



Salute e qualità della vita

Risultati di uno studio esplorativo
tra i soggetti decisionali in Alto Adige e nei Grigioni

Bernhart J., Märk S., Pracher C., Promberger K., Vigl S.

BERNHART J., MÄRK S., PRACHER C., PROMBERGER K., VIGL S.

Salute e qualità della vita

**Risultati di uno studio esplorativo tra i soggetti
decisionali in Alto Adige e nei Grigioni**

Josef J. Bernhart

Dottorato di ricerca in scienze sociali ed economiche all'Università di Innsbruck. Vice-direttore dell'Istituto per il Management Pubblico dell'Accademia Europea di Bolzano. Attività di docenza, tra l'altro, all'Università di Innsbruck e alla Fachhochschule Kärnten. Attività di ricerca e consulenza nel management pubblico con focus su management della qualità, local governance e social innovation.

E-Mail: josef.bernhart@eurac.edu

Stefan Märk

Dottorato di ricerca in scienze economiche all'Università di Innsbruck. Attività di docenza e ricerca all'Università di Eichstätt/Ingolstadt; in precedenza ricercatore con incarico di docenza all'Istituto per il management strategico, il marketing e il turismo dell'Università di Innsbruck. Focus di ricerca nei settori della ricerca sociale e imprese familiari.

E-Mail: stefan.maerk@ku.de

Christian Pracher

Professore di management pubblico all'Università per le scienze applicate di Economia e Diritto di Berlino. Focus di ricerca nei settori della ricerca sociale empirica e metodologia della ricerca e temi scelti di management pubblico.

E-Mail: christian.pracher@hwr-berlin.de

Kurt Promberger

Professore di economia aziendale e direttore del Settore di ricerca e formazione sul management pubblico, l'e-government e la governance pubblica dell'Università di Innsbruck; direttore dell'Istituto per il Management Pubblico dell'Accademia Europea di Bolzano. Attività di ricerca e consulenza nel management pubblico a livello internazionale con focus su controlling e contabilità pubblica, e-government, public governance e management della sostenibilità.

E-Mail: kurt.promberger@uibk.ac.at

Sonja Vigl

Laurea in economia aziendale all'Università degli Studi di Verona. Ricercatrice dell'Istituto per il Management Pubblico dell'Accademia Europea di Bolzano. Attività di ricerca e consulenza nel management pubblico con focus su management sociale, riduzione degli oneri amministrativi e riforme del management pubblico in Italia.

E-Mail: sonja.vigl@eurac.edu

*Traduzione tecnico-scientifica***Sara Boscolo**

Laurea in semiologia dell'arte all'Università degli Studi di Bologna. Ricercatrice dell'Istituto per il Management Pubblico dell'Accademia Europea di Bolzano. Attività di ricerca e consulenza nel management pubblico con focus su management della qualità, governance locale, riforme del management pubblico in Italia e innovazione comunale.

E-Mail: sara.boscolo@eurac.edu

Indice

Introduzione	5
1. Situazione di partenza	9
2. Qualità della vita – un costrutto multidimensionale	10
3. Design dello studio	13
4. Risultati dell'indagine	16
4.1. Profilo dei partecipanti all'indagine	16
4.2. Fattori determinanti della qualità della vita	19
4.2.1. Salute fisica	19
4.2.2. Ambiente sociale	21
4.2.3. Posto di lavoro	22
4.2.4. Politica	23
4.2.5. Ambiente di vita, cultura e consumi	24
4.2.6. Formazione	25
4.3. Risultati relativi al profilo dei partecipanti all'indagine	26
4.4. Fattori di influenza dell'ambiente sociale	28
5. Risultati dello studio in breve	31
6. Prospettive future	32
Bibliografia e indice delle fonti	33
Indice delle figure	34



Istituto per il Management Pubblico
Viale Druso 1, 39100 Bolzano
Tel: +39 0471 055410
Fax: +39 0471 055499
public.management@eurac.edu
www.eurac.edu



Un'iniziativa nell'ambito del progetto Interreg IV "insieme sano - gemeinsam gesund" tra la Ripartizione 24 Famiglia e politiche sociali della Provincia autonoma di Bolzano e l'Ufficio di Igiene pubblica dei Grigioni (ID 13895470)

Ordinabile presso:

Accademia Europea di Bolzano, Viale Druso 1, 39100 Bolzano – Italia
Tel. +39 0471 055033, Fax +39 0471 055099, e-mail: press@eurac.edu

È autorizzata la riproduzione parziale o totale del contenuto
previa citazione della fonte (titolo ed edizione).

© 2012

ISBN 978-88-88906-78-2

Introduzione

Chi pensa alla salute, di solito pensa alla salute fisica. La salute, poi, viene spesso definita in modo negativo: si è in salute se non si accusano dolori, se non si è costretti a letto o non bisogna andare dal medico, se si riesce a condurre una vita produttiva e soddisfacente.

Di uso meno corrente è il concetto di salute “globale”, secondo la definizione conosciuta nel dopoguerra dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ossia uno “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia” (OMS 1946).

Proprio la dimensione sociale della salute non trova nel dibattito pubblico l’attenzione che sarebbe auspicabile nella prospettiva della politica sanitaria. Peraltro, l’esistenza di una correlazione significativa tra salute e inclusione sociale, o rete sociale, viene riconosciuta in modo sempre più chiaro ed è rafforzata da evidenze empiriche.

Nell’attuale scenario demografico e di evoluzione del quadro epidemiologico diventano ogni giorno più evidenti i limiti di un modello specializzato nel trattamento delle patologie acute: le malattie acute e trasmissibili come la tubercolosi, il morbillo ecc. hanno perso via via il carattere di malattie popolari mentre le malattie croniche degenerative, come quelle a carico dell’apparato cardiocircolatorio e muscoloscheletrico, i tumori, le turbe neuropsichiatriche sono diventate la principale causa di infermità e di morte. L’86% dei casi di morte e il 77% dell’incidenza di malattie è infatti dovuto a malattie non trasmissibili (OMS 2005).

Di conseguenza i fattori determinanti e influenzabili della salute, come per esempio l’alimentazione, il movimento, le condizioni di lavoro, l’istruzione, l’abitazione e il radicamento sociale, devono assumere un’importanza ben maggiore nel quadro di programmi di prevenzione e promozione della salute coerenti con lo specifico contesto di riferimento.

Nel Libro Bianco “Un impegno comune per la salute” la Commissione europea scrive: “La spesa per l’assistenza sanitaria dovrebbe essere accompagnata da investimenti nella prevenzione, nella protezione e nel miglioramento della salute fisica e mentale generale della popolazione, che, secondo dati dell’OCSE, attualmente rappresentano in media il 3% del bilancio complessivo annuo destinato dagli Stati membri alla salute, rispetto al 97% per l’assistenza sanitaria e i trattamenti.” (Commissione europea 2007).

In altre parole: il modello biomedico incentrato sull’individuo, che identifica nell’eredità genetica e nei comportamenti individuali più o meno benefici per la salute, ovvero nelle disfunzioni di singoli organi, le principali cause di insorgenza delle

malattie, appare limitato. Oltre a tali aspetti è necessario considerare maggiormente le condizioni di vita, di lavoro e di tempo libero degli individui ponendo attenzione alle differenze nell'accessibilità, quantità e qualità delle risorse materiali e immateriali necessarie per far fronte alle esigenze quotidiane.

Nel secolo scorso l'aspettativa di vita nei paesi industrializzati è aumentata ogni decennio di circa tre anni. Tuttavia, diversamente da quanto auspicato dagli esponenti del complesso medico industriale, tale incremento è dovuto solo in piccola parte alle cure mediche prestate (10-20%). Ben maggiore (70%) è stata l'influenza delle condizioni di vita e di lavoro e dei modelli di comportamento individuali.

La gamma dei fattori che hanno contribuito all'innalzamento dell'aspettativa di vita comprende, in pratica, tutti i campi della vita: dalla canalizzazione delle acque di scarico alla raccolta differenziata, da condizioni abitative più salubri a un'alimentazione nutriente, dalla qualità dell'acqua e dell'aria all'istruzione scolastica, fino al divieto del lavoro minorile e al sistema di assicurazione sociale. Per non parlare dello stato di diritto che si erge a garante della tutela e della sicurezza di tutte le categorie sociali svantaggiate, delle misure di igiene pubblica adottate, anche durante il parto, le quali hanno portato a una sensibile regressione della mortalità infantile, delle condizioni di lavoro più salubri e sicure o delle reti sociali come la famiglia, gli amici, i colleghi di lavoro, il volontariato e l'aiuto di vicinato. Tutto questo ha a che fare con la qualità della vita e spiega l'interesse verso questo concetto nella prospettiva della politica sanitaria.

Il concetto di qualità della vita presenta, tuttavia, lo svantaggio di essere talmente pregnante da risultare troppo vago e, inoltre, di non offrire una definizione condivisibile da tutte le discipline specialistiche. Questo dipende anche dal fatto che la qualità della vita riferita alla salute può essere osservata e misurata solo per via indiretta. In campo biomedico è tutto più semplice: determinare il numero di globuli rossi e bianchi presenti nel sangue non è un problema dal punto di vista tecnico. Ben più difficoltosa è la via per determinare, con l'aiuto di indicatori e di metodi quantitativi e qualitativi della ricerca sociale empirica, la qualità della vita.

Peraltro, il concetto di qualità della vita aiuta a comprendere che i fattori che determinano lo stato di salute o di malattia non sono da imputare esclusivamente ai (mancati) comportamenti e alle azioni degli individui. Un esempio a sostegno di questa tesi è quello delle malattie cardiocircolatorie, che in Europa sono tra le più frequenti cause di morte. L'infarto è stato descritto per lungo tempo come la "malattia tipica dei manager". Sta di fatto che, dati epidemiologici alla mano, l'incidenza di infarto o di ictus tra le categorie socialmente svantaggiate è di circa il doppio rispetto

all'incidenza riscontrabile tra i dirigenti, i quali dispongono di maggiori risorse sociali e finanziarie e di un'elevata capacità decisionale.

Questo fenomeno può essere spiegato con l'aiuto di due modelli di stress di provata validità. Si tratta del modello domanda-controllo (Karasek & Theorell 1990) e del modello sforzo-ricompensa (Siegrist 1996). Il primo sostiene essenzialmente che il persistere di un'elevata domanda lavorativa in combinazione con una bassa autonomia decisionale porta a una situazione di stress lavorativo cronico, esponendo al rischio di malattie circolatorie. Il secondo modello postula una relazione di causalità tra il persistente disequilibrio tra prestazione e ricompensa (finanziaria, ma anche emozionale, per esempio sotto forma di riconoscimento e apprezzamento) e l'aumento del livello di stress, che a propria volta favorisce l'insorgenza di malattie.

In un'ottica di promozione della salute questo significa creare le condizioni favorevoli al perseguimento della salute nell'ambito di processi partecipati con i portatori di interessi, nella consapevolezza delle disuguaglianze sociali esistenti rispetto alle opportunità di salute: le persone svantaggiate da un punto di vista socio-economico e culturale si ammalano più spesso e più a lungo rispetto alle persone con un'elevata posizione sociale e hanno un'attesa di vita molto più bassa (Richter & Hurrelmann 2006; Mielck 2005). In questo senso la salute non è solo una questione di volontà, ma anche di possibilità. Da una parte questo presuppone adeguate conoscenze e capacità di azione (*empowerment*). Dall'altra, l'azione di promozione della salute risulta particolarmente efficace se si riesce a radicare negli ambienti di vita delle persone i fattori che influiscono sulla salute stessa.

Secondo le Nazioni Unite, il raggiungimento dei più alti standard di salute è un diritto fondamentale di ogni uomo. Su questo diritto umano si basa anche la promozione della salute, la quale "offre una concezione positiva e completa della salute come determinante della qualità della vita, che comprende anche il benessere spirituale e mentale" (Carta di Bangkok - OMS 2005).

D'altra parte, come già accennato, la qualità della vita è vissuta e descritta in modo contraddittorio sia nella prassi scientifica che nella vita quotidiana. Per esempio: i residenti magari protestano contro la circonvallazione nel loro quartiere ma si guardano bene dal rinunciare alla propria automobile; la costruzione di una zona commerciale da una parte crea nuovi posti di lavoro (un'importante determinante della salute e della qualità della vita) mentre dall'altra viene rasa al suolo un'area di ricreazione; i piccoli negozi (Tante-Emma-Läden) rafforzano la struttura sociale in un paese offrendo prodotti di prima necessità a pochi passi da casa ma il supermercato che campeggia sul prato verde vende la propria merce a prezzi più convenienti; il desiderio di usu-

fruire di orari di apertura prolungati da parte di clienti facoltosi mal si concilia con la richiesta dei negozianti di avere il fine settimana libero ecc.

Da ciò si può dedurre che la qualità della vita non è una dimensione fissa e immutabile, valida per tutti allo stesso modo e in ogni momento. Piuttosto, è un concetto da ridefinire ed elaborare continuamente, una sfida che si è posta anche l'EURAC in collaborazione con la Fondazione Vital. Per questo desidero ringraziare e per la collaborazione quanti hanno contribuito a realizzare questo studio con l'auspicio che venga letto da un folto e interessato pubblico.

Mag. Franz Plörer MPH

Direttore Fondazione Vital

1. Situazione di partenza

Lo studio che sarà descritto in questo volume è stato realizzato nell'ambito del progetto Interreg IV "insieme sano – gemeinsam gesund", avviato dalla Ripartizione Famiglia e politiche sociali della Provincia autonoma di Bolzano e dall'Ufficio di Igiene pubblica dei Grigioni con la collaborazione scientifica dell'Istituto per il Management Pubblico dell'EURAC. L'obiettivo dello studio era di definire i concetti di salute e di qualità della vita in base a una serie di variabili e di determinanti e di rilevare tali variabili con l'aiuto di un questionario. A partire da una ricognizione della letteratura di riferimento è stato tracciato un primo quadro definitorio e concettuale dell'oggetto di ricerca, successivamente approfondito nell'ambito di un focus group. Su questa base è stato elaborato un questionario online, il quale è stato somministrato a oltre 2.000 attori in Alto Adige e nel Canton Grigioni. Il gruppo target era costituito da soggetti decisionali che ricoprono un ruolo di alta responsabilità all'interno di aziende e di organizzazioni sia pubbliche che private e da un gruppo di cittadini scelti per il loro grande impegno sociale. Il focus dell'indagine era sul valore che la salute e la qualità della vita assumono per tali soggetti, nonché sui fattori determinanti della qualità della vita ritenuti necessari o, comunque, desiderabili.

Le dimensioni di analisi della qualità della vita prese in considerazione nello studio sono, oltre alla salute in senso stretto, l'ambiente sociale, il posto di lavoro, la politica e la partecipazione alla vita politica e, non da ultimo, la soddisfazione individuale. Questa pubblicazione descrive i risultati dell'indagine. Oltre al livello di concordanza e di importanza attribuiti ai diversi determinanti della qualità della vita, vengono presentate anche le opinioni dei partecipanti riguardanti la loro qualità di vita e il loro livello di soddisfazione. L'impianto teorico-metodologico adottato è descritto nell'introduzione.

Progetto Interreg
"insieme sano –
gemeinsam
gesund"

2. Qualità della vita – un costrutto multidimensionale

“Never try to define Life Quality”

(comunicazione verbale di Sir Carl Popper a H. Troidl, 1988)

Qualità della vita
indicizzabile solo
attraverso settori
parziali

Che cosa vuol dire, oggi, “qualità della vita” o “essere in salute”? Non c’è campo o situazione della vita che possa dirsi esente da domande di questo tipo. Le persone cercano di trovare se stesse, di governare la propria vita, di soddisfare i propri bisogni e anche di mantenere, difendere o migliorare la propria qualità di vita. Che si tratti del lavoro, delle amicizie, di una malattia o dell’interazione con l’ambiente, compresi i sistemi culturali e di valori diversi dal proprio, ciascuno cerca di raggiungere la maggiore qualità di vita possibile, a seconda delle proprie preferenze. Il benessere personale è influenzato da una molteplicità di fattori diversi tra loro. Pertanto la qualità della vita è un costrutto multidimensionale indicizzabile solo a partire dai settori parziali che la caratterizzano.

Questo tema è stato oggetto di studio da parte di diverse discipline scientifiche. In psicologia il concetto di qualità della vita è utilizzato, tra l’altro, come criterio di valutazione degli studi clinici, mentre nella ricerca di base interdisciplinare è una parte del management della qualità (Herschbach, 1999, 2002; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). In sociologia rappresenta la condizione della popolazione nazionale e internazionale, considerata in una prospettiva comparata. Nelle discipline economiche la trattazione del tema rientra nella branca della cosiddetta economia del benessere. Il carattere estremamente sfaccettato del concetto di qualità della vita è peraltro evidenziato dall’elevato numero di locuzioni e termini usati come sinonimi, come per esempio: benessere soggettivo, felicità, soddisfazione per la propria vita (Allardt, 1976; Herschbach, 2002).

Nella sua opera “Economics of Welfare”, del 1920, l’economista inglese Arthur Cecil Piquo afferma che il lavoro e il reddito influenzano sempre la qualità della vita. All’inizio degli anni Cinquanta il dibattito sul tema si sviluppa nel quadro delle teorizzazioni sul benessere. Dopo la fine della seconda guerra mondiale prende avvio la riflessione su come rendere la vita più allettante, lavoro a parte. Fino ad allora il dibattito sulla qualità della vita avviene per lo più nel solco delle scienze politico-economiche e sulla scorta di modelli di calcolo. Un cambio di direzione rispetto ai modelli teorici dominanti si registra intorno alla fine degli anni Cinquanta per opera degli scienziati nordamericani Kenneth Galbraight (1967) e Raymond Bauer, i quali intro-

ducono un approccio più umanistico e di tipo qualitativo. In particolare, con la sua opera “Social Indicators”, Bauer dà un notevole contributo alla diffusione del concetto di qualità all’interno delle moderne teorie sul benessere.

In generale, la ricerca sulla qualità della vita è caratterizzata da una molteplicità di concettualizzazioni e proposte definitorie, con marcate differenze sia negli ambienti scientifici che nel dibattito politico. La contrapposizione fondamentale è tra sostenitori del benessere nell’accezione di standard di vita, e propugnatori del benessere individuale (Noll, 1999).

Zapf (1984) distingue tre differenti approcci della ricerca sulla qualità della vita, affermatasi negli anni Settanta:

- approccio oggettivo: la qualità della vita viene identificata con un’ottimale dotazione di risorse, il cui procacciamento è compito dello stato sociale
- approccio soggettivo individualistico: l’enfasi è sull’aspirazione dell’individuo alla felicità, considerata al tempo stesso causa e meta dell’agire umano
- combinazione dei due approcci : il focus è sulle condizioni di vita, che devono essere garantite principalmente dallo stato, dal mercato e dal terzo settore.

Tre approcci della ricerca sulla qualità della vita

Negli ultimi anni vengono seguiti entrambi questi approcci. Mentre i fautori dell’oggettivismo sostengono che la qualità della vita sia il risultato dell’accesso alle risorse, i soggettivisti la riconducono piuttosto alle aspirazioni personali e alla soddisfazione per le attuali condizioni di vita.

Per poter rendere conto della complessità del costrutto di qualità della vita è necessario considerare i due approcci in una prospettiva pluridimensionale (fig. 1).

Nel presente studio il fattore determinante della *salute fisica* è valutato in rapporto a variabili quali l’importanza di regolari visite mediche o dell’assistenza medica di base e dei relativi costi. L’*ambiente sociale* è indagato considerando sia l’importanza della rete di conoscenze e amicizie, sia la concordanza con affermazioni inerenti alla cura dei contatti, alla partecipazione attiva ad associazioni, all’impegno civile e alla fiducia nelle istituzioni. Le domande relative al *posto di lavoro* riguardano, tra l’altro, l’orario di lavoro, la situazione sul posto di lavoro, il reddito, nonché l’importanza del posto di lavoro per la creazione di qualità della vita, la coesione sociale, l’autonomia decisionale, la responsabilità. Il fattore della politica fa riferimento all’importanza e alla fiducia nella politica, alla partecipazione alla vita politica e alla stabilità politica, all’espressione del voto e al ruolo della politica comunale.

Le aree dell’*ambiente di vita, della cultura e dei consumi* comprendono diversi temi, dalle politiche di incentivazione delle aree rurali al traffico (automobilistico, aereo, trasporto pubblico), dall’offerta culturale alla convivenza interetnica e tra culture di-

verse, alla conservazione delle tradizioni locali, fino all'offerta di prodotti, alla disponibilità economica e alle gratificazioni materiali. Infine, la *formazione* comprende domande riguardanti l'accesso gratuito all'istruzione, il plurilinguismo, l'apprendimento precoce e lungo l'arco della vita e il contributo alla qualità della vita.



Figura 1: Determinanti della qualità della vita e caratteristiche degli *stakeholder* interpellati

3. Design dello studio

La domanda alla base dello studio era determinare che cosa significa e quale ruolo assume la qualità della vita per le persone influenti e i soggetti decisionali nei seguenti settori della vita economica e sociale: politica, istituzioni, sanità e sociale, economia, istruzione, cultura, media e volontariato. Oltre alle opinioni sul tema della qualità della vita sono stati indagati i determinanti la cui presenza è ritenuta necessaria, o comunque desiderabile, per la creazione di qualità della vita.

Obiettivo principale dello studio

Lo studio si è basato su un approccio esplorativo. L'obiettivo non era tanto quello di confermare delle ipotesi, quanto piuttosto quello di scoprire e mostrare le correlazioni esistenti tra i fenomeni analizzati al fine di determinare le opinioni degli attori chiave riguardo alle sfere d'intervento prioritarie e a possibili azioni di miglioramento della qualità della vita.

Studio di tipo esplorativo

La strategia di ricerca si è orientata verso l'utilizzo combinato di metodi qualitativi e quantitativi (*mixed methodology research design*).

Nel caso concreto sono state utilizzate le seguenti tecniche: analisi della letteratura esistente, colloqui con esperti, focus group qualitativi e un questionario standardizzato online.

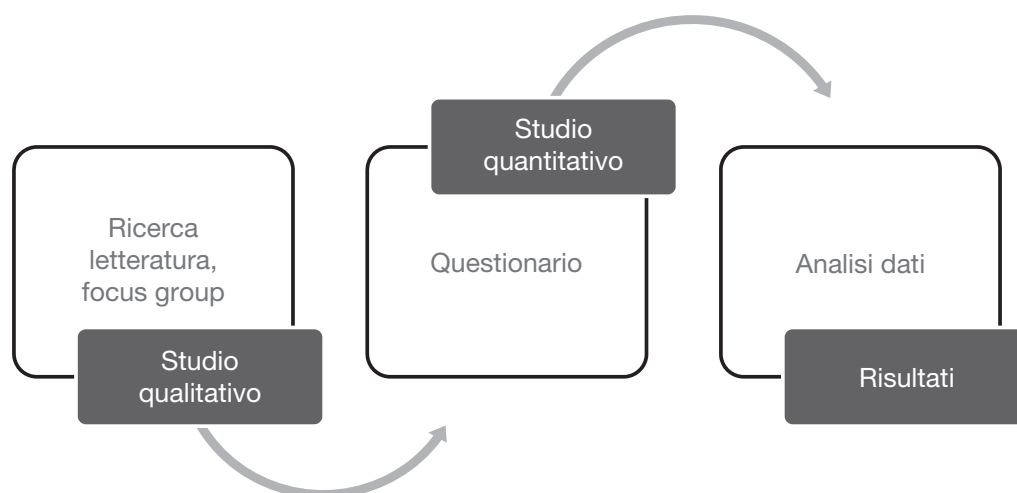


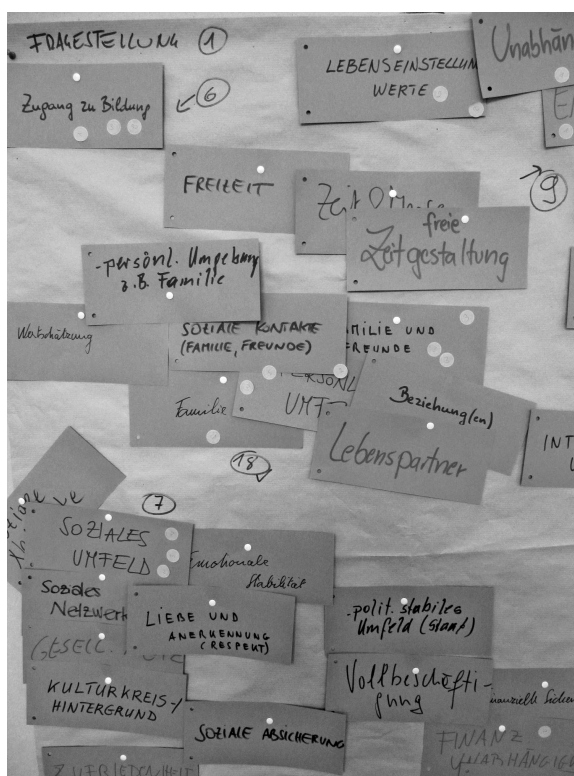
Figura 2: Approccio metodologico

In una prima fase i ricercatori dell'EURAC hanno condotto un focus group al quale hanno partecipato complessivamente 12 personalità influenti della provincia di Bolzano scelte nei settori della sanità, del sociale, delle istituzioni, delle banche e assicurazioni e della ricerca scientifica. L'obiettivo era di stabilire quali settori influenzano la qualità della vita. La discussione verteva sulle seguenti domande:

Ruolo centrale del focus group

- Quali temi Le vengono in mente riguardo alla qualità della vita?
- Quali sono i temi più importanti in connessione con la qualità della vita?

Il focus group ha portato all'identificazione dei seguenti settori chiave con riferimento alla qualità della vita: salute fisica, psichica e sociale, famiglia e lavoro, ambiente di vita, politica, formazione, cultura e comportamenti di consumo. Inoltre, a ciascuno di questi settori è stato attribuito un peso.



Ranking dei principali determinanti:

Contatti sociali

Posto di lavoro

Autonomia e codeterminazione

Salute

Soddisfazione individuale

Figura 3: Settori tematici emersi dal focus group

Nel questionario online che è stato sviluppato su questa base sono presenti tutti questi settori chiave. Ad essi sono state aggiunte domande anagrafiche (età, titolo di studio, professione, reddito, luogo di abitazione...) e domande sulla qualità della vita in generale (soddisfazione e ruolo della qualità della vita, abitudini alimentari e di sonno, sport, orario di lavoro, contatti con amici e conoscenti).

Il link di accesso al questionario online è stato spedito a 1.539 indirizzi di posta elettronica della provincia di Bolzano e a 1.069 indirizzi del Canton Grigioni. I recapiti sono stati individuati a partire dai gruppi target definiti in precedenza, tra i quali figurano politici, dirigenti ai vertici di aziende ed enti pubblici, medici, rappresentanti dei media, professionisti nei settori dell'istruzione e del sociale, associazioni e singoli cittadini che si distinguono per il loro grande impegno sociale.

Il tema della qualità della vita ha suscitato un grande interesse, come testimonia il numero di questionari restituiti, compilati in ogni parte (411).

Nel prossimo capitolo saranno descritti i risultati emersi dall'analisi dei dati raccolti.

Quota di
restituzione
del 16%

4. Risultati dell'indagine

4.1. Profilo dei partecipanti all'indagine

Nelle pagine seguenti si espongono i risultati dell'indagine condotta sui soggetti decisionali in tema di qualità della vita. La descrizione comprende anche un breve profilo delle caratteristiche anagrafiche e delle abitudini dei partecipanti all'indagine. Per motivi di leggibilità si è deciso di omettere le parti considerate dagli autori poco significative ai fini della presente pubblicazione.

Valutazione della
qualità della vita

- Dall'indagine emerge un buon livello di soddisfazione generale per la propria vita. Il 53% dei partecipanti se ne dichiara soddisfatto, il 28% persino molto soddisfatto.

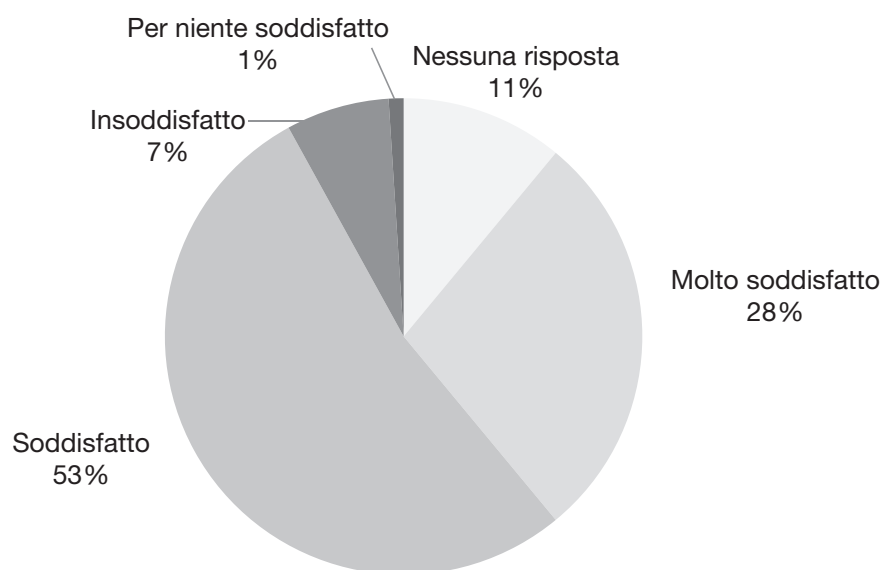


Figura 4: Analisi della domanda "In questo momento quanto si ritiene soddisfatto della Sua vita?"

- I soggetti decisionali danno un grande valore alla qualità della vita. Il 72% concorda con l'idea che la qualità della vita sia un tema centrale, mentre per il 15% la rilevanza del tema varia in relazione alle circostanze.
- Secondo la maggioranza dei soggetti decisionali il principale responsabile della qualità della vita è l'individuo medesimo. La seguente figura mostra le diverse categorie di soggetti considerati in ordine decrescente di responsabilità:



Figura 5: Analisi della domanda “Secondo Lei, su quali soggetti ricade principalmente la responsabilità di garantire la qualità della vita?”

- La maggioranza dei partecipanti all'indagine è costituita da persone di sesso maschile di età compresa tra 40 e 60 anni:

Profilo dei partecipanti

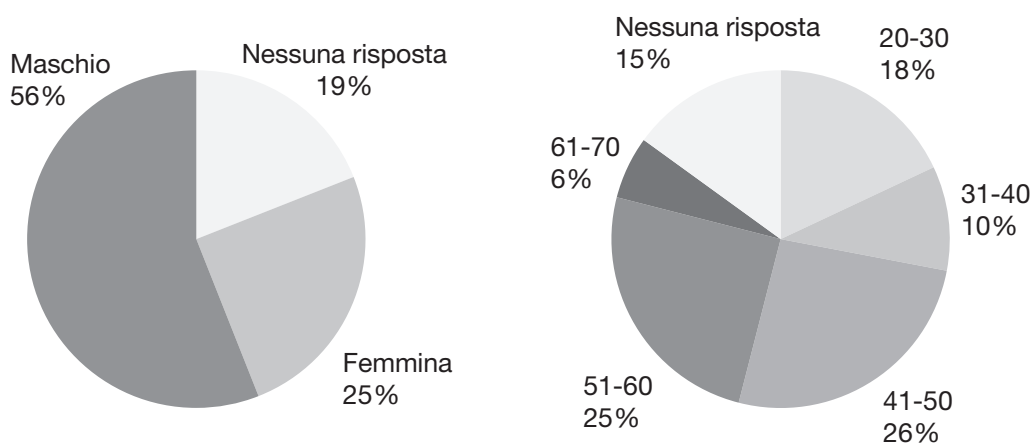


Figura 6: Dati riguardanti il sesso e l'età

- La maggior parte è di origine altoatesina (74%), il restante 25% proviene dai Grigioni.
- Il 64% appartiene al gruppo linguistico tedesco, il 14% al gruppo linguistico italiano e il restante 4% al gruppo ladino, ovvero reto-romanico.
- Circa la metà dei soggetti interpellati possiede un titolo di studio universitario, il 15% un diploma di maturità.
- Il 36% abita in una zona rurale, il 15% in periferia, il 32% in città.
- Il 66% abita in un appartamento di proprietà, il 13% è in affitto.
- Il 19% dei soggetti decisionali interpellati lavora nell'amministrazione pubblica, il 15% nel settore sanitario, il 13% in un'azienda privata, l'8% nel settore sociale e il 5% in un'azienda pubblica. Le restanti quote percentuali sono ripartite tra settori più piccoli e risposte non date.
- Poco più della metà (52%) è iscritto a un'associazione, ma soltanto il 34% svolge regolare attività di volontariato ("almeno un'ora a settimana").
- Il 51% degli interpellati dispone di un autoveicolo, il 39% di due, il 7% di più di due e soltanto il 2% non ha nessun automezzo.

Sonno, attività
fisica, abitudini
alimentari

Sono state inoltre rilevate le principali abitudini dei soggetti decisionali riguardo a sonno, attività fisica e alimentazione:

- Il 63% afferma di dormire abbastanza e circa la metà di svolgere regolare attività fisica.
- Il 67% dichiara di consumare i pasti a orari regolari. Il 38% si prende circa mezz'ora di tempo per il pranzo, il 44% un'ora.
- Per quanto riguarda le abitudini alimentari nella pausa pranzo, il 16% prepara il pranzo a casa propria, il 20% va al ristorante, il 19% pranza in mensa e l'8% mangia qualcosa al volo. Il 37% dei partecipanti non ha risposto a questa domanda perché l'ha ritenuta di scarsa o nessuna rilevanza.

4.2. Fattori determinanti della qualità della vita

L'analisi dei risultati relativi ai determinanti della qualità della vita mostra il seguente quadro. In generale non si evidenziano sostanziali differenze tra Alto Adige e Grigioni.

4.2.1. Salute fisica

- Il 54% dei soggetti interpellati ritiene di essere in buona salute, mentre il 31% afferma di godere di ottima salute.

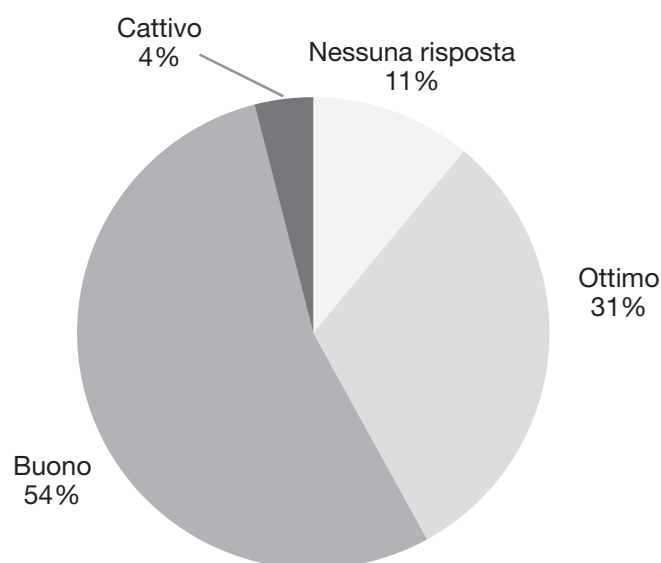


Figura 7: Analisi della domanda “Come valuta il Suo stato di salute?”

- Le visite mediche sono considerate importanti da qualcuno, non importanti da altri. Da ciò si può concludere che la regolarità delle visite mediche non è un parametro necessario per valutare lo stato di salute.
- Le risposte date in merito all'assistenza medica sono mostrate nella figura 8.

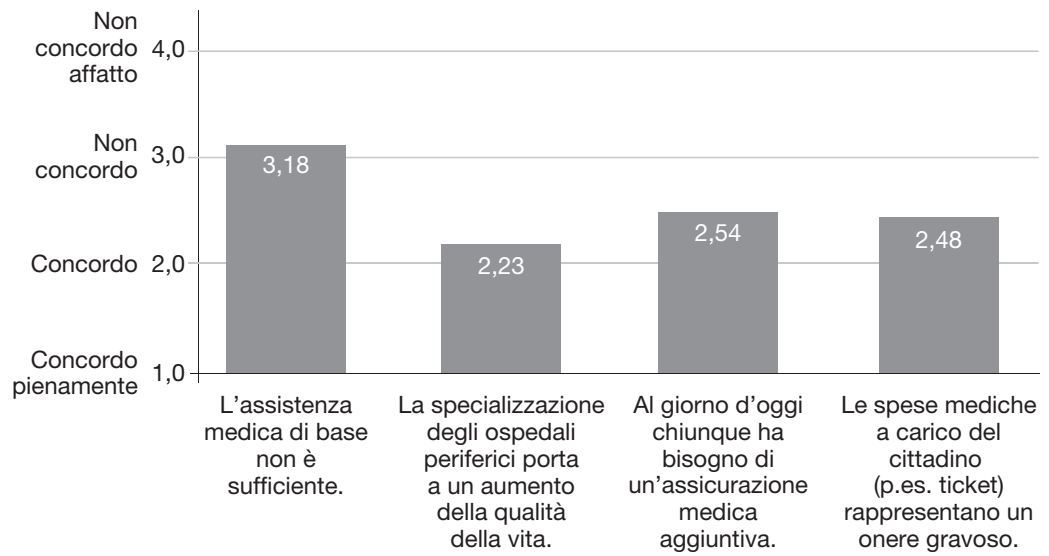


Figura 8: Analisi delle opinioni riguardo all'assistenza medica e ai relativi costi

4.2.2. Ambiente sociale

- Le persone interpellate considerano la rete di relazioni sociali un importante fattore di qualità della vita, ma ancor più importante è la cerchia di amici.
- La maggioranza ritiene che le persone siano sempre più sole e isolate. Emerge però anche che le relazioni sociali possono essere fonte di stress.

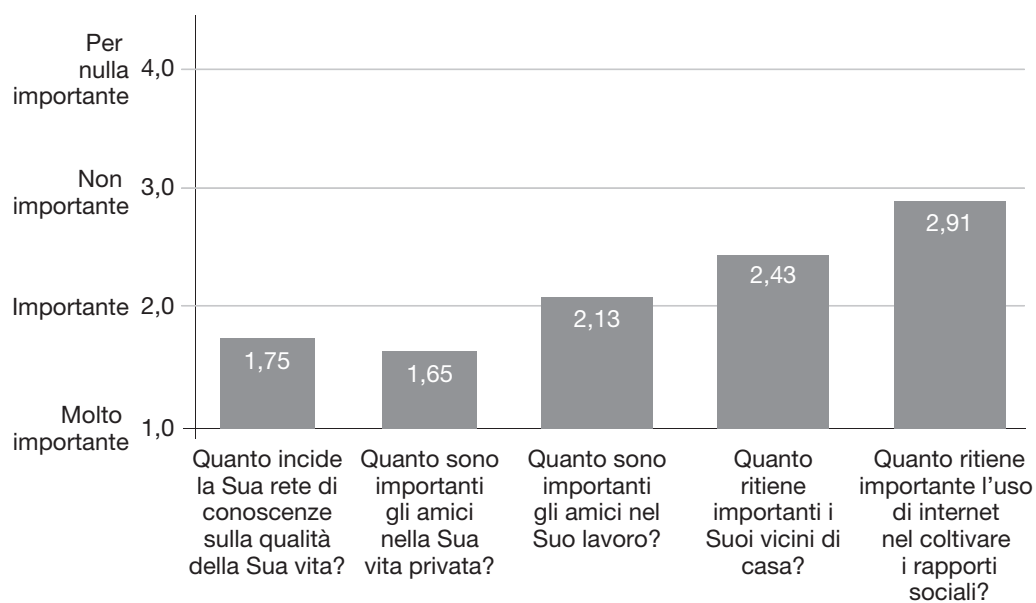


Figura 9: Analisi della domanda sull'importanza dell'ambiente sociale

4.2.3. Posto di lavoro

- Il posto di lavoro è considerato tra le principali fonti di qualità della vita. L'autonomia decisionale, un buon clima di lavoro e una chiara suddivisione delle responsabilità sono considerati tra i fattori più importanti.
- I partecipanti all'indagine sono critici riguardo agli sviluppi della propria situazione lavorativa. Se il mobbing non viene percepito come un problema, lo stesso non può dirsi dello stress da lavoro e del timore per la sicurezza del posto di lavoro.
- Soltanto il 14% ha un orario di lavoro settimanale compreso tra le 31 e le 40 ore e il 5% lavora meno di 30 ore la settimana. Il 46% afferma di lavorare tra le 41 e le 50 ore settimanali e il 9% oltre 60 ore a settimana. L'11% degli interpellati non ha risposto a questa domanda.

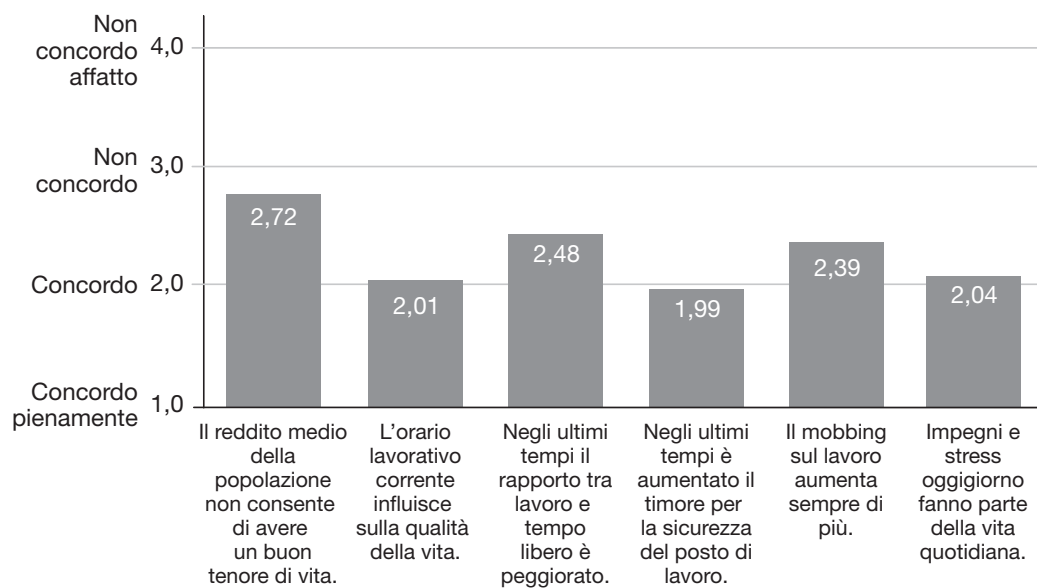


Figura 10: Analisi delle opinioni riguardo al posto di lavoro

4.2.4. Politica

- La politica in generale viene valutata in modo controverso. Da una parte, le persone interpellate danno importanza, o molta importanza, alla stabilità politica, alla partecipazione politica e alla possibilità di esprimere il proprio voto, dall'altra denunciano una scarsa fiducia della popolazione nella politica. Tuttavia, alla politica comunale viene attribuito un ruolo attivo per la creazione della qualità della vita.

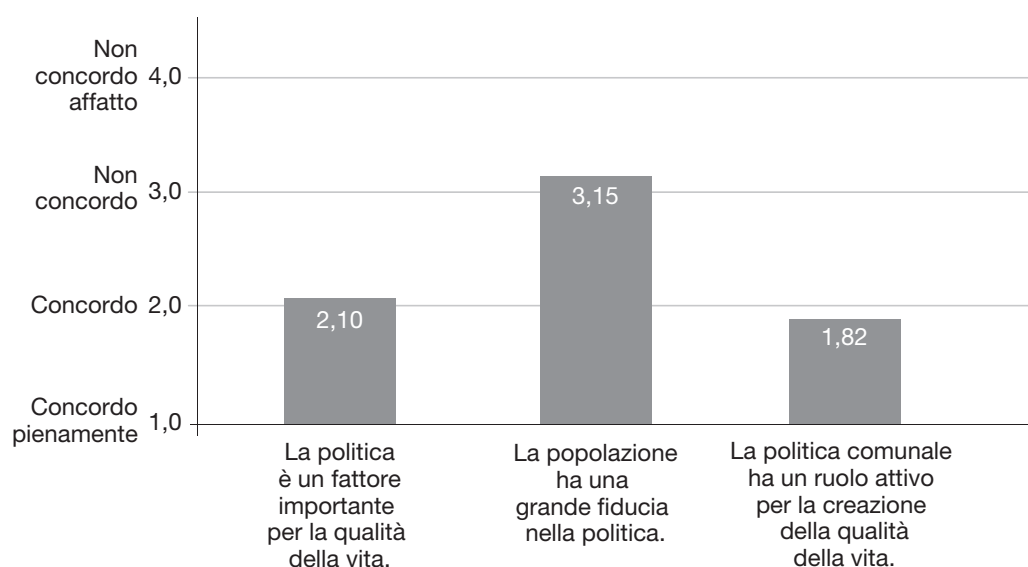


Figura 11: Analisi delle opinioni riguardo alla politica in generale

4.2.5. Ambiente di vita, cultura e consumi

- Per quanto riguarda l'ambiente di vita i soggetti decisionali interpellati credono che il prezzo dei terreni e delle superfici edificate sia troppo alto. Largamente condivisa è l'importanza di incentivare lo sviluppo delle aree rurali.
- I partecipanti all'indagine riconoscono che il traffico incide pesantemente sulla qualità della vita, ma trovano anche che l'automobile contribuisca a migliorarla.
- Secondo gli interpellati il sistema di trasporto pubblico dovrebbe essere ulteriormente potenziato, mentre dovrebbe essere disincentivato il traffico aereo.
- L'offerta culturale è considerata un importante indicatore della qualità della vita e dovrebbe essere potenziata attraverso un maggiore investimento di risorse pubbliche.
- Un'offerta multiculturale e diversificata è considerata importante, al pari delle tradizioni locali.
- I partecipanti all'indagine sottolineano l'importanza di un'offerta di prodotti locali e di stagione mentre accordano meno importanza al loro acquisto e consumo. La maggior parte preferisce dedicarsi ad attività di svago piuttosto che all'acquisto di prodotti.

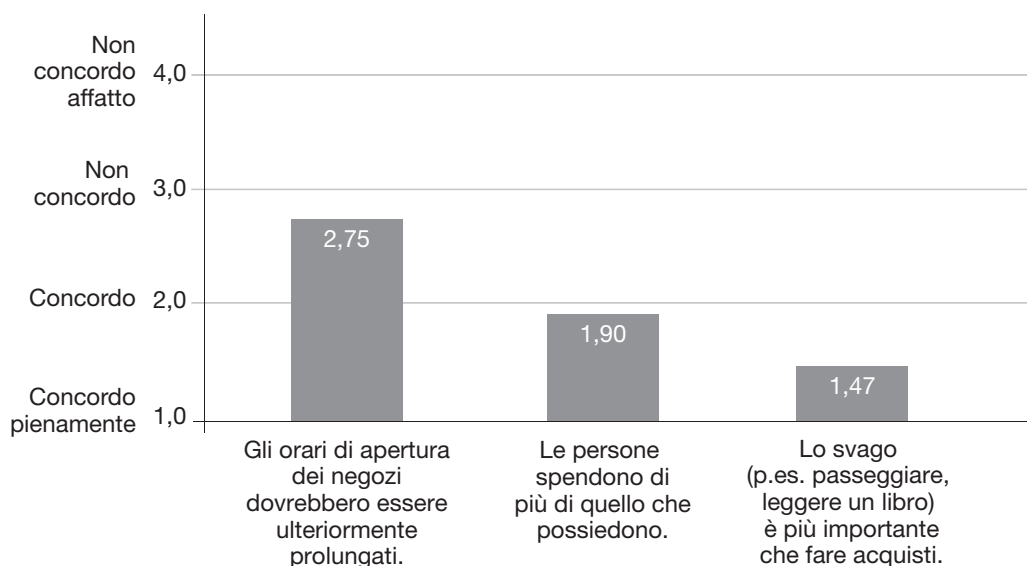


Figura 12: Analisi delle opinioni riguardo alle abitudini di consumo

4.2.6. Formazione

- Una buona formazione scolastica, l'accesso gratuito all'istruzione e l'apprendimento permanente vengono considerati fattori di qualità della vita molto importanti. Ampia la concordanza anche sulla necessità di promuovere lo sviluppo linguistico del bambino in un ambiente plurilingue e l'apprendimento precoce in generale.

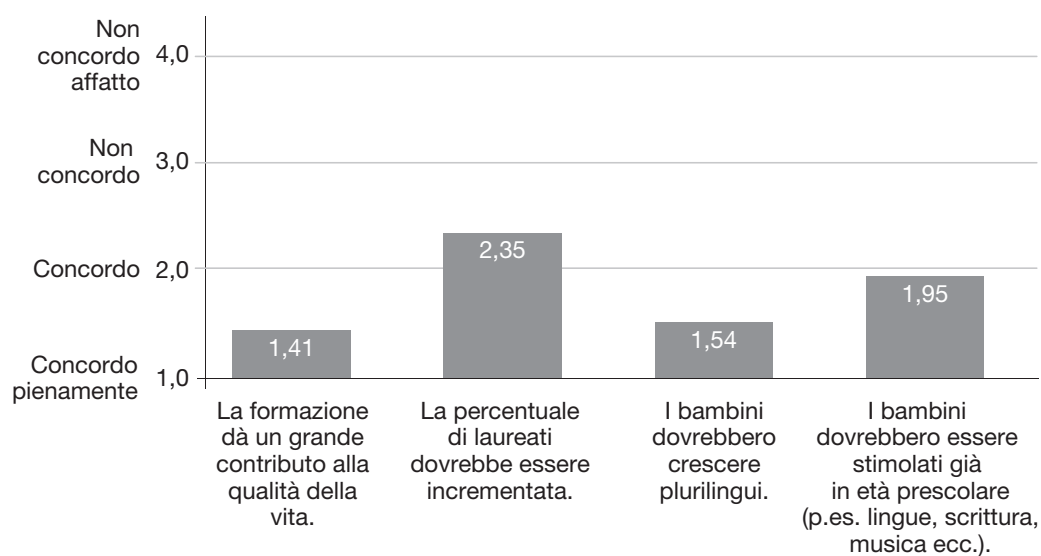


Figura 13: Analisi delle opinioni riguardo alla formazione

4.3. Risultati relativi al profilo dei partecipanti all'indagine

L'analisi dei risultati relativi al profilo dei partecipanti all'indagine tramite questionario presenta il seguente quadro.

Età	Con l'avanzare dell'età diminuisce l'interesse per il tema della qualità della vita. Si lavora di più, spesso a scapito dell'esercizio fisico e dell'alimentazione. A questo riguardo due circostanze sembrano determinanti: la crescente paura per la sicurezza del posto di lavoro e l'aspirazione diffusa a mantenere e ad aumentare il proprio tenore di vita.
Reddito	Chi dà importanza soprattutto al reddito spesso raggiunge tale obiettivo a spese delle relazioni sociali. La percezione della qualità della vita è associata soprattutto al posto di lavoro, molto meno all'ambiente sociale.
Ore di lavoro	Chi lavora di più non per questo rinuncia al tempo libero e allo shopping, piuttosto riduce le ore di sonno. Lo mostra anche il fatto che questo gruppo di persone dichiara di dormire troppo poco. Il surplus di lavoro va di pari passo con un'alimentazione irregolare e consumata troppo in fretta. Queste circostanze, che a lungo andare possono causare problemi fisici, vengono compensate da un'accresciuta percezione positiva del posto di lavoro. Peraltro, chi lavora di più non ritiene molto importante andare regolarmente dal medico.
Percezione della qualità della vita	Dall'indagine emerge che la percezione della qualità della vita, e del suo miglioramento, è permeata da una visione molto individualistica della vita. L'individuo è l'artefice della propria qualità di vita e solo dopo aver raggiunto tale risultato può renderne partecipi anche gli altri. Questo dipende probabilmente anche dal gruppo target dell'indagine, costituito principalmente da soggetti decisionali.
Work-Life Balance	<p>Quelli che cercano di trovare un equilibrio tra tempo di lavoro e tempo per sé mostrano una spiccata propensione all'individualismo. Per raggiungere un'alta qualità di vita bisogna anzitutto soddisfare sé stessi, poi arriva tutto il resto: questa la convinzione dominante. Il tempo per sé ha la precedenza sul tempo trascorso in famiglia (fig. 14).</p> <p>In pratica, la persona si allontana dal consesso familiare per concentrarsi maggiormente su se stessa.</p>

Convinti sostenitori dell'individualità, questi soggetti si rammaricano, tuttavia, dell'erosione dei rapporti sociali. Per costoro coltivare i rapporti sociali significa stress e questo li consolida nella ricerca della via più breve che conduce a occuparsi di se stessi. Questa costante ricerca di auto-appagamento richiede molto tempo ed energia, sottraendo tempo al sonno: proprio queste persone affermano di non dormire abbastanza.

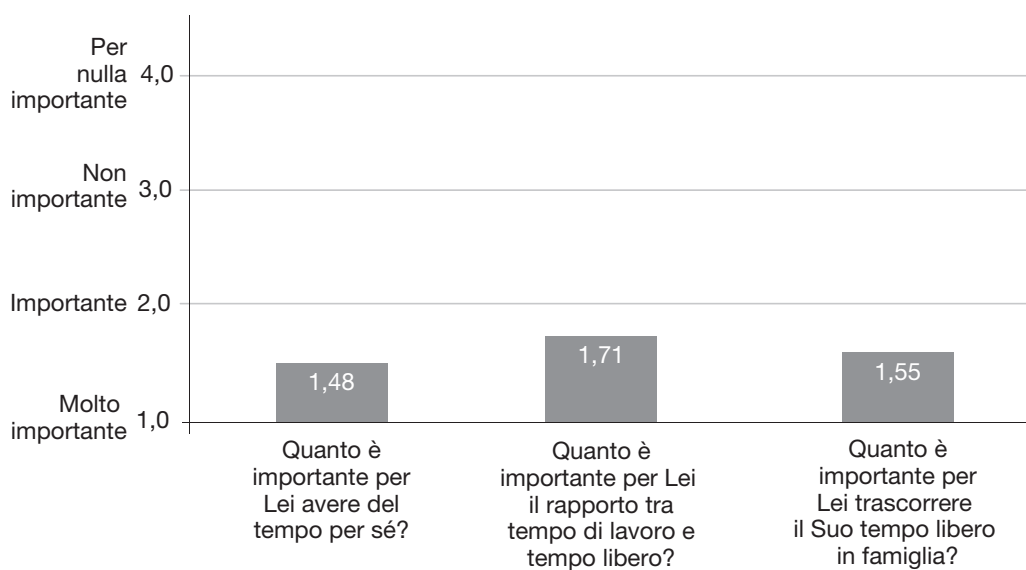


Figura 14: Analisi della domanda sull'importanza dell'uso del tempo

4.4. Fattori di influenza dell'ambiente sociale

I determinanti sociali hanno una grande influenza sulla qualità della vita

Nella società attuale la componente sociale della qualità della vita acquista un'importanza crescente. L'abilità di relazione e la partecipazione ai processi sociali, ma anche politici contribuiscono a far sì che l'individuo si senta a proprio agio all'interno della società in cui vive.

I determinanti sociali della qualità della vita diventano sempre più centrali anche nella ricerca sulla qualità della vita, come mostra l'attuale convergenza delle più diverse discipline scientifiche su questo tema.

La fenomenologia dei determinanti sociali comprende sia fattori macrosociali che micro-sociali.

A livello macro-sociale il divario socio-economico è un tema molto dibattuto, per lo più in associazione con la questione della finanziabilità del sistema socio-sanitario ("chi è povero muore prima", è la povertà che fa ammalare o è la malattia che rende poveri?). A tale riguardo si richiama la necessità di economicizzare il sistema sanitario e sociale. Un altro fattore centrale è il cambiamento demografico in atto, sia verso il progressivo invecchiamento della società che verso una crescente diversità etnica della popolazione, con evidenti ripercussioni non solo sulla struttura sociale e sulla convivenza sociale, ma anche sulla finanziabilità del sistema. Infine, i problemi ambientali condizionano gli stili di vita (mobilità, abitudini di consumo...) e la qualità di vita delle persone.

Oltre a questi fattori macro-sociali vi sono determinanti della qualità della vita di tipo microsociale, legati cioè all'ambiente sociale dell'individuo. Tali fattori possono riguardare la vita professionale, come il posto di lavoro o le relazioni nell'ambiente di lavoro (mobbing, *burn out*, ecc.) o la sfera privata, dallo stile di vita (impoverimento, nuove abitudini alimentari, attività nel tempo libero) alle condizioni sociali (per es. aumento dei single) o alle forme di convivenza (famiglie unigenitoriali, famiglie allargate ecc.). D'altra parte, diversi fenomeni sociali, tra i quali i problemi psicosociali e le varie forme di marginalizzazione e di discriminazione sociale, hanno un'influenza decisiva sulla salute. Agendo sul contesto delle relazioni interpersonali e sul comportamento individuale è possibile promuovere in modo mirato migliori condizioni di salute e di qualità della vita.

Grande importanza ma poca fiducia

Le persone che hanno partecipato all'indagine, soggetti responsabili di aziende e organizzazioni e cittadini socialmente molto impegnati, considerano l'ambiente sociale, soprattutto la cerchia di amici e la rete sociale in generale, molto importante per la qualità della vita. Largamente condivise sono due credenze: la prima è che le persone si sentono sempre più sole, la seconda è che le persone risentono della pres-

sione sociale. Rispetto all'affermazione “le persone non hanno più il tempo di coltivare i rapporti sociali” prevale un atteggiamento di neutralità. Infine, le domande relative al coraggio civile e alla sicurezza sociale sono indici di una scarsa fiducia nell'ambiente sociale.

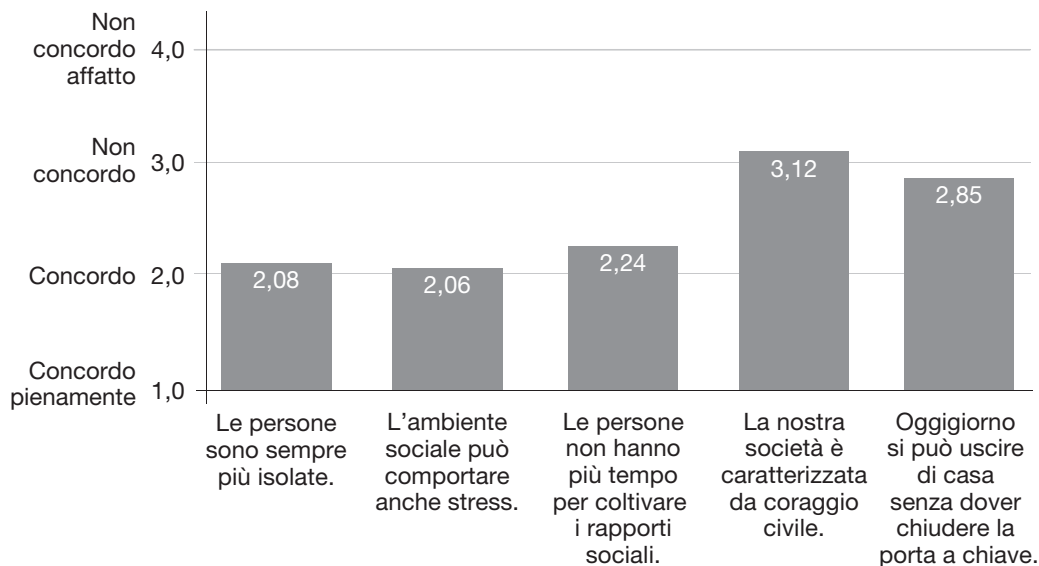


Figura 15: Analisi delle opinioni riguardo all'ambiente sociale

D'altra parte, le persone interpellate sono consapevoli della loro responsabilità e svolgono attività socialmente utili all'interno della loro comunità (il 52% è in un'associazione e il 34% svolge regolare attività di volontariato).

I soggetti decisionali si aspettano che la politica, soprattutto a livello comunale, abbia un ruolo attivo per la creazione di un ambiente sano e di una pacifica convivenza. Sono soprattutto le persone con una percezione positiva dell'ambiente sociale e una vita sociale dinamica a partecipare alla vita politica e ad andare a votare. Consapevoli del ruolo centrale della politica ripongono in essa la loro fiducia.

Chi dà importanza alla propria rete sociale riconosce anche il valore della formazione. Una buona formazione scolastica e, soprattutto, l'accesso gratuito all'istruzione sono infatti considerati, insieme al posto di lavoro, efficaci collanti sociali.

Le persone che esaltano l'importanza dell'ambiente sociale investono anche il loro tempo nella costruzione, nel mantenimento e nello sviluppo dei propri contatti sociali. Ugualmente importanti sono ritenuti i controlli medici svolti con regolarità e la specializzazione degli ospedali periferici. Le principali criticità riguardano, invece, gli elevati costi della sanità e l'insufficiente assistenza medica di base.

Ruolo centrale della politica comunale e importanza della partecipazione politica

Determinanti
sociali della
qualità della vita

Lo studio mostra che i fattori sociali contribuiscono in modo decisivo alla qualità della vita. Tra questi, i principali sono la presenza di una buona rete di conoscenze e di amicizie sia nella sfera privata che in quella professionale e la limitazione delle situazioni di stress sociale o di isolamento.

Un ultimo aspetto da rimarcare è il ruolo della politica comunale, la cui importanza è stata enfatizzata dai soggetti decisionali interpellati.

5. Risultati dello studio in breve

I soggetti decisionali interpellati esprimono grande soddisfazione per la propria vita.

≈

Al giorno d'oggi la qualità della vita è un concetto molto individuale e la persona confida più nel proprio "io" che non nel "noi" collettivo.

≈

La famiglia è ancora molto importante, ma l'individuo viene prima.

≈

Qualità della vita e lavoro sono strettamente interconnessi e si influenzano reciprocamente.

≈

Si lavora a spese delle ore di sonno e di regolari controlli medici.

≈

La "qualità della vita" è un tema che perde di importanza e attrattività con l'avanzare degli anni (è ragionevole supporre che con l'età il concetto di qualità della vita venga scambiato con quello di salute).

≈

La politica è considerata un fattore propulsivo per la creazione di qualità della vita. Le persone sono consapevoli dell'importanza della partecipazione politica ed esercitano il diritto di voto.

≈

L'ambiente di vita rurale è considerato un importante luogo di rifugio e perciò dovrebbe esserne incentivato lo sviluppo.

≈

La formazione e il relax sono considerati importanti fattori di qualità della vita. Al contrario, il consumo ha un ruolo marginale.

6. Prospettive future

In futuro sia la prassi che la scienza necessitano di studi sulla qualità della vita in grado di descriverne con continuità l'evoluzione e di dare un sostanziale contributo all'avanzamento delle conoscenze. Non si tratta tanto di analizzare i fenomeni e le tendenze attuali, quanto piuttosto di mostrare in modo chiaro le linee e le dinamiche di cambiamento. In futuro la ricerca dovrebbe orientarsi verso lo sviluppo di:

- studi trasversali a carattere ricorsivo e ripetuti nel tempo a cadenza regolare (per es. ogni due anni)
- sviluppo di barometri della qualità della vita (chiunque può misurare la propria qualità della vita utilizzando un apposito tool-kit online)
- maggiore attenzione per i settori più a rischio
- utilizzo di approcci sia qualitativi che quantitativi, ma anche di metodi alternativi (per es. metodo del diario di bordo per il personale dirigente).

Bibliografia e indice delle fonti

- Allardt, E.* (1976). Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. *Acta Sociologica*, 19(3), pp. 227-239.
- Bauer, R. A.* (1967). *Social Indicators*. London: Cambridge, Mass.
- Commissione europea* (2007), Libro bianco “Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell’UE per il periodo 2008-2013”, Bruxelles.
- EURAC* (2012). Rapporto „insieme sano – gemeinsam gesund, Stakeholder-Befragung zum Thema Gesundheit und Lebensqualität“ su incarico della Fondazione Vital (rapporto non pubblicato).
- Galbraight, K. J.* (1967). *The new industrial state*. New Jersey: Princeton University Press.
- Herschbach, P.* (1999). Das Konzept Lebensqualität verändert die Medizin. *Münchener Medizinische Wochenzeitschrift*, 41, pp. 57-61.
- Herschbach, P.* (2002). Das Zufriedenheitsparadox in der Lebensqualitätsforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52(3), pp. 141-150.
- Mielck, A.* (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Huber-Verlag.
- Noll, H.-H.* (1999). Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und neue Wohlfahrtskonzepte. Überblicksanalyse im Rahmen des Querschnittsprojekts Arbeit & Ökologie. Mannheim.
- Piugo, A. C.* (1920). *Economics of Welfare*. London: Macmillina & Co.
- Ravens-Sieberer, U., & Cieza, A.* (2000). Lebensqualität in Deutschland – Forschungsstand, Methoden, Anwendungsbeispiele und Implikationen. In Ravens-Sieberer, U., & Cieza, A. (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin – Konzepte, Methoden, Anwendung*. München: Ecomed Verlag.
- Richter, M., & Hurrelmann, K.* (Hrsg.) (2006). *Gesundheitliche Ungleichheit – Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Siegrist, J., & Theorell, T.* (2008). Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In Siegrist, J., & Marmot, M. (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. Bern: Huber-Verlag.
- Zapf, W.* (1984). Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität. In Glatzer, Z., & Zapf, W. (Hrsg.), *Lebensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt: Campus.
- OMS* (1946). *Costituzione dell’Organizzazione mondiale della Sanità*. New York.
- OMS – Ufficio Regionale Europeo* (2005). *The European health report 2005. Public health action for healthier children and populations*. Copenhagen.

Indice delle figure

Figura 1: Determinanti della qualità della vita e caratteristiche degli stakeholder interpellati.....	12
Figura 2: Approccio metodologico.....	13
Figura 3: Settori tematici emersi dal focus group.....	14
Figura 4: Analisi della domanda “In questo momento quanto si ritiene soddisfatto della Sua vita?”	16
Figura 5: Analisi della domanda “Secondo Lei, su quali soggetti ricade principalmente la responsabilità di garantire la qualità della vita?”	17
Figura 6: Dati riguardanti il sesso e l’età	17
Figura 7: Analisi della domanda “Come valuta il Suo stato di salute?”	19
Figura 8: Analisi delle opinioni riguardo all’assistenza medica e ai relativi costi.....	20
Figura 9: Analisi della domanda sull’importanza dell’ambiente sociale	21
Figura 10: Analisi delle opinioni riguardo al posto di lavoro.....	22
Figura 11: Analisi delle opinioni riguardo alla politica in generale.....	23
Figura 12: Analisi delle opinioni riguardo alle abitudini di consumo.....	24
Figura 13: Analisi delle opinioni riguardo alla formazione	25
Figura 14: Analisi della domanda sull’importanza dell’uso del tempo	27
Figura 15: Analisi delle opinioni riguardo all’ambiente sociale.....	29

