa sia completamente distante da ogni sorta di dolore e di sofferenza; l'importante è che ci sia almeno una piccola fetta di soddisfazione e gioia che permetta di affrontare con spirito più leggero le difficoltà dell'età che avanza [Sarvimäki, Bettina Stenbock-Hult 2000].

Il presente lavoro trae i suoi dati dallo Studio *Treviso Longeva: individuazione dei fattori di fragilità e di sana longevità negli ultrasessantenni del-*

la città di Treviso – Implicazioni economico-sociali e medico-biologiche, condotto su 668 cittadini trevigiani ultrasettantenni. Tale indagine è stata promossa e condotta da ARGeI (Associazione per la Ricerca Geriatrica Interdisciplinare) un ente di ricerca scientifica senza alcun fine di lucro, che si occupa in particolar modo delle problematiche della Terza Età.

Tale progetto ha vinto il bando regionale per la “Ricerca Sanitaria Finalizzata” per l’anno 2002 ed è stato sostenuto dalla Regione del Veneto, dal Comune e dalla Provincia di Treviso, dalla Fondazione Cassamarca, dall’Associazione Titolari di Farmacia della Provincia di Treviso, nonché da altri Enti privati. Lo Studio ha inteso individuare i fattori di fragilità e di sana longevità degli anziani ultrasettantenni della città di Treviso, tenendo in particolare considerazione i fattori genetici, quelli legati all’emotività, alla personalità e quelli connessi alla rete di supporto sociale. A partire da questi fattori, il passo successivo è quello di mettere a punto dei protocolli per l’identificazione precoce della fragilità e dei programmi di formazione del personale sanitario e sociale per il trattamento della fragilità dell’anziano, nonché di valutare l’impatto dei risultati ottenuti da un punto di vista socio-economico e biomedico [Gallucci 2004]. In particolare, nella 4° sezione dello Studio “Treviso longeva”, si analizza la *quality of life* percepita dalla popolazione ultrasettantenne, sulla scorta della definizione data dall’OMS al concetto di salute quale: “completo benessere psichico, fisico e sociale”. Si è perciò studiato il modo di trascorrere il tempo libero ed il grado di soddisfazione nei confronti dei servizi offerti dalla pubblica amministrazione e nei confronti degli interventi pubblici attuati nel quinquennio precedente alla data dell’intervista. Abbiamo, inoltre, rile-

vato le attese di miglioramento nei riguardi dei servizi erogati.

Abbiamo ritenuto, inoltre, che anche la qualità nell’alimentazione sia parte integrante della qualità della vita, in quanto riteniamo che una corretta e varia alimentazione possa essere espressione di qualità nel condurre la propria esistenza. A tal fine abbiamo utilizzato i dati di una sezione specifica dello Studio che indaga, appunto, le abitudini alimentari.

Per altri aspetti, quali quelli della salute in senso stretto e delle abilità funzionali del vivere quotidiano (ADL, IADL) su accennate, si rimanda agli articoli specifici derivanti dall’analisi dei corrispondenti dati dello Studio, in corso di pubblicazione su riviste internazionali.

1. Materiali e metodi

L’estrazione del campione, effettuata presso il Dipartimento di Scienze Statistiche dell’Università di Padova, ha utilizzato le liste anagrafiche dei residenti ultrasettantenni del Comune di Treviso. Il campionamento adottato è quello stratificato non proporzionale: la popolazione è stata suddivisa in base al genere ed in quattro classi d’età (70-79; 80-89; 90-99; 100 e più). Sono stati selezionati rispettivamente 250, 200, 200 e 20 soggetti (anni 100). Il campionamento all’interno di ciascuno dei 6 strati relativi alla popolazione con meno di anni 100 è stato di tipo sistematico a passi calcolati. L’intervista è stata somministrata utilizzando un questionario di 392 domande, suddivise per argomenti in 14 sezioni.

In particolare la 4° sezione è composta da 28 domande di cui 23 domande a risposta obbligatoria (SI/NO) e 5 a risposta aperta. Per le domande a risposta aperta si è proceduto ad un raggruppamento delle risposte in diverse

aree d'afferenza per ottenere delle variabili qualitative di tipo nominale.

2. Risultati

I 670 soggetti studiati, 312 uomini (46,56%) e 358 donne (53,44%), hanno

un'età media di 84,13 anni, che risulta rispettivamente di 83,27 anni per i maschi (M) e di 84,39 anni le femmine (F). Vive in casa l'89,74% dei maschi verso l'82,96% delle femmine. Sono istituzionalizzati il 10,26% dei maschi e il 17,04% delle femmine. Particolarmente interessante il dato ricavabile

Fig. 1 - Analisi dello stato civile

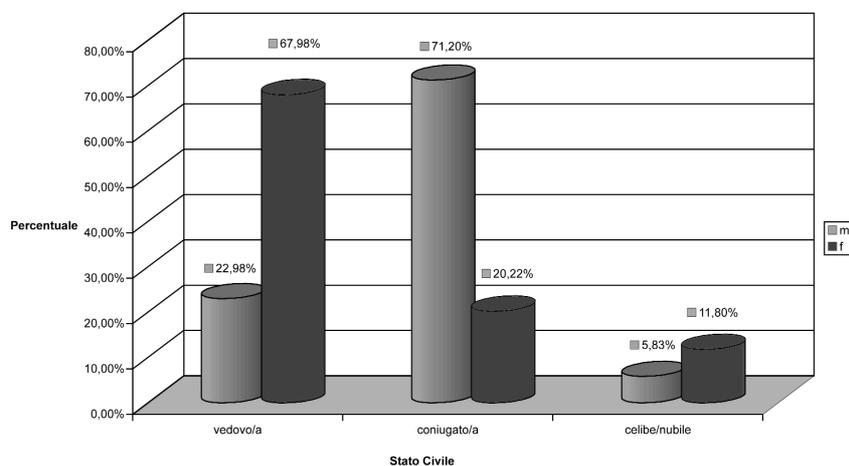
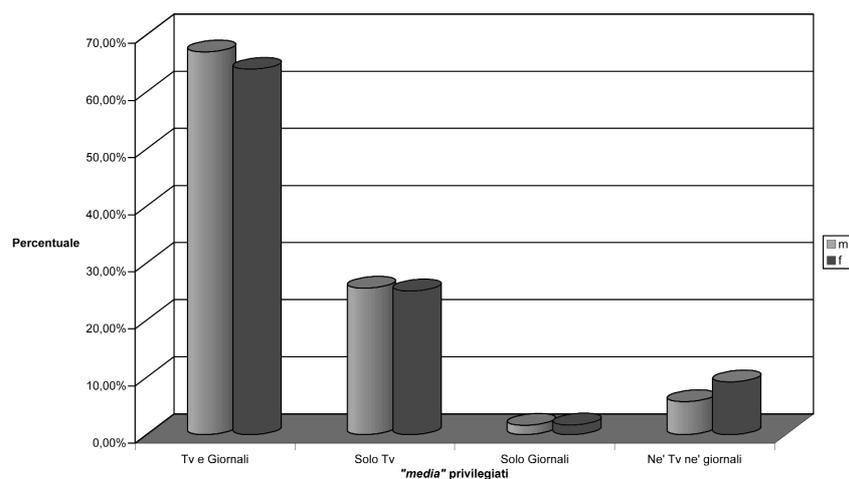


Fig. 2 - Tempo libero e quality of life



dallo studio dello stato civile: il 67,98% delle femmine è “vedova/o” contro il 22,98% dei maschi, per i quali prevale lo stato civile “coniugato” (71,2%) contro il 20,2% delle femmine.

L’analisi della scolarizzazione evidenzia che un 1/3 del campione ha conseguito la licenza elementare (30,4% dei maschi, e 31,6% delle femmine); aumentando la scolarizzazione diminuisce la presenza di femmine con il risultato che solo l’1,3% delle femmine ha il diploma di laurea contro il 6,4% dei maschi.

Il modo di trascorrere il tempo libero a disposizione diviene uno degli elementi costitutivi della *quality of life*, giacché una vita libera dall’impegno del lavoro pone l’esigenza di mantenere una o più occupazioni che non portino il soggetto a sentirsi “svuotato” e “sottratto” da un proprio ruolo. Per questo, particolare attenzione è stata posta in essere nei confronti delle eventuali attività di utilità sociale o di volontariato svolte dagli anziani.

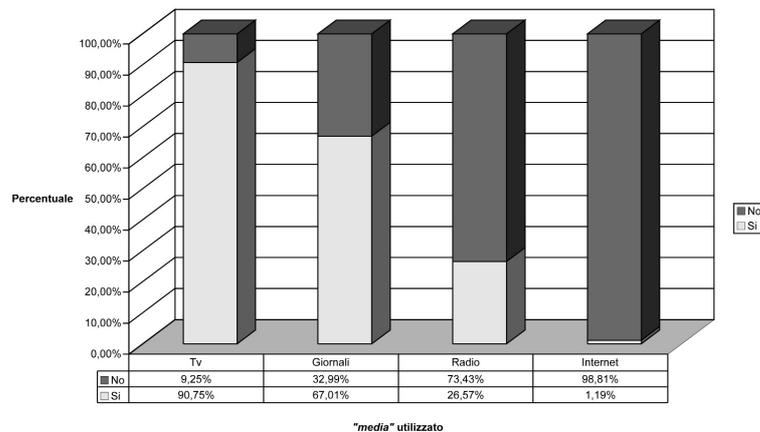
Si è rilevato come una delle attività maggiormente effettuate sia quella di “fare passeggiate” in particolare per i soggetti maschi (maschi 71,7%, fem-

mine 54,8%), i quali hanno anche una più ampia frequentazione con altre persone (l’87,7% dei maschi contro il 60,8% delle femmine, incontra frequentemente altre persone). Altre attività rilevate: andare al bar (maschi 19,5%, femmine 8,7%); trascorrere il tempo con gli amici (maschi 43,9%, femmine 36,8%); frequentare un circolo sociale o ricreativo (maschi 8,9%, femmine 5,3%); svolgere un’attività di utilità sociale (maschi 8,3%, femmine 6,4%) e di volontariato (maschi 7,0%, femmine 3,6%). Questo ci consegna un’immagine piuttosto fragile della condizione della donna anziana: è ampiamente presumibile uno status di solitudine, aggravato dalla vedovanza e dalla mancanza di una rete di supporto amicale.

2.1. Gli anziani e i mass-media

Consci dell’importanza attribuita all’informazione nella società moderna, notiamo come storicamente il nostro campione abbia assistito alla nascita, alla divulgazione ed allo sviluppo dei mezzi di comunicazione di massa. Ab-

Fig. 3 - Anziani e uso di fonti informative



biamo analizzato quattro tra le principali fonti di informazione:

Fin da una prima analisi si può notare come la televisione sia la principale fonte di informazione ed intrattenimento con il 90,75% del nostro campione che l'utilizza con un timing tra le 2 e le 4 ore al giorno (maschi 41,3%, femmine 35,1%). Anche leggere i quotidiani occupa quasi i sette decimi della popolazione, lettura che risulta sostanzial-

mente paritaria tra maschi (68,6%) e femmine (65,6%), e poco più di un quarto della popolazione di riferimento ascolta la radio. Fanalino di coda, presunto e confermato, l'uso di internet come fonte di informazione con un limitato 1,19%.

Risulta inoltre che l'anziano si tiene aggiornato sull'attualità – locale e nazionale – dato che i 3/5 del nostro campione guarda la Tv e contestual-

Fig. 4 - Anziani e fonti informative: tv e giornali

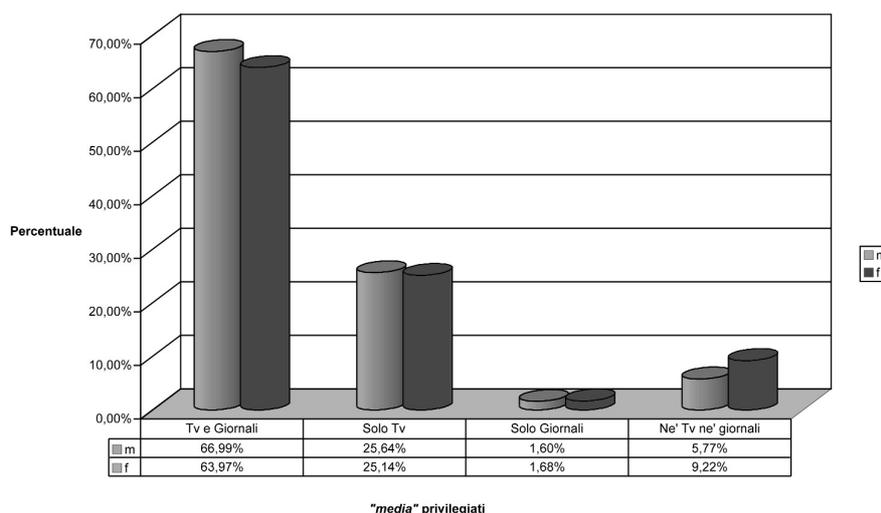
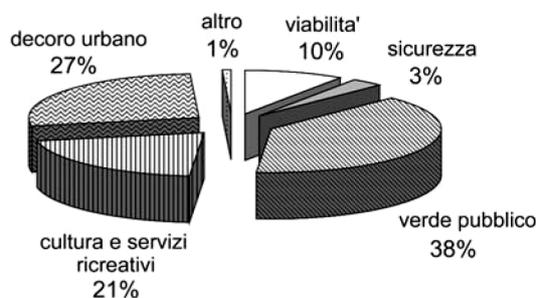


Fig. 5 - Piena soddisfazione dei servizi e differenze di genere: maschi



mente legge un quotidiano (66,9% maschi e 63,9% femmine).

Interessante è l'analisi relativa ai servizi offerti dalla città, con il 75% dei maschi ed il 69% delle femmine che si dichiarano soddisfatti, anche se alcuni ne auspicano un ulteriore potenziamento (maschi 54,4%, femmine 42,4%).

Si è voluto, in particolare, analizzare quali siano stati gli interventi risultati maggiormente graditi, tra quelli realizzati da parte della pubblica amministrazione. Quasi a voler confermare l'importanza che nel tempo libero viene svolto dal "fare passeggiate", l'in-

tervento più gradito risulta quello relativo al verde pubblico ed alle strutture urbane (zona Università, mura e porte antiche: maschi e femmine con il 66,9%), mentre quello percepito come meno risolto è stato quello relativo alla viabilità (maschi 76,6%, femmine 58,2%), per la quale è stato richiesto un miglioramento (maschi 61,2%, femmine 50,6%). Richiedono migliorie nei trasporti pubblici, infatti, il 27,6% delle femmine ed il 17,6% dei maschi, a conferma del fatto che i mezzi pubblici sono usati maggiormente dalle donne.

Per quanto riguarda gli aspetti nutrizionali, abbiamo considerato otto prin-

Fig. 6 - Piena soddisfazione dei servizi e differenze di genere: femmine

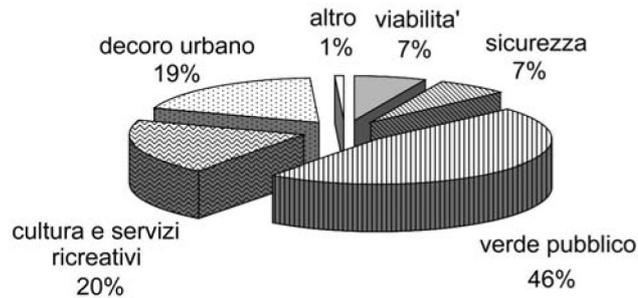


Fig. 7 - Parziale soddisfazione dei servizi e differenze di genere: maschi

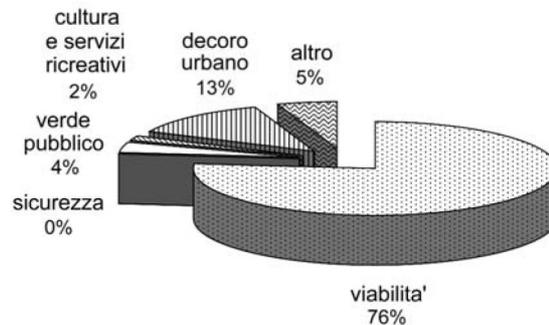


Fig. 8 - Parziale soddisfazione dei servizi e differenze di genere: femmine

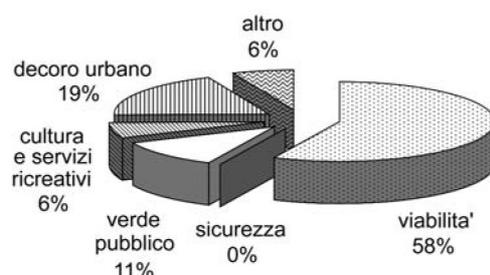
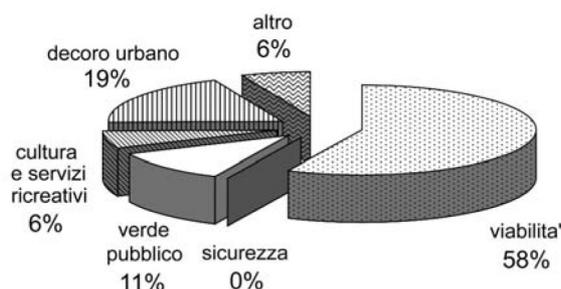


Fig. 9 - I servizi da potenziare



cipali categorie alimentari (verdure, latticini, carne, salumi, pesce, cereali, legumi, frutta) corrispondenti a trentanove alimenti diversi.

Il 98,9% degli anziani intervistati assume regolarmente verdure, il 99,7% latticini, il 98% carne, i 95,6% salumi, il 94,9% pesce, il 99,1% cereali, il 94,6% legumi e il 99,1% frutta.

L'87,3% dei 670 anziani intervistati dichiara di assumere alimenti corrispondenti a tutte le otto categorie alimentari. Assumono alimenti corrispondenti a sette categorie l'8,3% degli anziani intervistati; a sei categorie alimentari solo il 2,7% degli anziani; a cinque categorie lo 0,9%; a quattro lo 0,3%; a tre lo 0,3% e a due solo lo

0,2%. Gli anziani intervistati assumono nel complesso di media 34 ± 6 alimenti.

La dieta mediterranea, consistente di frutta, verdura, cereali e pesce, è seguita dal 93,4% del campione dello studio e solo il 6,6% dichiara di non seguirla. In particolare, per quanto attiene alle verdure ed ortaggi stagionali tipici del Trevigiano, il 94,6% del campione assume regolarmente radicchio, il 91,1% asparagi e l'89,5% peperoni.

Per quanto riguarda il delicato ambito dell'assunzione di vino, il 40,7% del campione si dichiara astemio, il 43,7% assume fino a due bicchieri e solo 15,6% assume più di due bicchieri.

Fig. 10 - Anziani e alimentazione

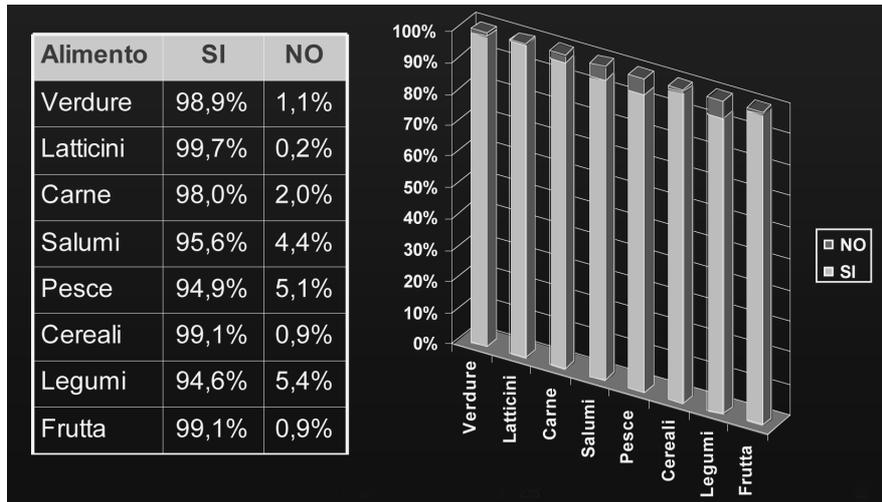
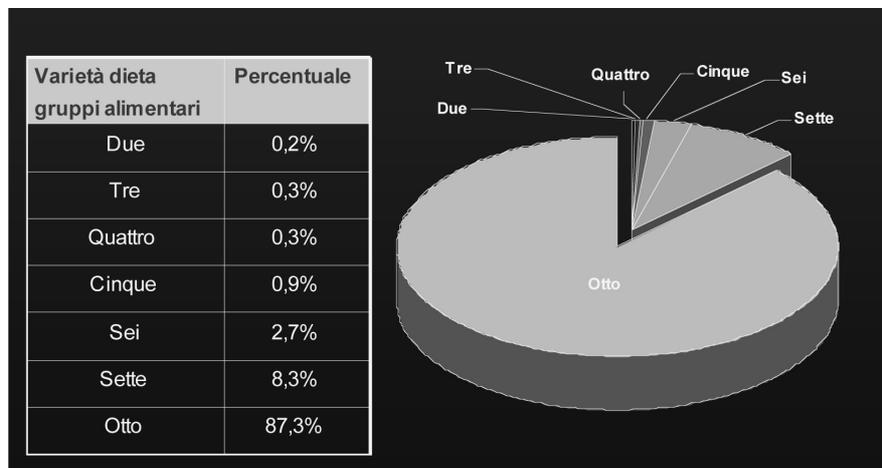


Fig. 11 - Anziani e varietà della dieta



3. Discussione

Lo studio “Treviso longeva” nasce dalla volontà di conoscere la condizione di vita e di salute mentale nella popolazione ultrasettantenne residente nel Comune di Treviso. Le seguenti rifles-

sioni non devono intendersi conclusive, ma quali tappe nel cammino di analisi d’uno dei maggiori studi sull’argomento prodotti in Italia. In particolare qui si focalizza l’attenzione intorno al concetto di “qualità della vita”, intesa sia quale insieme di dati oggettivamente quan-

tificabili (condizione economico-ambientale)¹, sia come “qualità della vita percepita” (partecipazione alla vita politico-sociale²). Specificiamo fin d’ora, con Lawton, come la “qualità della vita” sia un concetto “multifattoriale, consistente in quattro grandi aree: condizione oggettiva, aspetto comportamentale (inclusa la salute), percezione della propria qualità di vita e benessere psicologico (incluso il senso di soddisfazione³). Al riguardo la letteratura scientifica rende evidente come la sensibilità per lo studio nei confronti della qualità della vita dell’anziano sia presente in misura notevole negli Stati Uniti⁴, ma anche ben presente nei paesi nord europei, in particolare Scandinavia, Norvegia e Finlandia⁵. La costante ricerca d’uno o più collegamenti con il territorio del Comune di Treviso è una peculiarità dello studio “Treviso longeva”. Questo per sottolineare come vi sia stato, per un verso, un rapporto di benessere e di patrocinio tra la pubblica amministrazione e coloro i quali hanno portato innanzi lo studio⁶, ma altresì per sottolineare come la vita politico-amministrativa sia stata argomento di interesse e di dibattito per la popolazione di riferimento. Quest’aspetto emerge chiaramente in particolare negli ultimi contenuti indagati nella Sezione quarta.

Una prima riflessione in prospettiva storica: il campione di riferimento è stato protagonista in gioventù (almeno in parte) degli sconvolgimenti del secolo scorso ed è immaginabile una forma d’attenzione nei confronti della vita politico-amministrativa dell’immediato dopoguerra fino ai giorni nostri, più forte rispetto all’attenzione presente nelle generazioni nate nell’ultimo quarto del secolo scorso. Pur se l’argomento si presta a riflessioni di varia natura, anche politica, questo non deve e non ha assolutamente assunto un carattere di natura politica. Nel corso dello studio non è stata indagata alcuna convinzione politica o religiosa o tendenza sessuale. Analizzando i risultati di “Treviso longeva” siamo sempre più consapevoli di come all’invecchiamento della popolazione deve necessariamente unirsi un miglioramento delle condizioni di vita; in tal proposito ricordiamo come l’OMS definisca qualità della vita quale “completo benessere fisico, mentale e sociale”⁷. I 670 i soggetti intervistati costano di 312 uomini e 358 donne. Di questi 32 uomini pari al 10,26% del campione e 61 donne, ossia il 17,04% sono istituzionalizzati fatto che inevitabilmente comporta delle conseguenze sia sulla

1. Nel questionario “Treviso longeva. Cartella per la raccolta dati anziano ultrasettante”, Sezione 3: 7-10.

2. *Ivi*, Sezione 4: 17-18.

3. Lawton M. (2000), in Anneli Sarvimäki PhD RN & Bettina Stenbock-Hult Lic. of Health Care MEd RN, *Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value*, “Journal of Advanced Nursing”, 32(4): 1025.

4. Consapevoli dell’impossibilità di riorganizzare la sterminata bibliografia esistente in materia si suggerisce di fare costante riferimento al “Journal of Evaluation in Clinical Practice”, in part. sul punto Volume 11, Issue 4: 315 ss., august 2005.

5. *Ivi*.

6. Sommarariamente riconducibili ad ARGEI (Associazione Ricerca Geriatrica Interdisciplinare).

7. Borglin G., Jakobsson U., Edberg A.K., Hallberg I.R. (2005), *Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people*, “Int J Nurs Stud”, feb., 42(2): 147-58.

“percezione del sé”, sia sulla percezione della società “intorno a sé”.

Condicio sine qua non nell’esplicare i dati della nostra analisi è accettare che si sia costantemente obbligati a riunire in un solo gruppo un insieme di singolarità (a *pluribus unum*), ma va sempre tenuto presente che la percezione da parte dell’anziano del proprio stato è molto più importante dei fattori meramente oggettivi⁸; pertanto la personalità ed il carattere sono da considerarsi degli indicatori importantissimi che condizionano la qualità della vita⁹ affinché ci sia un senso di significato e coerenza¹⁰. I fattori che influenzano il senso di benessere, di significato e di valore di una persona sono definiti “condizioni” di qualità della vita e possono essere classificati in “condizioni intra-individuali” (salute, capacità funzionali, personalità) e “condizioni extra-individuali” (lavoro, condizioni ambientali, abitative e rete sociale).

Diamo come acquisiti i parametri medici che descrivono la qualità della vita quale interazione tra QoL e HR-QoL, legata rispettivamente agli aspetti fisici o agli aspetti mentali. L’arco temporale oggetto di analisi della Sezione quarta è il riferimento all’ultimo

mese precedente alla data dell’intervista, in modo che non fosse necessario un ulteriore particolare sforzo di memoria. È importante l’indagine dello stato civile della composizione del campione studiato perché, volendo anticipare delle conclusioni a cui siamo giunti e ricollegandoci a quanto detto sopra, l’ambito di relazione “parentale” e “personale” rileva per l’auto-considerazione e per la valutazione della qualità della vita percepita¹¹. Il senso d’amore e di esistenza con l’età prendono il sopravvento sulla dimensione prettamente materiale. L’accento, sulla scala dei valori, è puntato sulla salute, sull’indipendenza¹², sulla soddisfazione, sulle aspettative¹³, sul senso di appartenenza¹⁴ e sull’integrità personale intesa come cura di sé¹⁵.

Si inserisce in questo processo l’analisi del modo di trascorrere il tempo libero. Dal momento del ritiro dall’attività lavorativa e la conseguente ampia disponibilità di tempo libero comporta la necessità di determinare il proprio nuovo ruolo con la conseguenza che questo possa essere motivo di “spaesamento” mentale. Ancor di più allorché l’anziano si trovi costretto in un istituto. In questo caso, come sotto-

8. Nunley B.L., Hall L.A., Rowles G.D. (2000), *Effects of the quality of dyadic relationships on the psychological well-being of elderly care-recipients*, “J Gerontol Nurs”, Dec, 26(12): 23-31.

9. Anneli Sarvimäki, *op. cit.*

10. Takkinen S., Ruoppila I. (2001), *Meaning in life as an important component of functioning in old age*, “Int J Aging Hum Dev”, 53 (3): 211-31.

11. Vd. *Supra*.

12. Hwang H.L., Lin H.S. (2003), *Perceived enactment of autonomy and related factors among elders*, “J Nurs Res”, Dec, 11(4): 277-86.

13. Bowling A., Banister D., Sutton S., Evans O., Windsor J. (2002), *A multidimensional model of the quality of life in older age*, “Aging Ment Health”, Nov, 6(4): 355-71.

14. Bailey M., McLaren S. (2005), *Physical activity alone and with others as predictors of sense of belonging and mental health in retirees*, “Aging Ment Health”, Jan, 9(1): 82-90.

15. Nilsson M., Ekman S.L., Ericsson K., Winblad B. (1996), *Some characteristics of the quality of life in old age illustrated by means of Allardt’s concept*, “Scand J Caring Sci”, 10(2): 116-21.

lineato in studi australiani, possiamo addirittura notare come una qualsivoglia forma di inattività fisica o mentale, faccia esponenzialmente aumentare il senso di abbandono e il conseguente desiderio di morte, mentre un'attività psico-fisica anche di gruppo, migliori di molto, a volte di moltissimo, la qualità della vita percepita e la stessa volontà di vivere¹⁶. A riprova di quanto detto, in termini opposti possiamo fare riferimento ad uno studio statunitense che ha considerato un gruppo di persone anziane prima e dopo un'esperienza di attività di giardinaggio ed ha evidenziato delle differenze pre e post test riguardo al senso di solitudine, d'integrazione sociale, d'instaurazione di legami e di sicurezza in se stessi¹⁷.

Gli anziani trascorrono il proprio tempo libero principalmente: passeggiando, trascorrendo il tempo con gli amici e dedicandosi alla cura del giardino o dell'orto/vigna. Tale "classifica" ha importanti ripercussioni nelle richieste di servizi e di attenzioni mosse nei confronti della pubblica amministrazione.

Quindi si è proceduto focalizzando l'attenzione sul rapporto tra il campione studiato e i mass-media sulla scorta di quanto il campione stesso ha rilevato rispondendo alle domande 1-5 della Sezione quarta. Perché si può affermare che è una peculiarità di questo studio l'aver voluto considerare anche tale

aspetto? Perché nella sia pur ampia bibliografia presente sull'argomento "qualità della vita nella terza età", l'anziano è "soggetto-oggetto" di analisi spesso anche molto articolate, ma è valutato in relazione a delle capacità empiricamente "misurate", matematicamente "conteggiate". Questo anche a causa del metodo di procedere propriamente "anglo-americano", costantemente mosso alla ricerca di risultati a "test"¹⁸. Invece, ciò che dal nostro punto di vista determina la QoL del nostro campione è anche un certo insieme di informazioni non direttamente "numerificabili" quali appunto, ad esempio, la percezione che l'anziano ha di se stesso e del mondo che lo circonda attraverso l'immagine che ha di rimando dai mass-media.

Questo non significa non volere creare delle statistiche o il volere lasciare totale autonomia e libero arbitrio nel rispondere, significa in particolare modo rendere conto della presenza di questi aspetti, in quanto consapevoli dell'importanza attribuita all'informazione nella società moderna. Storicamente il nostro campione ha assistito alla nascita, alla divulgazione ed allo sviluppo dei mezzi di comunicazione di massa. Abbiamo analizzato quattro tra le principali fonti di informazione: televisione, quotidiani, radio e internet.

Fin da una prima analisi si può notare come vedere la televisione sia la

16. Bailey M., McLaren S. (2005), *Physical activity alone and with others as predictors of sense of belonging and mental health in retirees*, "School of Behavioural & Social Sciences & Humanities", University of Ballarat, Mt Helen Vic, Australia. In particolare sul punto: «the present study tested a model incorporative physical activities performed alone and with others as predictors of sense of belonging, depression and suicide ideation» [Bailey, McLaren 2005: 82-90].

17. Brown V.M., Allen A.C., Dwozan M., Mercer I., Warren K. (2004), *Indoor gardening older adults: effects on socialization, activities of daily living, and loneliness*, "J Gerontol Nurs", Oct, 30(10): 34-42.

18. Si considerino ad esempio le *Search strategy* presenti negli studi citati finora. Nella totalità dei casi l'obiettivo espresso è stato quello di "misurare" di volta in volta con scale *ad hoc*, le capacità cognitive, relazionali o quant'altro dei soggetti studiati.

principale fonte di informazione ed intrattenimento con il 90,75% del nostro campione che l'utilizza con un timing tra le 2 e le 4 ore al giorno (maschi 41,3%, femmine 35,1%). Anche leggere i quotidiani occupa quasi i sette decimi della popolazione, lettura che risulta sostanzialmente paritaria tra maschi (68,6%) e femmine (65,6%), e poco più di un quarto della popolazione di riferimento ascolta la radio. Fanalino di coda, presunto e confermato, navigare in internet come fonte di informazione con un 1,19%.

Risulta utile, giunti a questo punto, supporre che l'anziano sia aggiornato sull'attualità – locale e nazionale – giacché i 3/5 del nostro campione guarda la Tv e contestualmente legge un quotidiano.

Nell'ultima parte della Sezione quarta, è stato studiato l'anziano ed il proprio territorio. L'anziano "del" Comune di Treviso "nel" Comune di Treviso, questo per dar conto sia del gradimento delle opere effettuate dalla pubblica amministrazione nel corso del quinquennio precedente l'intervista, sia per indirizzare l'opera delle future amministrazioni essendo state analizzate le necessità e le richieste di un campione prototipo di una parte considerevole dell'elettorato. Si può azzardare una riflessione di carattere socio-politico: se è vero, come è sotto gli occhi di tutti, che la società "autocotona" stia velocemente invecchiando e che potenzialmente ci si stia avviando verso una fase di integrazione di quelli che saranno i futuri anziani (con riferimento agli immigrati nei prossimi trent'anni), è altrettanto necessario considerare l'importanza e la già citata affezione alla vita politica dell'elettore ultra settantenne. Statisticamente il

Comune di Treviso calcola che al 31 dicembre 2002 vi fossero 13.975 ultra-settantenni¹⁹ (14.181 nel settembre 2002 in concomitanza dell'estrazione del campione) e anche se non è possibile ricostruire con precisione matematica il numero dei votanti (per una serie di ragioni, principalmente riconducibili al rispetto della privacy), è certo un dato considerevole l'attenzione che a livello politico nazionale ma forse ancor più a livello locale viene posta in essere nei confronti di questa categoria della società (che all'interno del linguaggio legislativo viene definita come "fascia debole"). Tuttavia, la qualità della vita oggetto d'indagine è, come è stato più volte detto, quella dei "nostri" anziani, nella speranza per nulla celata di poter comunque essere il nostro metodo d'indagine eletto a paradigma di un'analisi generalizzata a livello nazionale.

Ma la realtà con cui ci siamo confrontati è quella del Comune di Treviso, ebbene: l'analisi relativa ai servizi offerti dalla città, vede un ampio soddisfacimento con il 75% dei maschi ed il 69% delle femmine che esprime la propria approvazione, anche se alcuni ne auspicano un ulteriore potenziamento (maschi 54,4%, femmine 42,4%); ma quali sono stati gli interventi svolti sul territorio da parte della pubblica amministrazione che sono risultati maggiormente graditi?

Ed ecco che troviamo qui riaffermato quanto si è anticipava prima. Quasi a voler rafforzare l'importanza che nel tempo libero viene svolto dal "fare passeggiate", l'intervento più gradito risulta quello al verde pubblico ed alle strutture urbane (zona Università, mura e porte antiche) (maschi e femmine con il 66,9%), mentre quello meno gra-

19. Fonte Ufficio Statistico Comune di Treviso, Annuario 2002, p. 50, tab. n.5 www.comune.treviso.it/pdf/Annuario2002/annuario.pdf.

dito è stato quello relativo alla viabilità (maschi 76,6%, femmine 56,2%), per la quale è stato richiesto un miglioramento (maschi 61,2%, femmine 50,6%). Richiedono migliorie nei trasporti pubblici il 27,6% delle femmine ed il 17,6% dei maschi, a conferma del fatto che i mezzi pubblici sono usati maggiormente dalle donne. Vi sono infine piccole percentuali del nostro campione che avanzano richieste e proposte non standard, che vanno a comporre la categoria "altro".

Per quanto riguarda gli aspetti nutrizionali, la grande maggioranza del campione assume abitualmente una grande varietà di alimenti diversi appartenenti a tutte le principali categorie alimentari, dimostrando di potersi permettere, e nel contempo, di apprezzare una dieta varia e ricca, in particolare orientata in senso mediterraneo, con ricadute positive per la salute. Per quanto concerne l'assunzione di vino, gli abusi alcolici responsabili di epatopatia, cirrosi epatica ed encefalopatia alcolica paiono provenire da una percentuale sostanzialmente contenuta di bevitori, mentre quasi il 45% del campione, assumendo non più di due bicchieri al dì, utilizza saggiamente le proprietà benefiche del vino, quali sostanze antiossidanti come i flavonoidi.

4. Conclusioni

Concludendo possiamo affermare che la qualità della vita degli anziani presi a campione nel nostro studio è certamente buona, caratterizzata da un intenso intreccio di rapporti familiari e amicali. La maggioranza del campione è donna, vedova. Pare che sia pur se in un contesto generalmente positivo per i nostri anziani, possa tuttavia esservi ancora una qualche forma di ghettizzazione della donna. I maschi invece sfruttano molto le attività socializzanti, e rivestono molta importanza nei rapporti con gli amici. È evidente che

l'evoluzione del processo di pari opportunità in corso nei giorni nostri è ancora ben lungi dall'investire la parte più anziana della nostra società.

Fondamentale il ruolo che viene ricoperto dalla televisione, mezzo che ha visto la nascita e la massima diffusione nel secolo scorso e che ha accompagnato mediamente per cinquant'anni la vita dei nostri soggetti. Viene da chiedersi tuttavia quale possa essere il contributo fornito ad un equilibrato sviluppo e valorizzazione dei nostri anziani, anche perché se studiamo i palinsesti medi delle televisioni locali e non, è evidente la preponderante maggioranza di tv di scarsa qualità. Quanto questa influenzi realmente i nostri soggetti, potrebbe essere oggetto di uno studio successivo. Si può ancora fare una riflessione collegata all'importanza davvero marginale di internet. Non è fuori luogo affermare che vi siano due mondi paralleli: quello che conosce, usa e lavora con il computer e internet e quello che non ha mai usato questi strumenti. A parte qualche eccezione i nostri anziani sono totalmente all'oscuro di questo strumento, e ci si potrebbe chiedere quali potrebbero essere i modi e le possibilità ed i vantaggi per avvicinarli a tutto questo, nell'era della comunicazione globale.

Come si è detto una caratteristica della sezione quarta dello studio "Treviso Longeva" è stata sicuramente l'analisi focalizzata nel territorio del nostro comune.

E molto nei cinque anni precedenti all'intervista è stato fatto nel nostro Comune. Importanti interventi strutturali, come la nascita dell'Università, il restauro del Teatro Comunale, la nascita del Teatro Eden, che pur magari non intrecciando direttamente la vita dei nostri anziani restituisce loro l'idea d'una città che migliora. Altri interventi invece, quali il restauro delle mura cittadine e l'ordine nei parchi e giardini pubblici sono andati direttamente a

vantaggio del nostro campione che ha dimostrato di apprezzarli in modo particolare e di chiederne ancora di simili.

È logico che come tutte le cose vi siano margini di miglioramento. A tal proposito si nota come il Piano Urbano Traffico non abbia riscontrato l'apprezzamento del nostro campione, forse così abituato a radicate consuetudini dal non accettare di buon grado modifiche strutturali di tale portata.

Come si è ripetuto spesso, il nostro studio prescinde dai convincimenti politici, ma è consapevole dell'importanza anche politica che sempre più viene a ricoprire la parte anziana della nostra società anche in quanto portatrice e custode di identità autoctone destinate nel tempo a subire modificazioni (si pensi alla futura importanza di processi migratori attuali).

Il peso politico dell'anziano è innegabile ed è auspicabile che la sempre maggiore attenzione che negli anni è stata dedicata loro, continui ad essere implementata anche in virtù della constatazione dell'aumentata prospettiva di vita.

Per interessarsi realmente della condizione dell'anziano è fondamentale favorire studi come il presente e valutazioni come questa. È chiaro infatti che la qualità della vita sia un'interazione costante tra il singolo soggetto e la società in cui vive, e risulta necessario conoscere bene tutti gli elementi della vita dell'anziano per poterla migliorare.

Bibliografia

Anneli Sarvimäki R.N., Bettina Stenbock-Hult Lic. of Health Care MEd RN (2000), *Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value*, "Journal of Advanced Nursing", oct, 32(4): 1025.

Bailey M., McLaren S. (2005), *Physical activity alone and with others as predictors of sense of belonging and*

mental health in retirees, "Aging Ment Health", jan, 9(1): 82-90.

Bennett J.A. (1999), *Activities of daily living. Old-fashioned or still useful?*, "J Gerontol Nurs", may, 25(5): 22-9.

Bennett J.A. (2002), *Maintaining and improving physical function in elders*, "Annu Rev Nurs Res", 20: 3-33.

Borglin G., Jakobsson U., Edberg A.K., Hallberg I.R. (2005), *Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people*, "Int J Nurs Stud", feb, 42(2): 147-58.

Bowling A., Banister D., Sutton S., Evans O., Windsor J. (2002), *A multidimensional model of the quality of life in older age*, "Aging Ment Health", nov, 6(4): 355-71.

Brown V.M., Allen A.C., Dwozan M., Mercer I., Warren K. (2004), *Indoor gardening older adults: effects on socialization, activities of daily living, and loneliness*, "J Gerontol Nurs", oct, 30(10): 34-42.

Bush E. (2001), *The use of human touch to improve the well-being of older adults. A holistic nursing intervention*, "J Holist Nurs", sep, 19(3): 256-70.

Edwards H., Chapman H. (2004), *Contemplating, caring, coping, conversing: a model for promoting mental wellness in later life*, "J Gerontol Nurs", May, 30(5): 16-21.

Frankena F. (1973), *Ethics*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Gallucci M. (2004), *Lo studio "Treviso longeva" analisi preliminari sui dati campionari*, Edizioni Antilia, Treviso.

Hwang H.L., Lin H.S. (2003), *Perceived enactment of autonomy and related factors among elders*, "J Nurs Res.", dec, 11(4): 277-86.

Jorunn Drageset R.N. (2004), *The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a*

- survey among residents in nursing homes, "Scandinavian Journal of Caring Sciences", march, 18(1): 65.
- Lawton M.P. (1991), *A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders*, in Birren J.E. et al. (Eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in Frail Elderly*, Academic Press, New York.
- Nilsson M., Ekman S.L., Ericsson K., Winblad B. (1996), *Some characteristics of the quality of life in old age illustrated by means of Allardt's concept*, "Scand J Caring Sci", 10(2): 116-21.
- Nunley B.L., Hall L.A., Rowles G.D. (2000), *Effects of the quality of dyadic relationships on the psychological well-being of elderly care-recipients*, "J Gerontol Nurs", dec, 26(12): 23-31;
- O'Connor B.P., St Pierre E.S. (2004), *Older persons' perceptions of the frequency and meaning of elderspeak from family, friends, and service workers*, "Int J Aging Hum Dev", 58(3): 197-221.
- Ryan E.B., Meredith S.D., MacLean M.J., Orange J.B. (1995), *Changing the way we talk with elders: promoting health using the communication enhancement model*, "Int J Aging Hum Dev", 41(2): 89-107.
- Shu B.C., Huang C., Chen B.C. (2003), *Factors related to self-concept of elderly residing in a retirement center*, "J Nurs Res", Mar, 11(1): 1-8.
- Takkinen S., Ruoppila I. (2001), *Meaning in life as an important component of functioning in old age*, "Int J Aging Hum Dev.", 53(3): 211-31.
- Williams K., Kemper S., Hummert M.L. (2005), *Enhancing communication with older adults: overcoming elderspeak*, "J Psychosoc Nurs Ment Health Serv", may, 43(5): 12-6.

*Nel segno di Giobbe.
Considerazioni sullo studio
"Treviso longeva":
la qualità della vita nella
terza età*

di Giuseppe Manzato*

Nel *Fedone*, Socrate parla amaramente del vestito che dura oltre la vita dell'uomo che l'indossa. Riflessione che deve aver stimolato l'équipe coordinata dal dottor Maurizio Gallucci, in collaborazione interdisciplinare con studiosi di varie aree scientifiche, ad occuparsi, carichi d'entusiasmo, del "vestito" che l'uomo indossa *hic et nunc*, qui e adesso, prima d'incontrare l'Eterno. Forse per quel monito di Agostino, pensatore fondamentale nella cultura d'occidente che, nelle sue *Confessioni*, raccomanda: "non esistono tre tempi distinti, passato, presente e futuro. Semmai bisognerebbe dire che esistono tre tempi in uno: il presente del passato o memoria, il presente del presente o intuizione, il presente del futuro o attesa"¹. Assunto che, in termini socio-antropologici traduce l'ermeneutica della continuità. Quel filo verde della speranza che lega (o dovrebbe legare!) le generazioni attraverso l'attenzione ai predecessori e all'orientamento che ne promana, e la cura per chi nasce adesso. In fondo, l'appuntamento con la vecchiaia è tappa ine-

* Docente di Sociologia nell'Università Ca' Foscari di Venezia.
1. Agostino S., *Confessiones*, Liber XI, caput XX.

vitabile; anzi, dovremmo dire, auspicabile per tutti gli uomini. Si può riassumere così il motore ideale di una ricerca di alto interesse sociale, economico, nonché medico e biologico, condotta su un campione rappresentativo di 668 cittadini trevigiani ultrasettantenni.

Ne è scaturito uno sguardo accurato sul *come* si vive da vecchi in una delle realtà socio-economiche più fertili del Paese. Più che *vecchi* però, bisognerebbe dire *longevi*, poiché qualità della vita implica – appunto – il *come*, non tanto il *quanto*. Oltre gli 83 anni la vita media degli uomini, quasi 85 quella delle donne e circa il 90 per cento del campione selezionato vive in casa. Indicatori che, da soli, raccontano una realtà socio-sanitaria di prim'ordine e lasciano presagire un confortante attivismo della popolazione anziana. Se mezzo secolo fa un uomo di settant'anni era certamente "vecchio", oggi – specie in un Paese che non cessa d'invecchiare, dato il triste primato della denatalità – si profila la figura di un longevo che non rappresenta solamente la classica incarnazione della saggezza ma, è capace di prestare un'opera concreta, produttrice di una redditività "invisibile" ma reale che, volentieri, lascio quantificare agli economisti, nella certezza che il risultato è, e sarebbe, sorprendente. Non solo viaggi, passeggiate, letture, televisione, università della terza età, quando non si tratti di vere e proprie iscrizioni ai corsi di laurea istituzionali. Soprattutto, emerge il fenomeno dei nonni *baby sitter*, badanti e, in qualche caso,

managers che affiancano e accompagnano il fare impresa dei figli. Riaffiora quel vecchio adagio veneto che non ha bisogno di traduzioni: *un pàre mantien diexe fioi e diexe fioi no' mantien un pàre!*. Proviamo ad immaginarcelo il danno economico, se questi nonni decidessero di "scioperare"! Per non dire di quei nonni che, plasmati dalla feconda tradizione cristiana declinata nel concetto dell'esclusività, si trasformano in consulenti matrimoniali; alle prese con una generazione di mezzo "infettata" dalla sindrome di "Peter Pan", come confermano autorevoli studi psico-sociologici e psichiatrici svolti dalle università di mezza Europa. Una tensione giovanilistica che rende gli adulti di oggi molto più immaturi di un tempo, vittime di ciò che scientificamente chiamiamo "neotenia psicologica", ovvero il mantenimento nello stadio adulto di caratteristiche – anche fisiche – infantili. Con evidenti effetti di disintegrazione sociale che, *in primis*, colpiscono la famiglia, nucleo fondativo di ogni comunità umana. Orientamenti, peraltro, alimentati da un'improvvida vulgata di matrice televisivo-tecnologica, perfettamente ignara e incurante dell'indicazione agostiniana richiamata più sopra: mostrare e dimostrare – a cominciare dai corpi – in un verso volgare che sembra il segno dominante di un'età "cafona", lontanissima dai modi delle antiche cortesie. Ché, in fondo, nel simulacro del *mostrare* si perde l'*essere*, l'unica e l'ultima dimensione di senso in questo divenire che chiamiamo vita.

“Treviso longeva”, insomma, esprime a livello locale, la voglia di fare e di contare degli 11 milioni e mezzo di italiani ultrasessantacinquenni che, dopo aver traghettato le giovani generazioni in un benessere (talvolta solo un benavere, purtroppo) lontano dai loro anni del dolore, dell’orrore e di una variegata congerie di patimenti, si ripropongono da protagonisti in questo pezzo di ultramodernità, complessa e plurale. Un po’ come Giobbe il giusto, che dopo la sofferenza vive per altri 140 anni, ama ed è riamato, ha in dono tre bellissime figlie (Colomba, Cassia e Stibia) e muore “sazio di anni”.

E non importa se, a volte, i vecchi necessitano di una “socializzazione alla rovescia”, perché non sanno usare bancomat e telefonino, oppure perché non sanno dove si paga al Mc Donald’s. E nemmeno per quell’analfabetismo elettronico che li separa dalla comunicazione ipermediale *on-line*... ché figli e nipoti, inesorabilmente impraticati nell’uso delle moderne tecnologie, stanno accumulando un devastante analfabetismo tradizionale. Nonostante l’università.

Lo studio in questione, indirizzato a individuare i “fattori di fragilità e di sana longevità degli anziani della città di Treviso”, ha considerato una serie esaustiva di variabili, personali e sociali, ed è stato svolto da un gruppo interdisciplinare di ri-

cercatori che, nel mettere i panni dei “ricercatori sociali”, ha saputo osservare criteri di scientificità a garanzia di un risultato di alta significanza sociologica.

Commenti

*Health Literacy: una dubbia potenza evolutiva?**

di Silvia Bertini e Andrea Pitasi

La sociologia della salute è uno dei più strategici *meeting place* [Schnitzer *et al.* 1998] tra la dimensione teorica e quella pratico-applicativa della sociologia, un *meeting place* in cui la sociologia, in modo autoriflessivo [Beck 1996] viene ad osservare i proprio criteri epistemico-organizzativi e al contempo, come a sbeffeggiare il principio di Heisenberg, la propria rilevanza e spendibilità sociale. La sociologia della salute sembra dunque un caso esemplare della multidimensionalità e della pluralità di ambienti della sociologia [Alexander 1990]. Di tale strategicità danno accuratamente conto le autrici (d’ora in poi, per brevità, K&M) cercando di comprendere (nel senso del buon vecchio weberiano *Verstehen*) come

* Commento al saggio *Lo sviluppo della Health Literacy nelle società della salute* di Ilona Kickbusch e Daniela Maag, pubblicato in Ingrosso M. (a cura di) (2007), *Fra reti e relazioni: percorsi nella comunicazione della salute*, “Salute e Società”, a. VI supplemento al n. 2, FrancoAngeli, Milano.

usare la cassetta degli attrezzi di questo importante ambito sociologico in un momento in cui anche giovani studiosi stanno problematizzando le principali tecniche e i principali modelli in forma interdisciplinare e multidimensionale (ad esempio coniugando analisi del welfare, management pubblico, teoria del diritto applicata alla salute nonché elementi di comunicazione e marketing applicati alle *health policies* come nel caso dell'assai promettente ancorché un tantino acerbo Ferraro [2006]). Rischio, pericolo, emergenza, prevenzione fattore tempo sono solo alcuni criteri che fanno comprendere la strategicità di questo filone al quale K&M offrono un contributo assai importante in termini descrittivi (*state of the art observation*) e, a nostro parere, di accuratezza e *upgrading* delle fonti. La tripartizione tra literacy funzionale, interattiva e critica è certamente importante per mettere ordine in un settore in crescita impetuosa ma tanto poi, si sa, le cose finiscono comunque in disordine: chi non rammenta il celebre metalogo di Bateson con la figlia? [Bateson 1976].

Il saggio a nostro parere convince meno nel momento ricompositivo-propositivo del modello. K&M propongono di parlare di *Gesundheitsgesellschaft* (società della salute).

Questa etichetta, ancorché appropriata per mettere in evidenza l'innegabile importanza del tema, suona comunque riduzionista e riduttiva come ogni tentativo di vo-

ler ricondurre l'intera società ad un unico elemento-chiave (basti ricordare la *Erlebnisgesellschaft* tanto in voga nella Germania anni '90). La strategicità di avere una cittadinanza sempre più competente nel gestire e usare suddetta cassetta degli attrezzi è innegabile sia in termini preventivi di riduzione del rischio, sia in termini terapeutici per ridurre tempi morti, *black holes* e *black boxes* dovuti ad ignoranza, incompetenza e incapacità di leggere, ad esempio, i sintomi del corpo. Nella literacy critica a nostro parere è destinata ad avere un posto di rilievo la ricerca Benson-Dusek¹ sulla funzione delle preghiere di intercessione per i malati gravi (nella fattispecie cardiopatici) che si colloca al quadri- vito tra sociologia della salute, sociologia della comunicazione, sociologia della religione e teoria del controllo sociale. Le preghiere (rivolte al Dio Cristiano, a Jahvè, ad Allah, ecc. indifferentemente) non hanno portato alcun miglioramento al decorso delle malattie e non hanno neppure innescato effetti placebo di sorta (niente miracoli né loro pallidi simulacri, insomma). Il notoriamente ateo e neodarwiniano sistemico-cognitivista D.C. Dennett, alla luce sia di questa ricerca, sia di un grave episodio cardiaco recentemente accadutoogli² ha sollevato una potente questione etica: è lecito continuare a diffondere la "superstizione della

1. Si veda: www.fmbr.org/editorial/edit05_06/edit8-may06.php.

2. Si veda: http://edge.org/3rd_culture/dennett06/dennett06_index.html.

preghiera” quando essa distoglie le persone da più utili e concrete azioni di maggior beneficio per il malato? Noi sospendiamo il giudizio a riguardo e il dibattito è troppo complesso e delicato per prendere una qualunque posizione argomentabile in queste poche pagine. Certamente la ricerca Benson-Dusek (che peraltro K&M non citano) è un ottimo esempio della potenza evolutiva della literacy, specialmente nella sua variante critica e quindi anche della rilevanza di questo filone che giustamente K&M valorizzano. A nostro avviso un altro punto a favore del lavoro di K&M sta propria nelle biografie delle autrici: consulente la K., accademica la M. in cerca di un’adeguata sintesi di teoria e pratica, rigore metodologico e spendibilità pratica [Cipolla 1998] mentre spesso, purtroppo, procedure e stili di lavoro, specie nelle organizzazioni pubbliche, troppo autopoietici ed autoreferenziali scindono ricerca scientifica e applicazione professionale rendendoli due universi paralleli. Le autrici, sul piano descrittivo sono impeccabili.

Sul piano ricompositivo-propositivo, dicevamo, il saggio di K&M convince meno e vorremmo illustrare sinteticamente il perché.

Il saggio avrebbe potuto trattare anche altri aspetti della comunicazione sulla Health Literacy.

In primo luogo, l’approfondimento sul tema della validità dei criteri di selezione e sulla ripetizione necessaria, validità delle informazioni della Health Literacy. Se il cittadino consumatore è portato a

ricercare e ad adottare le informazioni sulla salute, chi garantisce al potenziale paziente utente che gli elementi cognitivi a cui si è affidato, anche solo in termini di prevenzione, siano i più efficaci per la tutela della propria salute, se non addirittura controproducenti! Si rischia di essere fagocitati da un sistema che è più interessato alla diffusione della informazione stessa, rispetto al controllo scientifico degli input riguardanti l’universo della salute.

Inoltre, nell’affrontare il tema della informazione della Health Literacy, viene menzionata la professionalità dell’infermiere, mentre il ruolo del medico viene considerato in una logica alquanto riduttiva. Il linguaggio usato dai medici risulta alla maggioranza degli utenti, incomprensibile a causa della complessa terminologia tecnica usata, tuttavia nel contenuto del saggio è del tutto trascurata la partecipazione attiva del personale medico, che dovrebbe risultare a nostro avviso, di assoluta rilevanza sulle modalità e strategie per la diffusione e legittimazione della Health Literacy alla cittadinanza. Senza l’apporto della professionalità medica in tutti i canali d’informazione considerati dalle due autrici, la Health Literacy rischia di rispondere più a logiche di mercato che a reali obiettivi sociali per il miglioramento della salute dei cittadini, potenziali utenti dei servizi sanitari. Una problematica spinosa riguarda la validità ed il controllo sulle innumerevoli informazioni che hanno a che fare la Health Literacy, in stretto collega-

mento al pericolo dell'aumento delle disuguaglianze sociali di chi ha e sa meno, riguardo al tema della salute.

Nella visione forse un po' troppo ottimistica di stampo mitteleuropeo delle due autrici, viene esaltato il ruolo del *mercato privato della salute in rapida crescita*, come elemento caratterizzante delle società della salute, ma non vengono trattati adeguatamente gli aspetti sull'informazione tra società e mercato, su un tema così delicato come la salute. Un sistema sanitario che comprenda al proprio interno oltre i servizi pubblici anche quelli privati assicura al cittadino una offerta più vasta di servizi per la cura e tutela della salute, mentre un mercato privato senza regole che si avvale di un universo di canali di informazione può portare la Health Literacy al collasso se rispondente esclusivamente alle sue stesse logiche di profitto. Ovviamente non reputiamo K&M così ingenui da non considerare questi aspetti, probabilmente li hanno trattati in altri loro scritti dato che in quello che stiamo commentando essi sono un tantino trascurati.

Non vogliamo ricondurre tutta la questione in chiave politica, per gli evidenti limiti delle politiche sociali, per ambiti che necessitano di livelli di tecnici più elevati dei criteri decisionali afferenti la politica.

Tuttavia, come afferma Pocetta nel suo commento, l'intrinseca intersettorialità del tema sviluppato da K&M implica una rivisitazione del concetto di cittadinanza e dei diritti ad essa connessi, ovvero una

rivisitazione al cuore della teoria politica. Anche Chiarenza nel suo commento condivide questa visione e aggiunge un tassello a nostro parere importante ovvero che l'acquisizione di competenze sociosanitarie non è un tratto caratterizzante degli addetti ai lavori e degli aspiranti tali bensì un tratto evolutivo del concetto stesso di cittadinanza [Chiarenza 2007].

Ciò è ampiamente condivisibile ma solleva una questione delicatissima che in queste pagine si può solo abbozzare e che a nostro parere è una grande sfida evolutiva del XXI secolo: la comunicazione strategica del know how specialistico ai non addetti ai lavori. Il tema non è certamente nuovo dal Reader's Digest al più comune giornalismo "scientifico" questo argomento è apparentemente quasi vecchio eppure, sui grandi numeri, esso è sempre stato visto come un allungamento della catena di intermediazione tra l'"esperto" e il "profano", catena composta da molti, a nostro parere troppi, anelli di congiunzione tra i due estremi. Probabilmente la sfida evolutiva, di cui protagoniste privilegiate potrebbero essere le facoltà e i corsi di laurea in scienze della comunicazione in sinergia con le facoltà delle scienze più "dure" sarebbe l'istituzione di corsi di alta formazione in cui strategie, tattiche ed azioni della comunicazione venissero insegnate a medici, fisici, biologi ecc. per comunicare direttamente coi non addetti ai lavori riducendo il numero di intermediari. In sostanza, a nostro parere, è molto più strategico un intervento di tec-

nologia sociale alla Luhmann piuttosto che il farraginoso mondo della discorsività, del dialogo tra istituzioni e mondi vitali.

Le autrici, se abbiamo ben inteso, sono germanofone ed una anche italianofona dunque per loro l'inglese è una lingua straniera ancorché ben conosciuta. Speriamo che la deformante concezione delle "competenze del cittadino" di cui parlano dipenda da un mero problema linguistico.

Ci spieghiamo meglio. Le autrici provengono da contesti mittel-nord-europei in cui è considerato una volgarità proletaria non essere poliglotti dalla culla e non aver fatto il giro del mondo intero prima del proprio trentesimo compleanno. Il loro background culturale dovrebbe essere dunque improntato al celebre motto "agisci sempre in modo da ampliare le tue possibilità di scelta" [von Foerster 1987] mentre K&M, forse per un eccesso di fiducia nell'esportabilità del modello socialdemocratico scandinavo anche in altre realtà europee (di cui probabilmente poco conoscono il debito pubblico), esse agganciano l'adeguatezza della gestione della literacy anche alle competenze "politiche" (cioè di *politics* come illustra lo schema) del cittadino al proprio contesto istituzionale (in quanto elettore anziché puntare su una competenza del cittadino inteso come policymaker che vonfoersterianamente usa le proprie *skills* di literacy (funzionali, interattive di critica) per scegliere la soluzione più consona al proprio problema. Dal *politician* dedito alla politics con-

vinto illusoriamente di poter guidare il cittadino [cfr. Crozier 1978, 1987 e 1996], al cittadino *policy-maker* che osserva un orizzonte di varietà, la seleziona e stabilizza la soluzione più viabile [Pitassi 2003] questo il salto evolutivo che a nostro parere avrebbe dato "un tocco in più" al comunque valido e interessante saggio di queste autrici.

Bibliografia

- Alexander J.C. (1990), *Teoria sociologica e mutamento sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Bateson G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
- Bertini S. (2000), *La pratica delle mutilazioni genitali femminili. Un fenomeno transculturale di difficile comprensione*, "Quali frontiere. Cooperazione, Cultura, Sviluppo", CEFA dicembre.
- Bertini S. (2002), *Il disagio sommerso nel quartiere Santo Stefano*, Comune di Bologna, quartiere Santo Stefano, Cooperativa Sociale ADA, Centro Stampa del Comune di Bologna.
- Bertini S. (2003), *I cambiamenti della domanda di assistenza. I nuovi bisogni assistenziali in Emilia Romagna*, "IPAB News", Rivista dell'ARER IPAB, Bologna, n. 3 Terzo Trimestre.
- Chiarenza A. (2007), *Il ruolo dei servizi sanitari nello sviluppo della Health Literacy*, "Salute e Società", a. VI, n. 1, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura) (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Crozier M. (1978), *Il fenomeno burocratico*, ETAS, Milano.
- Crozier M. (1987), *Stato modesto, Stato moderno*, Lavoro, Roma.

- Crozier M. (1996), *La crisi dell'intelligenza*, Lavoro, Roma.
- Ferraro S. (2006), *Non leggere questo libro. Nuoce gravemente alla salute*, Aracne, Roma.
- Luhmann N., Habermas J. (1971), *Teoria della società o tecnologia sociale*, ETAS, Milano.
- von Foerster H. (1987), *Sistemi che osservano*, Ubaldini, Roma.
- Pitassi A. (2003), *Universi paralleli*, FrancoAngeli, Milano.
- Signitzer B. et al. (1998), *Progettare la comunicazione strategica*, FrancoAngeli, Milano.

Comunicazione della segreteria tecnico-scientifica

Griglia per la valutazione degli articoli di Salute e Società

a cura di Antonio Maturo

Griglia di orientamento¹ per la valutazione, da parte di due *referees* anonimi, degli articoli pubblicati su *Salute e Società*.

1. Contenuto

	Molto bassa	Bassa	Moderata	Elevata	Molto elevata	Eccezio- nale
Importanza dell'argomento						
Originalità dell'approccio						
Rilevanza del livello teorico e della metodologia						
Grado di interesse per i lettori di "Salute e Società"						
Contributo alla conoscenza scientifica sulla materia						
Chiarezza nella disposizione logica dei temi						
Forza argomentativa						
Stile di scrittura (facilità di lettura)						

1. Modello rielaborato dal circuito internazionale delle riviste scientifiche, con particolare riferimento a quelle sociologiche.

2. Aspetti tecnico-scientifici

	Si	No	N.P*.
Correttezza nell'utilizzo delle metodologie statistiche e qualitative			
Problemi nelle citazioni (incomplete, obsolete, insufficienti)			
Il testo può essere ridotto? (Indicare dove)			
Il testo richiede approfondimenti? (Indicare dove)			
Sono necessari più paragrafi? (o sotto paragrafi?)			
Mancano tabelle o figure citate?			
Altri problemi in tabelle o figure? (grafici, di comprensione, ecc.)			
Vi possono essere problemi "etici"? (orientamento verso il committente; poca chiarezza sulla distinzione di ricercatore sul campo/autore; conflitti di "interesse")			

3. Suggerimenti per l'autore/autrice

Il referee sintetizzi alcuni possibili interventi migliorativi del contributo (dove ridurre il testo, dove espanderlo, problemi con tabelle e figure, problemi etici, altro...).

Referees che nel triennio 2005-2007 hanno fornito valutazioni sulla pubblicabilità degli articoli contenuti su "Salute e Società".

Veronica Agnoletti (Università di Bologna)
 Leonardo Allodi (Università di Bologna)
 Francesco Maria Battisti (Università di Cassino)
 Natale Ammaturo (Università di Salerno)
 Leonardo Altieri (Università di Bologna)
 Sergio Belardinelli (Università di Bologna)
 Alessia Bertolazzi (Università di Bologna)
 Carlo Borzaga (Università di Trento)
 Cleto Corposanto (Università di Trento)
 Luca Fazzi (Università di Trento)
 Maurizio Esposito (Università di Cassino)
 Davide Galesi (Università di Trento)
 Andrea Gardini (ARS Marche)
 Ivo Germano (Università di Bologna)
 Siegfried Geyer (Medizinische Hochschule, Hannover)
 Grzegorz Kaczynski (Università degli Studi di Catania)
 Linda Lombi (Università di Bologna)

Antonio Maturo (Università di Bologna)
 Rosanna Memoli (Università La Sapienza, Roma)
 Luca Mori (Università di Verona)
 Mauro Moruzzi (CUP 2000, Bologna)
 Guido Giarelli (Università Magna Graecia)
 Francesca Guarino (Università di Bologna)
 Marco Ingrosso (Università di Ferrara)
 Emiliana Mangone (Università di Salerno)
 Licia Mignardi (CUP 2000, Bologna)
 Alessandra Parodi (Università di Heidelberg)
 Carlo Pennisi (Università degli Studi di Catania)
 Annamaria Perino (Università di Trento)
 Andrea Pitasi (Università di Chieti - Pescara)
 Raffaella Sette (Università di Bologna)
 Tullia Saccheri (Università di Salerno)
 Luca Pietrantonì (Università di Bologna)
 Susanna Vezzadini (Università di Bologna)
 Angelo Villini (Avvocato, Dottore di Ricerca in Criminologia)
 [...]

* Non Pertinente riguardo allo scritto in questione.